

# Reha-Kommission

## **Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung**

**Abschlußberichte – Band III**

**Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“**

**Teilband 3**

**„Psychische und neurologische Erkrankungen“**

**Arbeitsgruppe 1 „Sucht“**

Teil I - Seite 621-721

Verband Deutscher  
Rentenversicherungsträger



Herausgeber

Verband Deutscher  
Rentenversicherungsträger (VDR)  
Koordinationsstelle der Reha-Kommission  
Eysseneckstraße 55  
60322 Frankfurt am Main  
Tel.: (069) 1522-0  
Telefax: (069) 1522-259

Umschlagentwurf:

Abteilung Presse und  
Öffentlichkeitsarbeit des VDR

Druck und Verarbeitung:

Dissertationsdruck, Darmstadt

Auflage:

September 1991

Die Selbstverwaltung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger hat im Frühjahr 1989 die Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, eine problemorientierte Bestandsaufnahme durchzuführen und auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation zu erarbeiten. Die Kommission wurde von sechs Arbeitsbereichen und der Koordinationsstelle unterstützt, die mit ihren Arbeiten die Beratungen der Kommission vorbereitet haben.

**Folgende Abschlußberichte liegen vor:**

- Band I      Recht und Struktur
- Band II     Sozialmedizinische Grundlagen
- Band III    Rehabilitationskonzepte**
  - Teilband 1   Rahmenkonzept  
                  und krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 2   Krankheitsspezifische Konzepte
  - Teilband 3   Krankheitsspezifische Konzepte und  
                  Schwerpunkte der Weiterentwicklung**
- Band IV     Epidemiologie/EDV-Verfahren
  - Teilband 1   Epidemiologie
  - Teilband 2   EDV-und Dokumentationsverfahren
  - Teilband 3   Qualitätssicherung
- Band V      Verwaltung
- Band VI     Forschung und Lehre
- Band VII    Gutachten und Tagungsergebnisse
  - Teilband 1   Gesundheitsökonomie/Europäischer  
                  Vergleich
  - Teilband 2   Ambulante Rehabilitation in der ehemali-  
                  gen DDR
  - Teilband 3   Balneologie in der medizinischen Reha-  
                  bilitation

Die Arbeitsergebnisse und Materialien der Arbeitsbereiche, die hiermit allen Mitgliedern der Kommission und der Projektgruppen zur Verfügung stehen, sind Grundlage für die Empfehlungen der Reha-Kommission. Die Beratungsergebnisse und Empfehlungen der Reha-Kommission werden gesondert veröffentlicht.

**Gesamtübersicht zu:**

**Abschlußberichte - Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitations-  
konzepte“, Teilband 3**

Mitgliederliste		625
<b>B-6.0</b>	<b>Gemeinsame Präambel zu den Rehabilitations konzepten der vier Arbeitsgruppen</b>	<b>627</b>
<b>B-6.1</b>	<b>Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Sucht"</b>	<b>631</b>
B-6.2	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychiatrie"	723
B-6.3	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Psychosomatik"	779
B-6.4	Abschlußbericht der Arbeitsgruppe "Neurologie"	829



Projektuntergruppe 6 im Arbeitsbereich 3:

**"Psychische und neurologische Störungen"**

Mitgliederliste

Dr. Helmut Hollstein	<b>Projektuntergruppenleiter,</b> Fachklinik Eußerthal der LVA Rhein- land-Pfalz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Dipl.-Psych. Reinhold Aßfalg	Fachklinik Haus Renchtal, Renchen (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Martin Clauß	Rehabilitationskrankenhaus, Karlsbad-Langensteinbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Franz Dittmar	Psychosoziale Beratungsstelle, Passau (Arbeitsgruppe "Sucht" seit 1.10.90)
Dr. Roland Friedel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" seit 1.10.90)
Dr. Peter Frommelt	Klinik Bavaria, Schaufling (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Lothar Hubrecht	Marcus-Klinik, Bad Driburg (Arbeits- gruppe "Neurologie" bis 31.8.90)
Dr. Hans H. Janzik	Rehabilitationszentrum Godeshöhe, Bonn (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Dipl.-Psych. Dipl.-Soz. Ernst von Kardorff	Institut f. gerontologische Forschung München (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Prof. Dr. Friedhelm Lamprecht	Psychosomatische Klinik Schömburg (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Norbert Mark	Psychosomatische Fachklinik Bad Dürk- heim (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dr. Heinz Neun	Klinik am Hainberg, Bad Hersfeld (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")

Dr. Dipl.-Psych. Ulrich Poser	Neurologische Kliniken Schmieder, Al- lensbach (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Wolfgang Rieber	Klinik Ortenau, Zell-Harmersbach (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Renate Rosenberger	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppen "Psych- iatrie, Psychosomatik" bis 30.9.90)
Dr. Rainer Sandweg	Bliestal Kliniken, Blieskastel (Arbeitsgruppe "Psychosomatik")
Dipl.-Psych. Regine Scheipers	LVA Rheinprovinz (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dr. Jürgen Schlosser	Hardtwald-Klinik I, Zwesten (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dipl.-Psych. Ralf Schneider	Fachklinik Furth im Wald (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Päd. Bert Schuback	Wichern-Institut, Ludwigshafen (Arbeitsgruppe "Psychiatrie")
Dr. Wilfried Schupp	Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See/ Füssen (Arbeitsgruppe "Neurologie")
Dr. Ingrid Stölzel	Bundesversicherungsanstalt für An- gestellte (Arbeitsgruppe "Sucht")
Dipl.-Psych. Wilfried Wöhrle	Haus Weitenau, Steinen bei Lörrach (Arbeitsgruppe "Sucht")

Wissenschaftliche Mitarbeiter bei der Projektuntergruppe:

Dr. Dipl.-Psych. Rolf Buschmann-Steinhage	Verband Deutscher Rentenversicherungsträger
Dipl.-Psych. Heiner Vogel	Koordinationsstelle der Reha-Kommission



**Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen:**

**Gemeinsame Präambel**

**zu den Rehabilitationskonzepten der Indikationsbereiche  
„Sucht“, „Psychiatrie“, Psychosomatik“ und „Neurologie“**

Die Konzeption der Rehabilitation bei Patienten mit Störungen aus dem neurologischen und psychiatrisch/psychischen Bereich einschließlich Suchterkrankungen weicht in einigen grundlegenden Punkten vom allgemeinen Rehabilitationskonzept (Teil A) ab. Diese werden im folgenden erläutert.

1. Erfolgsprognose bei der Einleitung einer Reha-Maßnahme

Die Einleitung einer stationären Heilbehandlung ist derzeit an eine günstige Prognose bezüglich der Möglichkeit einer beruflichen Wiedereingliederung gekoppelt. Da die Beurteilung der Erfolgsaussicht häufig nicht a priori möglich ist, kann sie bei einem Großteil dieser Patienten erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses erfolgen. Eine besondere Erschwerung bei der Einschätzung der Erfolgsaussicht kommt dadurch hinzu, daß viele Erkrankungen durch nicht vorhersehbare, phasenspezifische Verläufe gekennzeichnet sind (z. B. Enzephalomyelitis disseminata, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, aber auch Psychosen).

Diese Unsicherheit in der prognostischen Beurteilung darf jedoch nicht dazu führen, daß die Einleitung notwendiger Reha-Verfahren verzögert oder verweigert wird. Es muß geprüft werden, ob diese Forderung innerhalb des geltenden Rechts (z. B. durch Vorleistungsregelungen oder Gesamtvereinbarungen o. ä.) realisiert werden kann oder ob dafür Änderungen der gesetzlichen Vorschriften erforderlich sind.

Bei vielen neurologischen und psychiatrischen Krankheitsbildern sowie bei älteren, multimorbialen Patienten kann das Erreichen einer Teilerwerbsfähigkeit nach vorheriger Erwerbsunfähigkeit aus medizinischer Sicht einen beträchtlichen Erfolg der Rehabilitation darstellen. Dies sollte zukünftig im Rahmen der Beurteilung der Erfolgsaussicht bei der Begutachtung zur Einleitung einer Reha-Maßnahme berücksichtigt werden. In diesem Rahmen erscheint es sinnvoll, eine Teil-EU-Rente als Leistung der Rentenversicherung einzuführen, so daß bei diesen Patienten nach der Reha-Maßnahme auch mit einer Teilzeittätigkeit die soziale Sicherung gewährleistet ist.

## 2. Abgrenzung von Kur-Maßnahmen

Um Fehleinweisungen zu vermeiden und die Motivation der Rehabilitanden zu fördern, muß im Vorfeld der Maßnahme sehr deutlich zwischen Kur und Rehabilitation unterschieden werden. So ist die Behandlung bei Rehabilitationsmaßnahmen wegen psychischen und neurologischen Störungen nicht an ortsgebundene Heilmittel gebunden. Die zur Anwendung kommenden Behandlungsmaßnahmen gehen von den individuell bestimmten Rehabilitationszielen aus und sind dementsprechend außerordentlich spezifisch. Dies beginnt bei der psychotherapeutischen Behandlung, führt über die medikamentöse Therapie zu mehr fachspezifischen personengebundenen Behandlungen. Diese schlagen sich vor allem im Stellenplan der Rehabilitationseinrichtung nieder, der für diese Häuser einen hohen Anteil von Gebietsärzten, Ärzten mit Teilgebietsbezeichnung und klinischen Psychologen sowie fachspezifisch geschultem medizinischen und therapeutischen Personal mit unterschiedlichen Qualifikationen vorsieht.

### 3. Behandlungsdauer

Die Therapiedauer muß den individuell sehr unterschiedlichen Therapiezielen und dem Behandlungsplan entsprechend unterschiedlich aussehen können und variabel gehandhabt werden. In der Regel zeigt sich erst im Laufe der Reha-Prozesses, welche Behandlungszeit im Einzelfall erforderlich ist. Generell kann aber festgehalten werden, daß die Dauer der stationären Rehabilitation bei psychischen und neurologischen Störungen, einschließlich Sucht, beträchtlich länger ist als bei den übrigen Patientengruppen in der Rehabilitation.

### 4. Wege der Veränderung - Gesundheitsbildung

Kognitive Information und Schulung sind speziell bei Patienten mit psychischen und neurologischen Störungen sowie bei Suchtpatienten nicht ausreichend, um Veränderungsprozesse zu erzielen. Maßnahmen zur Gesundheitsbildung sind deshalb in diesem Bereich nur soweit erfolgversprechend, wie sie die individuellen Entwicklungs- und Lebensbedingungen sowie die Motivationslage und individuelle Widerstände berücksichtigen.

Die Behandlung muß insbesondere die krankheitsspezifischen Konflikte sowohl auf der intrapsychischen wie auch auf der Beziehungsebene berücksichtigen. Eine besondere Rolle hierbei spielt auch das Krankheitserleben und die subjektive Krankheitsdeutung durch den Patienten sowie das auch davon abhängige chronische Krankheitsverhalten. Training von Restfunktionen und Ausbildung neuer Fertigkeiten zur Kompensation von Funktionseinschränkungen beziehen sich auch auf den psychischen Bereich, im Sinne einer Einleitung von Nachreifungsprozessen zur Verbesserung defizitärer Ich-Funktionen und sozialer Kompetenzen.

5. Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Die Einbeziehung von Bezugspersonen muß in diesen Indikationsbereichen über die reine Beratung hinausgehen. Einerseits geht es dabei um die Erhellung und Behandlung pathologischer Beziehungsmuster und andererseits um die Ermittlung und Mobilisierung von weiteren Ressourcen aus dem sozialen Umfeld, welche die Möglichkeiten zur Krankheitsbewältigung des Patienten zu unterstützen in der Lage sind.

6. Rehabilitationskette: Ambulante Rehabilitation - Nachsorge

Besonders bei der Rehabilitation psychiatrischer und neurologischer Störungen ist eine weitere Differenzierung und Abstufung in der ambulanten Nachbetreuung dringend erforderlich. Damit kein Bruch in der Rehabilitationskette mit Nachteilen für den Rehabilitanden entsteht, wird hier ein entsprechender Handlungsbedarf für die Rentenversicherung gesehen, z. B. die Schaffung spezifischer, interdisziplinärer und berufsgruppenübergreifender Therapieangebote.



## **REHA-KOMMISSION**

### **Abschlußbericht**

**Arbeitsbereich 3 „Rehabilitationskonzepte“**

**Projektuntergruppe 6 „Psychische und neurologische  
Krankheiten“**

**Arbeitsgruppe 1 „Sucht“**

### **Rehabilitation bei Substanzabhängigkeit**

**\* Allgemeines Rehabilitationskonzept**

**\* Problemfelder der Rehabilitation und  
Lösungsansätze**



**Gliederung**

Mitgliederliste: Siehe S. 625 ff.

<b>Teil I:</b>	<b>Rehabilitationskonzept für die Behandlung von Substanzabhängigkeit</b>	<b>637</b>
<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>637</b>
<b>2.</b>	<b>Diagnostik</b>	<b>639</b>
2.1	Vorstationäre Diagnostik und Indikationsstellung	639
2.2	Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung	640
2.2.2	Organisationsform der Diagnostik	644
2.2.3	Diagnostische Klassifikationen	644
<b>3.</b>	<b>Therapie</b>	<b>645</b>
3.1	Therapieziele und Therapieplan	645
3.2	Allgemeine Fragen zur Therapie: Integration der Therapiemaßnahmen	646
3.3	Spezielle Therapiemaßnahmen	654
3.3.1	Psychosoziale Betreuung und Psychotherapie	654
3.3.2	Medizinische Therapie im engeren Sinne	658
3.3.3	Gesundheitsbildung	659
3.3.4	Bewegungs- und Physiotherapie	660
3.3.5	Ergotherapie	661
3.3.6	Diätische Therapie	662
3.3.7	Berufsbezogene Maßnahmen	662



<b>4.</b>	<b>Therapiekontrolle und Dokumentation</b>	<b>663</b>
4.1	Durchführung der Behandlung, Verlaufskontrolle	663
4.2	Entlassungsbericht	663
4.3	Dokumentation	664
4.4	Datenschutz	665
<b>5.</b>	<b>Behandlungsdauer</b>	<b>665</b>
5.1	Behandlungszeit bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	665
5.2	Behandlungszeit bei Drogenabhängigen	669
<b>6.</b>	<b>Multimorbidität</b>	<b>669</b>
<b>7.</b>	<b>Schnittstellen</b>	<b>670</b>
7.1	Vermittlung	670
7.2	Direktverlegung - Anschlußheilbehandlung (AHB)	672
7.3	Nachsorge	673
<b>8.</b>	<b>Ausstattung</b>	<b>677</b>
8.1	Personal	677
8.2	Räumlich-technische Ausstattung	680
<b>9.</b>	<b>Gestuftes System der Suchtentwöhnung</b>	<b>681</b>
9.1	Ambulante Rehabilitation	681
9.1.1	Indikation	681
9.1.2	Formen der ambulanten Rehabilitation	684
9.2	Stationäre Rehabilitation	686
9.2.1	Indikation	686

<b>Teil II: Rehabilitation bei Suchtpatienten: Problemfelder und Schwerpunkte der Weiterentwicklung</b>	<b>689</b>
<b>1. Gestuftes System der Entwöhnungsbehandlung</b>	<b>689</b>
1.1 Ambulante Entwöhnung	689
1.1.1 Weiterentwicklung ambulanter Sucht rehabilitation	689
1.1.2 Finanzierung der ambulanten Suchtentwöhnung	691
1.1.3 Konsequenzen einer verstärkten Förderung der ambulanten Suchtrehabilitation auf stationäre Entwöhnungskonzepte	694
1.2 Regionalisierung: Wohnortnahe und wohnortferne stationäre Entwöhnungskonzepte	695
1.3 Teilstationäre Rehabilitationsformen	697
1.4 Rückfallvorbeugung/Festigungsbehandlung	697
1.5 Komplementäre Angebote: Versorgung nicht voll rehabilitationsfähiger Suchtkranker	698
1.6 Reha-Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in allgemeinen Rehabilitationskliniken und in psychosomatischen Fachkliniken	701
1.7 Nachsorge	703
<b>2. Vorbereitung und Einleitung der Suchtbe handlung</b>	<b>705</b>
2.1 Vorstationäre Diagnostik	705
2.2 Qualifizierte Entgiftung (=Entzug)	706
2.3 Einbeziehung der behandelnden niederge lassenen Ärzte in die Versorgung Abhängig keitskranker	707
2.4 Direkteinweisung - Anschlußheilbehandlung	709

<b>3.</b>	<b>Stationäre Entwöhnungsbehandlung</b>	<b>710</b>
3.1	Anforderungen an Konzepte und Ausstattung durch Individualisierung	710
3.2	Behandlungszeit	711
3.3	Intervallbehandlung, Festigungsbehandlung	713
3.4	"Adaptionsphase" zur gestuften Wiedereingliederung	714
3.5	Multimorbidität	715
3.6	Stationäre Entwöhnungsbehandlung für bestimmte Untergruppen	716
3.6.1	Entwöhnung von Frauen	718
3.6.2	Entwöhnung bei Patienten mit gerichtlicher Auflage	718
<b>4.</b>	<b>Fort- und Weiterbildung</b>	<b>720</b>
<b>5.</b>	<b>Forschung und Dokumentation</b>	<b>721</b>

**Teil I: Rehabilitationskonzept für die Behandlung von  
Substanzabhängigkeit**

1. Einleitung

Die Suchtarbeit, insbesondere die stationäre Arbeit mit Abhängigen der bei uns am meisten verbreiteten Droge Alkohol, verfügt über eine lange Tradition. Sie geht auf die Tradition der Trinkerheilstätten zurück, die im vorigen Jahrhundert entstanden sind. Diese arbeiteten hauptsächlich mit menschlicher Zuwendung, moralisch-religiöser Beeinflussung und körperlicher Arbeit. In vielen der heute bestehenden Einrichtungen lassen sich die Spuren dieses Konzeptes noch erkennen.

In den sechziger Jahren gewann, von den USA kommend, das Krankheitsmodell der Anonymen Alkoholiker großen Einfluß auf das Verständnis von Alkoholismus und Sucht. Mit Urteil des Bundessozialgerichtes vom 18.06.1968 wurde dann Alkoholismus auch offiziell als Krankheit anerkannt. Damit gelangte der Alkoholiker aus der Rolle des Haltlosen und Minderwertigen in die Rolle des Patienten, und es begann eine neue Entwicklung in der stationären Behandlung von Suchtkranken. Aus den Trinkerheilstätten wurden nach und nach Fachkliniken.

Parallel dazu entstanden ab ca. 1970 spezielle Einrichtungen für junge Suchtkranke, die in ihrer Mehrzahl von illegalen Drogen abhängig oder polytoxikoman sind. Die Praxis dieser Einrichtungen hat sich sehr unterschiedlich entwickelt und reicht von Konzepten einer Lebens- und Arbeitsgemeinschaft der autonomen Selbsthilfeorganisationen bis hin zu wissenschaftlich begründeten Therapiekonzepten von Fachkliniken.

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell des Alkoholismus bildet bis heute in modifizierter Form die theoretische Basis für die Behandlung Suchtkrankender; insbesondere von verhaltenstherapeutischer und

psychoanalytischer Seite wurden wissenschaftlich fundierte Erklärungsmodelle für die Abhängigkeitskrankheiten entwickelt. Vor diesem Hintergrund fanden die der Abhängigkeit zugrunde liegenden psychischen und sozialen Störungen immer mehr Beachtung.

Waren die Behandlungskonzepte in den siebziger und Anfang der achtziger Jahre zeitlich und inhaltlich noch wenig differenziert, so geht die Entwicklung immer mehr hin zu einer Individualisierung und Differenzierung. Die individuellen psychischen und sozialen Aspekte der Abhängigkeitserkrankung bestimmen mehr und mehr das Therapiegesehen.

Einen wichtigen äußeren Impuls erhielt die stationäre Suchtbehandlung der Fachkliniken durch die Empfehlungsvereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger vom 20.11.1978. Seither gelten Entwöhnungsbehandlungen als Rehabilitationsmaßnahmen, damit ist ihre Finanzierung gesichert. Die Rentenversicherungsträger haben zusammen mit den Fachverbänden Standards für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen in Fachkliniken festgelegt. Diese wurden in den letzten Jahren weitgehend umgesetzt. So ist heute das stationäre Behandlungsangebot, soweit es die Fachkliniken betrifft, quantitativ und qualitativ gut ausgebaut und differenziert.

Im ambulanten Bereich hat sich ein Netz von Suchtberatungs- und Behandlungsstellen etabliert. Dennoch ist der ambulante Sektor - zumindest in bestimmten Regionen - noch nicht ausreichend ausgebaut. Durch die Empfehlungsvereinbarung Nachsorge Sucht zwischen Renten- und Krankenversicherung vom 18.03.1987 engagierte sich die Rentenversicherung erstmals bindend finanziell auch im ambulanten Bereich. Am 1.04.1991 trat eine weitere Empfehlungsvereinbarung zwischen VDR und den Spitzenverbänden der Krankenkassen in Kraft, welche die Finanzierung von ambulanten Entwöhnungsbehandlungen regelt. Die Emp

fehlungsvereinbarung Nachsorge wurde damit aufgehoben. Die Auswirkung dieser Entwicklung sind noch nicht absehbar.

Eine wichtige Rolle bei der Versorgung Suchtkranker haben - insbesondere für die Nachsorge - die Selbsthilfegruppen.

Gemäß der bisher geübten Praxis steht in dem hier vorgelegten Papier die stationäre Rehabilitation im Vordergrund.

Ambulante Fachberatungs- und Behandlungsstellen sowie Fachkrankenhäuser stellen für einen großen Teil der Abhängigen ein Behandlungs- und Rehabilitationsangebot von hohem Standard bereit. Von diesem Angebot werden jedoch keineswegs alle Gruppen von Suchtkranken erreicht. Niedergelassene Ärzte, Allgemeinkrankenhäuser, psychiatrische Krankenhäuser, sozialpsychiatrische Dienste, soziale Dienste in Betrieben und anderen Stellen sind weitere wichtige Institutionen in der Betreuung und Behandlung Abhängiger. Die Koordination und Zusammenarbeit aller an der Suchtkrankenhilfe beteiligten Institutionen ist unbefriedigend. So stehen auf der einen Seite eine Vielzahl von Institutionen und ein hoch qualifiziertes Behandlungs- und Rehabilitationsangebot für Suchtkranke zur Verfügung, auf der anderen Seite finden immer noch viele Abhängige nicht das für sie adäquate Behandlungsangebot oder nehmen es nicht an und kommen zu spät oder überhaupt nicht in Behandlung.

## 2. Diagnostik

### 2.1 Vorstationäre Diagnostik und Indikationsstellung

Die vorstationäre Diagnostik dient vor allem der Indikationsstellung, ob ambulant oder stationär, und wenn stationär, welcher Klinik der Patient zugewiesen werden soll. Die Indikationsstellung setzt eine umfassende medizinische, psychologische und soziale Diagnostik

voraus. Der für die Antragstellung zur Kostenübernahme notwendige Sozialbericht fordert diagnostische Aussagen, vor allem zur sozialen Situation, zur Suchtentwicklung und zum Motivationsstand. Für die Kostenentscheidung ist weiter ein ärztliches bzw. vertrauensärztliches Gutachten notwendig, das Auskunft über den körperlichen Status des Patienten gibt. Der Sozialbericht ist nicht nur wichtig für die Entscheidungen des Leistungsträgers, sondern auch eine wichtige Informationsquelle für die Kliniken.

Die ambulanten Institutionen sind beim gegenwärtigen Stand ihrer personellen Ausstattung häufig nicht in der Lage, die insbesondere notwendige psychologische Diagnostik durchzuführen. Sie wird auch im Sozialbericht weitgehend ausgeklammert. Die Qualität und der Informationswert der Sozialberichte ist teilweise sehr hoch, teilweise aber noch unbefriedigend.

Die vorstationär erhobenen medizinischen, psychischen und sozialen Befunde werden den Kliniken meist nur unvollständig übermittelt.

#### **Vorgespräche:**

Von Seiten der Kliniken werden in unterschiedlichem Umfang Vorgespräche zur Abklärung der Motivation und zur Indikationsstellung geführt. Auf diese Weise werden zum Teil Defizite in der Diagnostik und Indikationsstellung der ambulanten Stellen ausgeglichen. Die Vorgespräche dienen jedoch insbesondere dazu, eine adäquate Vorbereitung auf die Therapie zu erreichen und die Schwellenangst zu verringern. Teilweise werden die durch die Vorgespräche entstehenden Reisekosten durch die Leistungsträger übernommen.

## 2.2 Diagnostik in der Rehabilitationseinrichtung

Zu Beginn der stationären Phase ist eine umfangreiche, multiaxiale

Diagnostik durchzuführen (Eingangsdiagnostik). Sie ist die Voraussetzung für eine individuelle Therapie und Rehabilitationsplanung. Multiaxiale Diagnostik soll heißen, daß verschiedene Merkmalsbereiche getrennt diagnostisch erfaßt werden. Aus den Ergebnissen soll sich ein Gesamtbild gesunder und gestörter Persönlichkeitsanteile, einschließlich des körperlichen Gesundheitszustandes, in ihrer Wechselwirkung zum jeweiligen sozialen Umfeld ergeben (biopsychosoziales Gesamtbild). Diese Art der indikationsgeleiteten Diagnostik wird durch eine psychologische Verlaufsdiagnostik ergänzt, die adaptive Entscheidungen bezüglich der Art und Dauer von therapeutischen Maßnahmen ermöglicht sowie deren Erfolg kontrolliert.

**Bei suchtkranken Patienten sind folgende Bereiche diagnostisch zu erfassen:**

- (1) Abhängigkeitserkrankung:  
Art, Schweregrad der Suchterkrankung, Suchtverlauf und Suchtverhalten sind diagnostisch zu erfassen. Dies geschieht im wesentlichen durch die Suchtanamnese. In den meisten Fällen ist auch eine Fremdanamnese erforderlich.

Der Suchtmittelgebrauch darf nicht isoliert gesehen werden. Er dient in der Regel zur Kompensation psychischer Defizite, zur Überdeckung von Konflikten und zur Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts im System zwischenmenschlicher Beziehungen. In diesem Sinne ist die Funktion des Suchtmittels und der Suchterkrankung zu diagnostizieren.

- (2) Persönlichkeit und psychische Störungen:  
Dieser Teil der Diagnostik umfaßt eine ausführliche psychische Befunderhebung, wobei nicht nur die psychopathologischen Befunde, sondern auch Fähigkeiten und Ressourcen des Betroffenen zu beschreiben sind. Persönlichkeitsstrukturen, Persönlichkeitsstörungen und andere psychische und psychosomatische



Störungen werden deskriptiv und, wenn möglich, in einem verstehenden Zusammenhang erfaßt. Besonders ist auf diejenigen Störungen und Defizite zu achten, die in einem funktionalen Zusammenhang mit der Einnahme des Suchtmittels stehen.

Mittel der psychischen Diagnostik sind biographische Anamnese, psychiatrische Exploration, Verhaltensanalyse, Testdiagnostik und Verhaltensbeobachtung.

(3) Sozialer Status:

Zur Suchtdiagnostik gehört es, sich ein genaues Bild von den sozialen Verhältnissen des Betroffenen zu machen. Hierzu gehören Wohnung, finanzielle Verhältnisse, evtl. Schulden, Berufs- und Arbeitsleben, vor allem aber das Netz der Beziehungen, in dem der Patient lebt, welche Belastungen ihm aus diesen Beziehungen erwachsen bzw. welche Unterstützung er erfahren kann.

(4) Körperliche Störungen:

Neben der Suchterkrankung und anderen psychischen Störungen liegen bei Suchtkranken auch häufig körperliche Erkrankungen akuter oder chronischer Art oder körperliche Behinderungen vor. Die Suchtkliniken sollen in der Lage sein, eine eingehende medizinische Diagnostik zur Erfassung der akuten und chronischen körperlichen Krankheiten und Behinderungen durchzuführen. Die personellen und apparativen Voraussetzungen hierzu sollten vorhanden sein. Wo dies nicht der Fall ist, insbesondere in kleineren Kliniken, sind die diagnostischen Daten für eine adäquate medizinische Behandlung, für die sozialmedizinische Beurteilung und für medizinische Rehabilitationsmaßnahmen aufgrund von Voruntersuchungen, Konsiliaruntersuchungen etc., zu beschaffen, oder es muß auf die Aufnahme körperlich schwer geschädigter Patienten verzichtet werden.

(5) Motivation:

Für den Erfolg einer Suchtbehandlung sind Krankheitseinsicht sowie Abstinenz- und Therapiemotivation unverzichtbare Voraussetzungen. Obwohl in der vorstationären Phase Motivationsarbeit im Vordergrund stand und sich auch eine gewisse Motivation in der Regel entwickelt hat, sind zu Beginn der stationären Behandlung Motivation und Krankheitseinsicht oft noch vage und wenig gefestigt. Im besonderen Maße gilt dies für die Gruppe der nach dem Betäubungsmittelgesetz oder mit gerichtlichen Auflagen untergebrachten Suchtkranken.

Es muß aber beachtet werden, daß Motivation keine statische Größe ist, sondern daß es sich dabei um einen Prozeß handelt, der die gesamte Behandlung begleitet. Der Verlauf dieses Prozesses ist für den Erfolg im Sinne der Erreichung des Hauptzieles "Abstinenz" oft entscheidend. Diagnostisch gilt es, den Stand dieses Prozesses zu erfassen.

(6) Rehabilitationsspezifische Diagnostik

(Funktionsdiagnostik):

Das körperliche und soziale Funktionsniveau des Patienten ist zu erfassen: es soll festgestellt werden, wie sich die körperlichen und psychischen Defizite und Störungen in ganz konkreten Lebenssituationen auswirken. Dabei spielen auch die gesunden Anteile der Persönlichkeit, ihre Begabungen, Stärken und Kompensationsmöglichkeiten, eine große Rolle, besonders die Fähigkeit und Bereitschaft zur aktiven Lebensbewältigung. Zur Diagnose des psychosozialen Funktionsniveaus dient die Anamnese ("Leistungstest des Lebens"), die genaue Verhaltensbeobachtung in der Klinik, Belastungstests im Rahmen des Klinikalltags und gezielte Belastungen bei Ausgängen, Heimfahrten, bestimmten Aufträgen, die der Patient außerhalb der Klinik zu erfüllen hat.

### 2.2.2 Organisationsform der Diagnostik

Die Organisation der Diagnostik in der Klinik kann unterschiedlich gestaltet werden. In manchen Kliniken wird die Diagnostik von einem eigens für diese Aufgabe zuständigen Team auf einer speziellen Aufnahmestation durchgeführt. Dies kann dann sinnvoll sein, wenn verschiedene Behandlungsprogramme in der Klinik durchgeführt werden. Andere Kliniken bevorzugen die Diagnostik durch den zuständigen Bezugstherapeuten in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arzt, um von Anfang an eine konstante Patient-Therapeuten-Beziehung zu gewährleisten.

Zur Qualitätssicherung der Diagnostik ist eine Zweitsicht durch einen Fachmitarbeiter zu empfehlen.

### 2.2.3 Diagnostische Klassifikationen

Um eine schulenübergreifende, vergleichbare Diagnostik sicherzustellen, fordern die Leistungsträger die Klassifikation nach ICD 9. In vielen Kliniken wird heute bereits das leistungsfähigere Klassifikationssystem DSM-III-R herangezogen. Derzeit befindet sich das ICD 9 in Überarbeitung. Das Nachfolgesystem ICD 10 wird wesentliche Verbesserungen bringen. Die Diagnostik, die sich an den Kriterien eines Klassifikationssystems ausrichtet, ist rein deskriptiv.

Daneben ist für die Durchführung einer Psychotherapie eine verstehende, handlungsleitende, therapieorientierte Diagnostik notwendig. Gemeint sind die theorieabhängigen, ätiopathogenetisch oder auch psychodynamisch ausgerichteten diagnostischen Erhebungen. Diese Diagnostik ist theoriebezogen und schulen-spezifisch, wobei alle Schulen, die über eine wissenschaftlich fundierte Neurologie verfügen, in Betracht kommen.

Die so durchgeführte Diagnostik ist die Voraussetzung für gezielte Interventionen und Behandlungsmaßnahmen sowie für die Aufstellung eines Behandlungs- und Rehabilitationsplanes.

### 3. Therapie

#### 3.1 Therapieziele und Therapieplan

Oberstes Therapieziel in der Suchtbehandlung ist immer die lebenslange Abstinenz vom Suchtmittel. Ziele wie zeitlich begrenzte Abstinenz oder kontrolliertes Trinken haben sich als untauglich erwiesen. Gleichwohl muß berücksichtigt werden, daß eine lebenslange Abstinenz häufig nur in Teilschritten erreicht werden kann.

Der Suchterkrankung liegen verschiedenste Persönlichkeitsstörungen - psychogener Art bis zu Psychosen, Verhaltensauffälligkeiten und soziale Störungen - zugrunde, oder solche sind ohne ursächlichen Zusammenhang gleichzeitig feststellbar. Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation von psychischen Defiziten - und auch von körperlichen Störungen. Die Behandlung der Suchterkrankung ist ohne die Behandlung dieser psychischen, sozialen und körperlichen Störungen nicht möglich. Neben der Erreichung des Abstinenzzieles geht es also darum, daß sich der Patient auch ohne Suchtmittel besser fühlt, bessere Fähigkeiten zur Lebensbewältigung entwickelt, besser Beziehung zu anderen Menschen unterhalten kann und - soweit vorhanden - von quälenden neurotischen Symptomen befreit wird. Die Therapieziele werden auf der Grundlage der Diagnostik für jeden Patienten individuell festgelegt. Die während der Entwöhnungsbehandlung erreichbaren Ziele hängen auch von der Behandlungszeit ab. Bei kürzeren Behandlungszeiten müssen die Therapieziele enger gefaßt werden oder es muß auf eine ambulante Weiterbehandlung verwiesen werden.

Der Behandlungsplan ist für den Patienten einer Fachklinik zu einem großen Teil durch die in Tages- und Wochenplänen ausgewiesenen Pflichtveranstaltungen festgelegt. Dies schließt jedoch ein individuelles Eingehen auf den einzelnen Patienten nicht aus. Sowohl in den als Basisprogramm angebotenen Gruppentherapien, als auch in den Arbeitstherapien und der Sport- und Bewegungstherapie wird sehr individuell auf den Einzelnen eingegangen, bei gleichzeitiger Nutzung des Gruppenprozesses. Zunehmende Bedeutung gewinnen zusätzliche indikationsbezogene Maßnahmen, die in speziell geleiteten Gruppen- und Einzelgesprächen durchgeführt werden. In diesem Sinne werden auch individuelle Therapiepläne aufgestellt. Die Koordination der einzelnen Therapien erfolgt durch den Bezugstherapeuten.

### 3.2 Allgemeine Fragen zur Therapie: Integration der Therapiemaßnahmen

#### **Gesamtkonzept Kliniktherapie:**

Die Therapie in einer Fachklinik für Suchtkranke setzt sich aus vielen verschiedenen Einzelmaßnahmen wie Gruppen- und Einzeltherapie, Arbeitstherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Informationsveranstaltungen und indikativen Gruppenangeboten zusammen. Diese Einzelmaßnahmen müssen jedoch eingebettet sein in ein Gesamtkonzept: sie sind aufeinander abgestimmt und auf die Therapieziele bezogen.

Die unterschiedlichen therapeutischen Angebote geben dem Patienten verbale und averbale Äußerungsmöglichkeiten. Sie stellen verschiedene Zugangswege zum Patienten dar und sind Übungsfelder für neues Erleben und Verhalten. In das Gesamtkonzept gehen aber auch die Rahmenbedingungen ein, welche die Klinik setzt. Hierzu zählen die Bettenzahl der Klinik, die Formen des Zusammenlebens der Patienten in der Klinik, die Möglichkeiten zu Beziehungsaufnahmen zwischen therapeutischem Personal und Patienten, die Hausordnung und sonstige

Klinikregeln sowie die Regelung des Tages- und Wochenablaufs. In der Art, wie diese Rahmenbedingungen gestaltet werden, kommt die "Philosophie der Klinik" zum Ausdruck. Diese gründet in den theoretischen Modellvorstellungen über die Abhängigkeitserkrankungen, über stationäre Psychotherapie und in den Grundüberzeugungen der vorherrschenden Therapieschule.

**Schwerpunkte der Behandlung:**

In einem Klinikkonzept für Suchtkranke findet man heute in der Regel vier Behandlungsschwerpunkte:

- (1) Die Arbeit um die Suchtthematik. Dazu gehört:
  - Information über die Suchtkrankheit,
  - Aufbau von Krankheitseinsicht mit dem Ziel, sich als abhängig zu identifizieren und diese Tatsache zu akzeptieren,
  - Aufbau bzw. Stärkung des Abstinenzwillens,
  - Erwerb von Strategien zur Aufrechterhaltung der Abstinenz bzw. zur Rückfallprophylaxe,
  - Erkennen von Zusammenhängen zwischen bestimmten Belastungen, Erleben und Impulsen zur Suchtmittelleinnahme.
  
- (2) Andere persönliche und psychische Probleme: Hier geht es vor allen Dingen um die Behandlung der bei Suchtkranken vorliegenden intrapsychischen Störungen, ihrer Dynamik und der interpsychischen Dynamik mit den Bezugspersonen der Betroffenen. Zur Anwendungen kommen die verschiedensten psychotherapeutischen Methoden, je nach vorherrschender Therapieschule.
  
- (3) Soziale Problematik: Abhängigkeitskranke haben häufig erhebliche soziale Defizite, bis hin zur vollständigen sozialen Desintegration. Wichtig ist deshalb das Lernen sozialer Fertigkeiten. Zu den sozialtherapeutischen Maßnahmen gehören auch Sozialberatung, Maßnahmen zur beruflichen Wiedereinglie-

derung, Regelung von gerichtlichen Angelegenheiten, finanziellen Problemen und Wohnungsproblemen sowie zum Aufbau eines sozialen Netzwerks.

Bei jugendlichen Suchtkranken stehen Arbeitsmotivation, Berufswahl und Ausbildungsfragen sowie die gesellschaftliche Integration ganz im Vordergrund.

- (4) Somatische Folge- und Begleitkrankheiten: Besonders bei Alkoholkranken der mittleren und älteren Jahrgänge ist zunehmend Multimorbidität anzutreffen, so daß sich hier die Notwendigkeit organmedizinischer Rehabilitationsmaßnahmen ergibt. Bei jungen Drogenabhängigen nimmt die Zahl der HIV-Infizierten im Moment noch ständig zu und stellt die medizinische Betreuung vor neue Aufgaben.

**Größe der Klinik:**

Die Bettenzahl der Fachkliniken für Abhängige differiert stark. Kleinere Einrichtungen von 30 bis 50 Betten sind vor allem in der Therapie junger Abhängiger üblich. Sie bieten einen überschaubaren - quasi familiären - Rahmen und erleichtern dadurch die Entwicklung einer therapieförderlichen Atmosphäre. Zusätzlich ermöglicht dieser Rahmen eine bessere Kontrolle, was v.a. in der Drogentherapie wichtig ist.

Für die Behandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger gibt es Kliniken mit 50 - 100 Betten, es haben sich jedoch auch größere Kliniken mit 100 bis 200 Therapieplätze bewährt. Sie können ökonomischer arbeiten; Spezialisierungen und Differenzierungen innerhalb der Klinik sind möglich, entweder durch die Einrichtung von Abteilungen für Abhängige mit speziellen Problembereichen oder durch problemzentrierte, psychotherapeutische Gruppenangebote, die in der Therapiekonzeption vorgesehen sind.

Die Behandlung von Suchtkranken in größeren Kliniken setzt jedoch voraus, daß der einzelne Patient sich in der Klinik an klaren Zuordnungen orientieren kann. In den meisten Einrichtungen ist gewährleistet, daß der Patient einer festen Therapiegruppe angehört und einen konstanten Bezugstherapeuten hat. In manchen Einrichtungen bietet die Architektur des Hauses die Möglichkeit, feste Wohngemeinschaften zu bilden. So entstehen kleine, übersichtliche Einheiten innerhalb einer großen Klinik.

#### **Leben in der Klinik:**

Für viele Therapiekonzepte stand das Modell der therapeutischen Gemeinschaft Pate. In seiner ursprünglichen Form wird dieses Modell jedoch nicht mehr durchgeführt. Dies ist auch wegen der notwendigen Verantwortungs- und Entscheidungsstrukturen nicht möglich. Elemente einer therapeutischen Gemeinschaft können jedoch dort noch verwirklicht werden, wo Patienten in Wohngruppen und Wohngemeinschaften zusammenleben und einem festen Bezugstherapeuten bzw. einem konstanten Behandlungsteam zugeordnet sind. Die Wohngruppen sind in der Regel auch Therapiegruppen: sie nehmen gemeinsam an der Gruppentherapie teil, teilweise auch an der Arbeitstherapie und anderen gruppenbezogenen Therapieangeboten. Andere Kliniken richten sich an Großgruppenmodellen aus.

Wichtig ist in jedem Fall, daß eine feste Zuordnung besteht, damit sich Beziehungsgeflechte entwickeln können, in denen die Patienten ihre vielfältigen inneren Konflikte und Störungen inszenieren, um sie damit der Therapie zugänglich zu machen.

#### **Beziehung Patient-Therapeut:**

In der Regel werden der Patient und auch die Gruppe einen festen Bezugstherapeuten haben, evtl. unterstützt durch einen Co-Therapeuten. Therapeutenwechsel sollen möglichst vermieden werden. Der



Beziehung zwischen Therapeut und Patient wird in den meisten Therapiekonzepten eine große Bedeutung beigemessen.

Zu den Vorteilen stationärer Therapie zählt aber auch, daß in der Klinik ein größeres Beziehungsangebot besteht und Beziehungen unterschiedlicher Qualität zu verschiedenen Personen möglich sind, die diagnostisch und therapeutisch genutzt werden können.

Die Möglichkeit zu Gesprächskontakten mit seinen Therapeuten hat der Patient in der Suchtklinik bei den verschiedenen therapeutischen Veranstaltungen, z. B. anlässlich der Gruppentherapie. Die Therapeuten bieten meist regelmäßige Sprechstunden an und führen Einzelgespräche, in indizierten Fällen auch Einzeltherapie durch. Hinzu treten in einer Suchtklinik auch eine Vielzahl von inoffiziellen Kontakten zwischen Patienten und therapeutischem Personal.

Die Kontakte zum Arzt kann der Patient anlässlich regelmäßiger Sprechstunden oder Einbestellung durch den Arzt wahrnehmen. In manchen Einrichtungen werden auch ärztliche Visiten durchgeführt.

#### **Struktur der Klinik:**

Suchtkliniken bieten ihren Patienten mehr Struktur als andere Rehabilitationseinrichtungen.

Dies drückt sich aus in relativ strengen Hausordnungen, übersichtlichen und klaren Regeln des Zusammenlebens, festen Tages- und Wochenplänen mit therapeutischen und sonstigen Veranstaltungen, für die größtenteils eine Pflicht zur Teilnahme besteht. In Suchtkliniken besteht meist ein größeres Maß an Reglementierungen als in anderen Rehabilitationseinrichtungen. Dies wird damit begründet, daß suchtkranke Menschen mehr Orientierung und Struktur brauchen. Die Regeln haben aber nicht nur die Bedeutung, das Zusammenleben zu strukturieren und Schutz zu gewähren, sondern sie stellen in der Suchttherapie auch ein Mittel dar, Grenzen zu setzen und Kontrolle

zu gewährleisten. Grenzen geben einerseits Stütze und Halt, andererseits bedeuten sie auch Einschränkung und für manche Patienten somit Zurückweisung von vermeintlichen oder tatsächlich berechtigten Ansprüchen.

Die Auseinandersetzung mit Regeln stellt in der Suchttherapie ein wichtiges Thema dar: Die in der Suchtklinik bestehenden Grenzsetzungen bieten dem Suchtkranken die Möglichkeit, seine Frustrationstoleranz zu testen und auszubauen, was für viele Suchtkranke eine wichtige Aufgabe darstellt.

Die Art, wie in einer Suchtklinik mit Regeln umgegangen wird, spielt für das therapeutische Klima eine wichtige Rolle. Der Umgang mit Regeln erfordert einerseits ein hohes Maß an Konsequenz, andererseits jedoch auch Flexibilität und Anpassung an die individuellen Bedürfnisse. Eine Gefahr besteht darin, daß die Patienten bevormundet und gegängelt werden. Die erwünschte Entfaltung des Patienten wird dann verhindert. Die Thematik Macht und Autorität tritt ganz in den Vordergrund und andere, für die Person wichtige Problembereiche werden unterdrückt und damit auch nicht therapeutisch zugänglich. Auf der anderen Seite besteht bei zu wenig Konsequenz im Umgang mit Regeln die Gefahr der Strukturlosigkeit und fehlender Klarheit der Beziehung.

Uneinheitlich ist der Umgang mit Rückfällen während der stationären Behandlung. Zwei kontroverse Vorgehensweisen stehen zur Debatte:

- (1) Bei Rückfall wird in jedem Fall entlassen.
- (2) Bei Rückfall wird unter bestimmten Bedingungen mit dem Patienten weitergearbeitet.

Die Vertreter der ersten Richtung fürchten, daß vermeidbare Rückfälle gefördert werden, wenn die institutionelle Reaktion auf einen Rückfall nicht eindeutig und von vornherein klar ist. Sie sehen den

Rückfall, der in der Regel verheimlicht wird, weniger als günstige Chance für den weiteren psychotherapeutischen Prozeß, denn als Zeichen für mangelnde Therapieziel-Compliance. Wenn eine Fortsetzung der Therapie sinnvoll erscheint, wird der Patient in eine andere Einrichtung verlegt.

Bei den Vertretern der zweiten Richtung werden andere psychotherapeutische Gesichtspunkte in den Vordergrund gerückt. Man versucht, den Rückfall als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses zu verstehen und entsprechend individuell nach den Erfordernissen des jeweiligen Falles zu handeln, den Rückfall aufzuarbeiten und für die Therapie nutzbar zu machen.

Wie auch immer beim Rückfall gehandelt wird, es darf auf jeden Fall kein Zweifel daran gelassen werden, daß es sich bei der Abhängigkeit um eine sehr schwere Erkrankung handelt und daß ein Rückfall ein schwerwiegendes, u.U. lebensgefährliches Ereignis ist.

Zur Klinikstruktur gehört auch ein geregelter Tagesablauf nach einem Tages- und Wochenplan. Die Teilnahme an den therapeutischen Veranstaltungen ist in der Regel Pflicht. An den Wochentagen hat der Patient ein festes Tagesprogramm von Veranstaltungen über sechs bis acht Stunden. Dagegen stehen die Wochenenden der freien Gestaltung zur Verfügung. Hier soll der Patient zeigen, ob er in der Lage ist, seinen Tag selbst zu strukturieren bzw. soll er üben, seinen Tag sinnvoll zu gestalten. Die Suchtkliniken stellen in der Regel eine Reihe von Freizeitangeboten zur Verfügung.

In den letzten Jahren ist eine Tendenz zu einer Lockerung von Regeln und Kontrollen festzustellen. Dies geht einher mit zunehmendem Gewicht psychotherapeutischer Behandlung mit tiefenpsychologischer oder verhaltenstherapeutischer Ausrichtung. Diese Entwicklung dürfte noch nicht abgeschlossen sein. Es wird in Zukunft herauszufinden sein, wieviel Kontrolle und Struktur der abhängige Patient wirklich

braucht, und was ihn optimal fördert. Auch hier ist es notwendig, individuell auf die verschiedenen Patienten einzugehen. Ein Übermaß an Struktur und Kontrolle ist der Entwicklung des Patienten wohl nicht förderlich. Es entmündigt ihn und enthebt ihn der Notwendigkeit zur Selbstkontrolle. Andererseits kann ein Suchtkranker auch überfordert sein, wenn ihm nicht genügend Struktur geboten wird.

Eine Sonderstellung nehmen Suchtkliniken im Verhältnis zu anderen Rehabilitationseinrichtungen auch darin ein, daß die Patienten für die Reinigung ihrer Zimmer selbst zuständig sind. Leben die Patienten in Wohngruppen zusammen, dann müssen sie sich auch um die Ordnung und Sauberkeit ihres Wohnbereichs kümmern. Soweit irgend möglich, sollten die Patienten die Angelegenheiten ihres Lebens in der Klinik in eigener Regie und Selbstverantwortung regeln.

Die Suchtklinik sollte zwar einerseits einen Schutz für den Patienten darstellen, den er besonders in der Anfangsphase der Behandlung braucht, andererseits darf die Klinik nicht durchgehend verwöhnend sein. Es darf nicht alles perfekt geregelt und organisiert sein. Der Patient muß die Möglichkeit zu eigenen Entscheidungen und zur Übernahme von Verantwortung haben. Die Klinik muß auch genügend Freiraum zur Inszenierung der inneren Konflikte und Defizite bieten. Der Patient muß zunehmend Belastungen ausgesetzt werden können. Auch muß die Öffnung der Klinik nach außen gewährleistet werden, damit sich der Patient nicht hinter dem Schutz der Klinik in trügerischer Sicherheit wiegt.

**Koordinierung der therapeutischen Maßnahmen  
und Kooperation der Mitarbeiter:**

Alle therapeutischen Maßnahmen müssen koordiniert werden. Hierzu sind Strukturen auf Seiten des therapeutischen Personals notwendig. Die beteiligten Mitarbeiter müssen in der notwendigen Weise miteinander kommunizieren. Dies geschieht meist in einem interdis

ziplinären Team. Dort laufen die Ergebnisse der Arbeit der verschiedenen Bereiche zusammen und werden aufeinander abgestimmt. Die Federführung für die Koordination der Maßnahmen hat der Bezugstherapeut.

**Patientenmitbestimmung:**

Auch die Patienten einer Klinik haben in der Regel einen Bereich von Angelegenheiten, in denen sie mitbestimmen und selbst initiativ werden können. Diese Mitbeteiligung der Patienten kann sehr unterschiedlich geregelt werden. Es gibt meist Gruppensprecher, Patientensprecher, eine Gruppensprecherversammlung und ein Plenum der Patienten, in dem diese Angelegenheiten beraten werden können.

3.3 Spezielle Therapiemaßnahmen

Psychotherapeutische und psychosoziale Maßnahmen, hier auch die Arbeit mit Angehörigen, bilden in einer Suchtklinik den Schwerpunkt der Arbeit.

3.3.1 Psychosoziale Betreuung und Psychotherapie

Im Gegensatz zu den meisten Rehabilitationskliniken mit anderen Indikationen stellt in Kliniken für Abhängigkeitskranke die psychosoziale Betreuung einschließlich der Psychotherapie im engeren Sinne das Schwerpunktangebot dar. Es nimmt zeitlich und inhaltlich den größten Raum ein. Das gesamte "Setting" der Klinik mit seinen Einrichtungen, Therapieangeboten und dem strukturierten Tagesablauf sowie die Aktivitäten des Personals sind darauf ausgerichtet, Einstellungsänderungen bei den Patienten mit dem Ziel einer gesundheitsfördernden und krankheitsbewältigenden Lebensweise hervorzurufen. Schädliche Verhaltensweisen sollen erkannt, aufgegeben und er

folgreichere Einstellungen und Praktiken sollen erworben werden. Die Interventionen sind zwar schwerpunktmäßig, aber keineswegs isoliert auf das Suchtverhalten abgestimmt.

Bei der Psychotherapie in Kliniken für Abhängigkeitskranke handelt es sich nicht um reine Suchttherapie, wenn auch besonders in der Anfangsphase alle, sich um die Suchtmittelleinnahme rankenden Fragen im Vordergrund stehen.

Die mit diesen Themen befaßten psychotherapeutischen Gespräche haben das Ziel, daß der Abhängige vertiefte Krankheitseinsicht gewinnt, sein Abstinenzwillen gestärkt wird und er sich die Fertigkeiten zum Leben als abstinenten Suchtkranken in einer Suchtmittel konsumierenden Welt aneignet.

Sehr bald steht jedoch die Frage im Mittelpunkt, welche Funktion hatte die Einnahme des Suchtmittels bei der Regulierung innerseelischer Konflikte, beim Ausgleich seelischer Defizite und bei der Regulierung von Beziehungen. Diese Konflikte, Defizite und Beziehungsstörungen werden dann mit psychotherapeutischen Mitteln bearbeitet, um die vorhandenen Störungen so weit wie möglich zu bessern bzw. alternative Mittel und Wege zu deren besseren Bewältigung zu entwickeln.

Als Basisangebot hat sich in Suchtkliniken die Gruppentherapie durchgesetzt. Vor allem die Suchtproblematik kann aufgrund der in der Gruppe möglichen Identifikationen wirksam angegangen werden. In den letzten Jahren ist man jedoch von der ausschließlichen Gruppenbehandlung abgekommen. Zusätzlich werden regelmäßige Einzelgespräche und - wo indiziert - Einzeltherapie angeboten. Angehörige werden soweit wie möglich in die Therapie einbezogen. Hierzu dienen Paar- und Familiengespräche. Für besondere Problembereiche werden auch indikationsbezogene Gruppenangebote gemacht.

Methodisch haben verhaltenstherapeutische und tiefenpsychologische Ansätze die größte Verbreitung gefunden. In den letzten Jahren fanden systemische Ansätze immer größere Beachtung. Besonders in Einrichtungen für jugendliche Abhängige sind auch Methoden der humanistischen Psychologie verbreitet. In vielen Suchtkliniken werden verschiedene Methoden integriert.

**Spezielle psychosoziale Maßnahmen und Angebote:**

**Angehörigenarbeit:** Angehörigenarbeit ist im wesentlichen Psychotherapie, sie verfolgt jedoch auch soziale Ziele. Im stationären "Setting" sind alle Möglichkeiten der Angehörigenarbeit auszuschöpfen. Einzelne oder regelmäßige Angehörigengespräche, Angehörigenseminare von mehrtägiger Dauer oder Wochenendveranstaltungen gehören zum Standardangebot der stationären Suchttherapie. Die Arbeit mit Angehörigen oder anderen Bezugspersonen kann in ihrer Bedeutung gar nicht hoch genug eingeschätzt werden und ist in den Suchtkliniken zu einem der wichtigsten Therapiebausteine geworden.

In unterschiedlichem Ausmaß und konzeptabhängig werden auch strukturierte Familientherapie, Kinderseminare und Informationsveranstaltungen für andere relevante Bezugspersonen durchgeführt.

**Sozialberatung:** Suchtkranke Patienten haben häufig schwierige, ungelöste soziale und wirtschaftliche Probleme wie finanzielle Schwierigkeiten, Schulden, Wohnungslosigkeit, Unterhaltspflichten, Vormundschaftssachen. Es ist für den Erfolg der Therapie wichtig, daß diese sozialen Probleme schon während der stationären Therapie vom Patienten angegangen und möglichst gelöst werden. Dabei braucht er in der Regel Hilfestellung der Klinik.

Die Therapeuten beziehen diese Themen in ihre Therapiezielbestimmung und Behandlungsplanung mit ein. Die meisten Kliniken haben jedoch auch einen speziellen Sozialdienst, der für die Beratung in schwierigen Fällen zuständig ist.

**Aufbau eines sozialen Netzwerkes:** Untersuchungen haben gezeigt, wie wichtig für die psychische Stabilisierung und Gesunderhaltung das soziale Netzwerk ist. Auf dessen Aufbau sollte großer Wert gelegt werden. Während der Therapie ist es notwendig, daß dieses Thema angesprochen, daß bestehende Defizite festgestellt und Wege aufgezeigt werden, wie ein soziales Netzwerk aufgebaut werden kann. Dabei muß es Ziel der Therapie sein, daß der Patient überhaupt dazu bewegt wird, Aktivitäten zum Aufbau und zur Unterhaltung eines sozialen Netzwerkes zu ergreifen. Dies kann jedoch erst nach der Behandlung in die Tat umgesetzt werden und ist deshalb auch Teil von Nachsorgemaßnahmen.

**Vorbereitung auf die Nachsorge:** Zum Therapieprogramm gehört auch die Vorbereitung auf die Nachsorge. Dies bedeutet zunächst einmal Motivierung zur Inanspruchnahme von nachsorgenden Angeboten. Diese wird unterstützt durch den Kontakt zur Selbsthilfegruppe in den Kliniken und zu Selbsthilfeorganisationen vor Ort. Es muß mit jedem Patienten individuell erarbeitet werden, welche Form der Nachsorge für ihn geeignet ist und welche er bereit ist, anzunehmen. Dabei muß auch respektiert werden, wenn ein Patient Nachsorge für sich anfangs ablehnt (siehe auch Kap. 7.3).

Für den Erfolg der Suchtbehandlung ist es entscheidend, daß schon bei der Diagnosestellung die sozialen Defizite erfaßt werden, da sie häufig ein Maß für die Schwere der Störung sind. Die Bedeutung der aufgeführten psychosozialen Maßnahmen für die Rehabilitation Suchtkranker dürfte allgemein anerkannt sein. Die Umsetzung ist jedoch zeit- und personalaufwendig. Nur bei entsprechender Personalausstattung können die in dem Konzept der Kliniken niedergelegten Absichten auch eingelöst werden.



### 3.3.2 Medizinische Therapie im engeren Sinne

Angesichts gravierender Folgeerkrankungen und einer zunehmenden Multimorbidität bei Suchtkranken des mittleren und höheren Lebensalters sowie einer Vielzahl psychosomatischer Störungen, aber auch wegen einer allgemeinen Tendenz zu einer gesundheitsschädlichen Lebensweise der Suchtkranken ist eine qualifizierte medizinische Betreuung in Suchtkliniken erforderlich. Die räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen sind vorzuhalten.

Diese notwendigen Voraussetzungen sind bisher noch nicht in allen Kliniken verwirklicht. Die meisten Suchtkliniken verfügen heute aber über eine medizinische Abteilung, die mit Ärzten und Pflegekräften besetzt ist und über eine Grundausstattung für allgemeinärztliche und internistische Diagnostik verfügt. Allgemeinärztliche und internistische Behandlung kann durchgeführt werden, soweit keine Intensivüberwachung notwendig ist.

Zur Behandlung kommen: Folgeerkrankungen des Suchtmittelgebrauchs, Begleiterkrankungen chronischer Art oder Behinderungen, die unabhängig vom Suchtmittel sind, psychosomatische Störungen und Krankheiten, interkurrente Erkrankungen.

Je kleiner die Klinik, um so begrenzter sind in der Regel die Möglichkeiten für medizinische Diagnostik und Behandlung. Bei Kliniken mit der Indikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit gibt es nur vereinzelt kleinere Kliniken, die über keinen fest angestellten Arzt verfügen. Dies ist bei Drogeneinrichtungen jedoch eher die Regel. Diese arbeiten dann mit einem Vertragsarzt zusammen.

Medizinische Diagnostik und Behandlung treten bei Drogenabhängigen allerdings zurück, denn meist handelt es sich hier um jüngere Patienten, bei denen chronische Erkrankungen und Behinderungen noch seltener sind.

Eine Ausnahme bildet allerdings die notwendige medizinische Betreuung wegen der zunehmenden Bedrohung durch Aids und andere ansteckende Krankheiten.

**Behandlungsverfahren:**

Die medikamentöse Behandlung wird auf das Notwendige beschränkt. Suchtpotente Stoffe und andere Psychopharmaka werden möglichst vermieden. Über den Umgang mit abhängigkeiterzeugenden Stoffen werden die suchtkranken Patienten aufgeklärt und es werden Verhaltensmaßregeln gegeben, wie sich der Einzelne vor der Verordnung dieser Mittel schützen kann. Besonderes Gewicht wird auf die Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung gelegt - nicht nur bei der Haupterkrankung "Sucht", sondern auch bei den bleibenden funktionellen Einschränkungen und Behinderungen im körperlichen Bereich. Alle aktiven Maßnahmen wie Krankengymnastik, Sport, Bewegungstherapie sowie Bäder und Massagen werden bevorzugt angewandt.

**Psychosomatische Störungen:**

Bei Suchtkranken sind psychosomatische Störungen oder psychosomatische Erkrankungen, aber auch allgemein Somatisierungstendenzen relativ häufig. Es ist deshalb anzustreben, daß die Ärzte einer Suchtklinik über ein psychosomatisches Grundverständnis verfügen und eng mit den Psychotherapeuten der Klinik kooperieren.

Auch sollten spezielle Therapieangebote für Suchtpatienten mit psychosomatischen Störungen gemacht werden. Einzelne Suchtkliniken verfügen über eine eigene psychosomatische Abteilung.

**3.3.3 Gesundheitsbildung**

In Suchtkliniken ist die Hinführung zu einer gesunden Lebensweise

integraler Bestandteil der auf die Sucht ausgerichteten Informationsveranstaltungen und Gruppendiskussionen. Darüber hinaus werden jedoch auch spezielle Themen und Trainingsprogramme angeboten. So finden auf freiwilliger Basis Kurse zur Raucherentwöhnung, für Übergewichtige, für Patienten mit speziellen Eßstörungen und ähnliche indikationsspezifische Programme statt.

Die Gewöhnung an eine regelmäßige Lebensweise, wie sie durch das stark strukturierte Programm einer Suchtklinik vorgegeben wird, kann auch als eine unspezifische Maßnahme zur Gesundheitsbildung angesehen werden.

#### 3.3.4 Bewegungs- und Physiotherapie

Bei der Häufigkeit von Störungen und Krankheiten des Bewegungsapparates sollte zumindest in größeren Kliniken ein Angebot an krankengymnastischer Behandlung gemacht werden. Die personellen Voraussetzungen liegen jedoch meist nicht vor.

**Sport und Bewegungstherapie:** Diese Therapien haben in den meisten Konzepten von Suchtkliniken einen festen Platz. Sie verfolgen verschiedene Ziele, z. B. die Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Freude an Spiel und Bewegung, Training sozialer Fertigkeiten, sinnvollere Freizeitgestaltung. Spezielle Übungen und Angebote dienen der Verbesserung der Körperwahrnehmung. Bei Patienten mit körperlichen Einschränkungen und Behinderungen ist die Bewegungstherapie auf Funktionsverbesserungen ausgerichtet.

Die personelle und räumliche Ausstattung und die Gewichtung der Bewegungstherapie in den Konzepten der einzelnen Kliniken ist sehr unterschiedlich.

**Physiotherapie:** Eine gut ausgestattete physiotherapeutische Abteilung gehört zur Standardausstattung einer Suchtklinik. In manchen Fällen kann die Verordnung von physiotherapeutischen Anwendungen auch eine Alternative zur medikamentösen Behandlung sein.

### 3.3.5 Ergotherapie

Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie, in vielen Suchtkliniken auch Arbeitstherapie, sind weitere wichtige Bestandteile des therapeutischen Angebots. Zielsetzung und Vorgehensweise sind in den einzelnen Kliniken unterschiedlich.

**Beschäftigungstherapie:** In der Beschäftigungstherapie steht der spielerische, kreative Umgang mit Material im Vordergrund. Die Aufgabenstellung setzt sich der Patient meist selbst. Ziel ist es, die meist verschütteten, teilweise auch nicht entdeckten kreativen Fähigkeiten des Patienten zu wecken und zu fördern, ihm dabei Freude und Erfolgserlebnisse zu vermitteln. In der Suchtarbeit haben sowohl die Ergo- wie die Sporttherapie auch eine erhebliche freizeitpädagogische Funktion, indem sie Anregungen vermitteln und Vorteile selbstorganisierter Zeitstruktur aufzeigen.

**Arbeitstherapie:** In Suchtkliniken mit mittel- und langfristigen Therapiezeiten wird in der Regel Arbeitstherapie angeboten. Dabei ist es allgemein üblich, daß die Patienten im Rahmen dieser Arbeitstherapie Dienstleistungen für die Klinik erbringen. Dies geschieht durch Einsatz in Küche, Speisesaal, Hauswirtschaft und anderen Dienstleistungsbereichen der Klinik. Auch die Werkstätten für Arbeitstherapie stehen meist im Dienst des Klinikbetriebs.

Die Arbeitstherapie trägt durch gegenständliches und zweckgebundenes Tun zum Erreichen der globalen Rehabilitationsziele bei und bietet ein alternatives Vorgehen zu den stark reflexiven und verbal ausge

richteten psychotherapeutischen Verfahren an. Die Arbeitstherapie stellt den Patienten vor Aufgaben mit "Ernstcharakter". Sie fordert den Patienten heraus, sich auf neue und für ihn evtl. schwierige Aufgaben einzulassen, dient aber auch zur Strukturierung der Zeit. Darüber hinaus gibt es jedoch noch eine Anzahl weiterer und für jeden Patienten individuell festzulegender Ziele. Bei der Arbeitstherapie kann man sehr gut die Einstellung der Patienten zur Arbeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben erkennen.

Bei jungen Suchtkranken stehen oft Arbeitsmotivation, Berufsfindung und Ausbildung im Zentrum der arbeitstherapeutischen Bemühungen.

### 3.3.6 Diätetische Therapie

Diätetische Therapien stehen in Suchtkliniken naturgemäß nicht im Vordergrund. Auf eine gesunde vollwertige Ernährung ist jedoch zu achten. Für viele Abhängigkeitskranke ist es schon von großem Wert, sich wieder an eine regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten zu gewöhnen. Für bestimmte Stoffwechselstörungen wie Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen sind spezielle Diäten vorzuhalten.

### 3.3.7 Berufsbezogene Maßnahmen

Bei dem hohen Anteil von Arbeitslosen unter den Patienten, darunter auch Langzeitarbeitslosen, sind berufsbezogene Maßnahmen häufig notwendig, zumindest müssen entsprechende Maßnahmen schon während der stationären Behandlung vorbereitet und eingeleitet werden.

**Berufsbezogene Beratung:** Ein großer Teil der Patienten hat Probleme an der Arbeitsstelle oder ist arbeitslos. Die Regelung dieser Probleme muß während der stationären Therapie geschehen oder zumindest

eingeleitet werden. Die Patienten erhalten Hilfestellung bei der Stellensuche oder bei der Einleitung anderer berufsbezogener Maßnahmen (Bewerbungstraining, Beratung durch das Arbeitsamt, Reha-Beratung). Auch Heimfahrten dienen der Regelung dieser Angelegenheiten.

#### 4. Therapiekontrolle und Dokumentation

##### 4.1 Durchführung der Behandlung, Verlaufskontrolle

Im medizinischen Bereich sollen neben den üblichen Sprechstunden Zwischen- und Abschlußuntersuchungen durchgeführt werden. In einigen Kliniken werden auch regelmäßige Visiten vorgenommen, meist ist dies jedoch nur bei schwerkranken, bettlägerigen Patienten und während der Entgiftungsphase die Regel.

Im psychosozialen Bereich werden Verlauf und Fortschritt der Behandlung in Fallbesprechungen, Teambesprechungen sowie in internen und externen Supervisionen dargestellt und besprochen. Die psychotherapeutische Behandlung erfordert eine Verlaufs- bzw. Prozeßdiagnostik, welche die Anpassung der Therapieziele und Rehabilitationspläne an den Behandlungsverlauf ermöglicht. Hierzu dienen auch Visiten und Gruppenvisiten durch die leitenden Ärzte und Therapeuten der Klinik.

##### 4.2 Entlassungsbericht

Der Entlassungsbericht besteht aus einem medizinischen und einem psychosozialen Teil. Der medizinische Teil sollte vom behandelnden Arzt, der psychosoziale Teil vom zuständigen Therapeuten erstellt werden. Für den Gesamtbericht zeichnet der ärztliche Leiter der Klinik verantwortlich.

Die Entlassungsberichte dokumentieren alle wesentlichen Befunde und den Behandlungsverlauf und sind damit wichtige Informationsquellen

im Falle einer weiterführenden Behandlung oder einer Wiederholungsbehandlung. Für den Leistungsträger dienen die Abschlußberichte als sozialmedizinische Stellungnahme und kommen einem Gutachten gleich. Die Entlassungsberichte müssen deshalb neben den üblichen Teilen - Anamnese, Befund, Therapiemaßnahmen, -verlauf und Prognose - eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung mit der Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes umfassen. Dazu gehört die Beschreibung der Kompensationsmöglichkeiten sowie die Beurteilung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben.

Der Entlassungsbericht sollte mit dem Patienten vor der Entlassung besprochen werden.

#### 4.3 Dokumentation

In den meisten Suchtkliniken wird eine Basisdokumentation durchgeführt. Diese sollte sich an den Dokumentationsstandards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie orientieren. Die Basisdokumentation bildet auch die Grundlage für die Durchführung von Katamnesen.

Eine regelmäßige Effektivitätskontrolle, die sich an nachprüfbaren Kriterien orientiert, ist Voraussetzung für jede solide therapeutische Arbeit und vor allem für deren Weiterentwicklung. Aus verschiedensten Gründen ist dies zur Zeit noch nicht allen Rehabilitationseinrichtungen möglich.

Für den medizinischen und therapeutischen Bereich ist eine Krankenakte zu führen. Neben den Ergebnissen der Diagnostik enthält die Krankenakte die Verlaufsdokumentation.

#### 4.4 Datenschutz

Gerade im Suchtbereich ist es notwendig, sich streng an die in den Datenschutzgesetzen, dem Sozialgesetzbuch und an die im Strafgesetzbuch niedergelegten Geheimhaltungsbestimmungen zu halten. Leider erweist sich die konkrete Anwendung der Datenschutz- und Geheimhaltungsbestimmungen häufig als sehr kompliziert und für den juristischen Laien kaum noch überschaubar. Die Gewährung des Datenschutzes ist ohne die Hilfe eines Datenschutzexperten kaum zu gewährleisten.

#### 5. Behandlungsdauer

##### 5.1 Behandlungszeit bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

In der gegenwärtigen Praxis der stationären Suchtarbeit werden Entwöhnungsbehandlungen mit sehr unterschiedlichen Behandlungszeiten angeboten und durchgeführt. Generell wird gegenüber Heilmaßnahmen bei anderen Indikationen eine längere Behandlungszeit für notwendig gehalten.

##### **Kurzzeitbehandlungen:**

Die Therapiezeiten von Kurzzeitmaßnahmen betragen zwischen sechs und acht Wochen mit im Einzelfall möglichen Verlängerungen. Die Voraussetzungen für eine Kurzzeittherapie sind dann gegeben, wenn die soziale und berufliche Integration weitgehend vorhanden ist, d.h. nicht bei sozialer Desintegration, die z. B. durch Langzeitarbeitslosigkeit verursacht ist.

Die Anbindung an eine Beratungsstelle sollte ebenso gegeben sein wie die nahtlose Integration in nachsorgende Maßnahmen.



Nicht selten werden Kurzzeitbehandlungen durchgeführt, obwohl die oben aufgeführten Bedingungen nicht erfüllt sind, weil sich der betreffende Patient ambulant nicht für eine längere Behandlungszeit motivieren läßt, oder weil er aus anderen Gründen für eine längere Behandlungszeit nicht zur Verfügung steht. Diese Behandlungen sollte man als Probestandlungen bezeichnen, und möglichst in Kliniken durchführen, in denen Verlängerungsmöglichkeiten bestehen.

**Mittel- und langfristige Behandlungen:**

Zur Zeit werden für Patienten, welche die Kriterien für Kurzzeitbehandlungen nicht erfüllen, Behandlungszeiten zwischen 3 und 6 Monaten praktiziert. Nur in begründeten Ausnahmefällen wird bei Alkoholabhängigen über 6 Monate hinaus verlängert. Bei Drogenabhängigen, vereinzelt auch bei jugendlichen Alkoholikern, werden dagegen von vorneherein längere Behandlungszeiten eingeplant.

Galten traditionell 6 Monate als Standardbehandlungszeit, so hat sich in den letzten Jahren eine größere Variationsbreite der Behandlungszeit entwickelt, mit einer eindeutigen Tendenz zur Verkürzung. Gemäß den Ergebnissen der Psychotherapieforschung wird die Forderung erhoben, individuell jedem Suchtkranken die Behandlungszeit zu gewähren, die zur Erreichung seines Behandlungszieles notwendig ist. Das Motto: "Individualisierung der Behandlungsdauer" drückt die Vorstellung aus, daß der Patient entlassen werden kann oder muß, wenn er seine definierten Therapieziele im stationären Bereich erreicht hat. Richtig an diesen Überlegungen ist, daß sich die Voraussetzungen für eine Individualisierung der Behandlungsdauer in den vergangenen Jahren verbessert haben. Das Verständnis der Suchterkrankung in ihrem Zusammenwirken mit anderen, gleichzeitig bestehenden psychischen und sozialen Störungen ist gewachsen. Die Diagnostik und die Behandlungsmethoden haben sich verbessert. Soweit es der wissenschaftliche und methodische Fortschritt erlaubt, muß die Individualisierung der

Behandlungszeit in die Behandlungskonzepte der Kliniken Eingang finden. Dies ist jedoch eine wissenschaftlich wie praktisch komplexe Maßnahme, die zum Scheitern verurteilt ist, wenn sie von einseitigen Interessen geleitet wird. Von einer Vermengung des Interesses an einer Verkürzung der Behandlungsdauer allein aus ökonomischen Gründen mit dem Ziel der Flexibilisierung der Therapiegestaltung ist daher abzuraten.

Individualisierung und Flexibilisierung der Therapie - und nicht zuletzt auch die Verkürzung der Behandlungsdauer - haben jedoch Grenzen. Dies hat verschiedene Gründe, die mit der Natur der Suchterkrankung, der Schwere der zugrunde liegenden Störungen und der meist gravierenden körperlichen, psychischen und sozialen Folgeerkrankungen zusammenhängen. Suchtbehandlung kann nur innerhalb einer für den Patienten klaren und überschaubaren Struktur ablaufen. Hierzu gehört auch die Behandlungszeit. Dem Patienten müssen klare Vorgaben zur Behandlungszeit gemacht werden.

Es ist zu fordern, daß die Behandlungszeit vor Beginn oder zu einem möglichst frühen Zeitpunkt festgelegt und, von Ausnahmefällen bei unvorhergesehenen Entwicklungen abgesehen, auch eingehalten wird. Die Kriterien für die Festlegung individuell angemessener Behandlungszeiten müssen jedoch noch verbessert werden. Die Behandlungsziele bei Suchtkranken sind komplex. Sie sind immer nur partiell zu erreichen.

Neben der Schwere der Erkrankung sind bei der Festlegung der Behandlungszeiten weitere Faktoren zu berücksichtigen, welche die Veränderungsbereitschaft und Veränderungsfähigkeit, den Stillstand oder Fortschritt des therapeutischen Prozesses, die Nachbehandlungs- und Nachsorgebereitschaft und -möglichkeiten betreffen.

Vor einer radikalen Verkürzung der Behandlungszeit wird gewarnt, weil dann die Möglichkeit stationärer Suchtbehandlung nicht aus

reichend genutzt und langfristige positive Wirkungen auf die Fähigkeit zur Lebensbewältigung nicht erzielt werden können.

**Auswirkungen einer Individualisierung  
und Verkürzung der Behandlungszeit:**

Individualisierung und Verkürzung der Behandlungszeiten führen zwangsläufig zu höheren qualitativen Anforderungen an das Personal und zu größeren zeitlichen und psychischen Belastungen. Auch die Therapieorganisation wird schwieriger und aufwendiger. Dies wird zu einem höheren Personalbedarf führen, wenn man nicht ein Absinken der Qualität der Behandlung in Kauf nehmen will. Dieser Kostenanstieg wird zumindest einen Teil der Kosteneinsparung durch die Verkürzung der Behandlungszeit wieder aufheben.

**Wiederholungsbehandlungen:**

Rechtzeitige und schnelle Wiederaufnahmen bei Krisen und Rückfällen könnten längere Behandlungszeiten bei Wiederholungsbehandlungen vermeiden. Die Voraussetzungen für ein schnelles Handeln bei Rückfällen im ambulanten wie im stationären Bereich sind zu schaffen. Nicht in jedem Fall ist jedoch eine schnelle Wiederaufnahme sinnvoll. Der Wiedereinweisung muß eine sorgfältige Indikationsstellung vorausgehen.

**Intervallbehandlung - "Festigungsbehandlung":**

"Festigungsbehandlungen", die bereits von einigen Trägern als stationäre vierwöchige Maßnahmen durchgeführt werden, bieten in geeigneten Fällen eine wichtige Möglichkeit, zur Rückfallvorbeugung und zur Behandlung von Folgestörungen, wie sie bei abstinent lebenden Alkoholikern nicht selten sind. Solche Maßnahmen sollten ebenso ausgebaut werden wie Möglichkeiten für Intervallbehandlungen (vgl. hierzu Teil II, Kap. 3.3).

## 5.2 Behandlungszeit bei Drogenabhängigen

Die Behandlungszeiten bei jungen Suchtkranken sind meist längerfristig angelegt. Gründe dafür sind u.a. die stärkere Bindung an die Droge und das sie umgebende Milieu sowie die Tatsache, daß Drogenabhängige oft schon in jugendlichem Alter mit dem Suchtmittel in Berührung kommen. Dadurch können Loslösung und Individuation nicht eingeleitet werden, der Sozialisationsprozeß wird unterbrochen bzw. fehlgeleitet. Für die Korrektur und das Nachholen dieser unterbrochenen Entwicklung sind längere Behandlungszeiten erforderlich. Die Behandlungszeiten schwanken zwischen 6 und 18 Monaten. Auch hier sollte die Therapiezeit den individuellen Erfordernissen entsprechen.

## 6. Multimorbidität

Multimorbidität ist bei einem hohen Prozentsatz der in Fachkliniken für Alkohol- und Medikamentenabhängige aufgenommenen Patienten anzutreffen. Dies betrifft besonders die mittleren und älteren Jahrgänge.

Unter den häufigen Begleit- und Folgekrankheiten finden sich Krankheiten und Behinderungen im Bereich des Bewegungsapparates, Magen-, Leber-, Pankreas- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie neurologische Störungen. Durch sie ist die Erwerbsfähigkeit häufig herabgesetzt oder gefährdet. Nur in einem Teil der Fälle kommt es während der Entwöhnungsbehandlung zu einer spontanen Besserung. In den meisten Fällen ist eine gezielte somatische Behandlung notwendig. Bei bleibenden Behinderungen und chronischen Erkrankungen sind krankheitsspezifische Rehabilitationsmaßnahmen zu ergreifen.

In Einzelfällen sind auch spezielle Maßnahmen zur funktionalen/funktionellen Anpassung erforderlich. Bei dem breiten Spektrum von

auftretenden chronischen Erkrankungen und Behinderungen sind hier jedoch oft enge Grenzen gesetzt. Wo möglich, sollten deshalb entsprechende außerklinische Angebote genutzt werden.

Es sind bei weitem nicht alle Kliniken in der Lage, den Anforderungen durch die geschilderte Multimorbidität bei Abhängigen gerecht zu werden.

## 7. Schnittstellen

### 7.1 Vermittlung

Die Vermittlung in die Fachkliniken erfolgt auf Vorschlag verschiedener Stellen wie Fachberatungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke (Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstellen), Sozialdienste der Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Krankenkassen, Betriebssozialdienste, Allgemeinkrankenhäuser und psychiatrische Kliniken. Der Anteil der Patienten, der von den verschiedenen Institutionen in die Fachklinik vermittelt wird, ist regional und von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich. Insgesamt aber wird der größte Teil der Abhängigkeitskranken über die Fachberatungsstellen vermittelt.

Die Kostenzusage des Rentenversicherungsträgers für die Behandlung in einer bestimmten Fachklinik ist an ein Antragsverfahren gebunden. Dem Antrag des Versicherten müssen eine ärztliche Stellungnahme und ein Sozialbericht beigefügt werden. Einige Rentenversicherungsträger verlangen zusätzlich ein Gutachten des Vertrauensarztes bzw. des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung. Der Sozialbericht wird von den Fachberatungsstellen erstellt und enthält Aussagen über die Krankheitsgeschichte einschließlich Suchtanamnese, biographische Daten, Angaben zur sozialen Situation des Versicherten, zur Motivation und zu sozialen und therapeutischen Maßnahmen im Rahmen der

Vorbereitung auf die stationäre Behandlung. Die Fachberatungsstelle kann eine Behandlungseinrichtung vorschlagen. Die Entscheidung, ob und in welche Einrichtung der Patient aufgenommen wird, trifft letztlich der Leistungsträger, der sich aber im allgemeinen an den Empfehlungen der Vermittlungsstelle orientiert.

Bereits vor der stationären Behandlung finden in den Fachberatungsstellen in Vorbereitung auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung diagnostische und psychotherapeutische Maßnahmen statt. Im Verlauf der ersten Beratungsgespräche mit dem Patienten, dem/den Angehörigen, unter Umständen dem Arbeitgeber und in enger Kooperation mit dem Hausarzt des Patienten muß gemeinsam entschieden werden, ob der Patient stationär in einer Fachklinik behandelt werden muß oder ambulant behandelt werden kann. Primäres Ziel dieser Gespräche ist es dabei einerseits, durch Exploration, Fremdanamnese, Fragebögen und ärztliche Untersuchungen eine umfassende Diagnosestellung zu ermöglichen, andererseits bereits durch spezifische therapeutische Maßnahmen (Einzel-, Partner- und Gruppentherapie) eine Behandlungsmotivation und - wenn möglich - eine Abstinenzmotivation zu erreichen. Bei Vorliegen einer körperlichen Abhängigkeit sollte möglichst in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt eine körperliche Entgiftungsbehandlung vor Einweisung in die Fachklinik durchgeführt werden.

Ist eine stationäre Behandlung indiziert, stimmen Beratungsstelle, Patient und Fachklinik die für diesen Patienten geeignete Einrichtung und den Zeitpunkt der Aufnahme miteinander ab. Weiterhin wird der Patient über die spezifische Behandlungskonzeption dieser Klinik genauer informiert und nimmt an Informationsgesprächen über Alkohol- und Drogenprobleme teil. Der Abstimmungsprozeß zwischen allen Institutionen, die an der Vorbereitung der stationären Behandlung, ihrer Finanzierung und ihrer Durchführung beteiligt sind, erfolgt nicht immer reibungslos. Die Gründe dafür liegen in Unterschieden bei der fachlichen Beurteilung eines Falles, in Interessenkonflikten

zwischen den Institutionen und häufig auch in Informationsdefiziten einzelner Beteiligter.

Prinzipiell sollten in eine Fachklinik zur stationären Entwöhnungsbehandlung nur Patienten aufgenommen werden, bei denen bereits eine deutliche Behandlungs- und Abstinenzmotivation aufgebaut worden ist. Bei diesen Patienten sind die Behandlungsergebnisse eindeutig besser. Da in manchen Fällen diese Voraussetzungen aus unterschiedlichen Gründen auf ambulantem Wege nicht oder nur teilweise erreicht werden können, sollte dennoch auch in diesen Fällen eine Vermittlung in die Fachklinik erfolgen, wenn eine dringende Behandlungsindikation besteht und ein längeres Zuwarten nicht verantwortet werden kann.

Die Fachkliniken sind auf diese unterschiedlichen Motivationslagen eingestellt und führen immer auch Motivierungsarbeit durch.

#### 7.2 Direktverlegung - Anschlußheilbehandlung (AHB)

Nahtlose Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern in Entwöhnungsbehandlung sind nur in einzelnen Fällen erforderlich und wünschenswert. Es handelt sich hierbei um Patienten, die durch einen Rückfall vital gefährdet sind oder deren soziale Situation durch einen Rückfall ausweglos würde (Siehe hierzu Teil II, Abschnitt 2.4).

Wenn möglich, sollte jedoch auch in diesen Fällen bereits vor der Verlegung der Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle hergestellt werden.

### 7.3 Nachsorge

Unter Nachsorge sind alle Maßnahmen zu verstehen, die den durch ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen erzielten Rehabilitationserfolg sichern. Nachsorgemaßnahmen sind als integrierter Bestandteil der Rehabilitation anzusehen (siehe auch Teil II, Kap. 1.7).

Entwöhnungsmaßnahmen sind - ob stationär oder ambulant - immer nur als Teilmaßnahme in einem längeren Behandlungs- und Entwicklungsprozeß zu sehen. Sie haben das Ziel, den Betroffenen zunächst einmal willens und fähig zu machen, abstinent zu leben und seine Rolle im familiären, gesellschaftlichen und beruflichen Leben wieder einzunehmen. Dies wird in den meisten Fällen längerfristig nur gelingen, wenn nach einer Entwöhnungsbehandlung weitere Nachsorgemaßnahmen in Anspruch genommen werden.

Bezüglich Art und Umfang von Nachsorgemaßnahmen besteht individuell ein sehr unterschiedlicher Bedarf. Wenn Nachsorge im notwendigen Maß in Anspruch genommen werden soll, muß das Angebot so vielgestaltig wie möglich sein. Nachsorge wird im Rahmen der Selbsthilfe und durch professionelle Hilfe angeboten. Beide haben unterschiedliche Aufgaben und Zielsetzungen im Rahmen der Nachsorge, sie sind dementsprechend für verschiedene Zielgruppen von Nachsorgepatienten geeignet.

#### 7.3.1 Selbsthilfe

Zum weitaus größten Teil wird bis heute Nachsorge im Suchtbereich im Rahmen der Selbsthilfe erbracht. Auf diesem Gebiet sind verschiedene Selbsthilfeorganisationen wie Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund, Blau-Kreuz, Guttempler und private Selbsthilfevereine tätig. Zum Teil arbeiten sie mit professionellen Einrichtungen, z. B. der Caritas und



dem Diakonischen Werk, eng zusammen. Es gibt ein nahezu flächendeckendes Angebot an Selbsthilfegruppen verschiedenster Art.

Regelmäßige Arbeit in einer Selbsthilfegruppe erhöht eindeutig die Chancen für längerfristige Abstinenz.

### 7.3.2 Professionelle Nachsorge

Für einen nicht unbeträchtlichen Teil der Patienten ist professionelle Nachsorge erforderlich. Die professionelle Hilfe wiederum kann ambulant, teilstationär und stationär erbracht werden.

#### **Im ambulanten Bereich:**

Ambulante Nachsorge wird vor allem durch die psychosozialen Beratungsstellen erbracht, in geringerem Umfang durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten; auch Fachkliniken beteiligen sich an der ambulanten Nachsorge. Folgende Leistungen werden im Rahmen der ambulanten Nachsorge erbracht:

- (1) Weiterführende ambulante Psychotherapie: Diese kann durch die psychosozialen Beratungsstellen, niedergelassene Psychotherapeuten und von Fachkliniken erbracht werden.
- (2) Sonstige Beratungs- und Gesprächsangebote, z. B. Gesprächsangebote zur Überwindung von Anfangsschwierigkeiten, Gespräche bei intermittierend auftretenden Problemen, Kriseninterventionen, Maßnahmen zum Auffangen von Rückfällen.
- (3) Soziale Hilfen, z. B. Beratung und Hilfe bei Ausbildungs- und Berufsproblemen, bei Schulden und anderen finanziellen Problemen, Wohnungsfragen, Fragen der Freizeitgestaltung, Hilfen bei der Schaffung von sozialen Kontakten und zum Aufbau eines sozialen Netzwerkes.

- (4) **Betreutes Wohnen:** Gemeint ist hier das Leben in Wohngemeinschaften oder Wohnheimen für Abhängige, die nach Entwöhnungsbehandlungen für eine gewisse Zeit regelmäßiger Betreuung bedürfen. In diesem Bereich besteht allerdings noch ein großes Defizit, während der Bedarf zunimmt.
- (5) **Betreutes Arbeiten und Hilfen zur Tagesstrukturierung:** Hierunter fallen Betreuung am Arbeitsplatz oder in Werkstätten. Auch hier besteht ein großer Bedarf, da viele Rehabilitanden nicht mehr in der Lage sind, die volle Leistung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erbringen.

**Teilstationäre Angebote:**

Gemeint sind Übergangseinrichtungen, in denen Abhängige nach Entwöhnungsbehandlungen bis zur vollen Stabilisierung und sozialen Wiedereingliederung leben.

Auch an Tageskliniken ist zu denken, in denen nicht erwerbstätige Abhängige ein tagesstrukturierendes Angebot und eine gewisse therapeutische Betreuung erhalten.

**Stationäre Nachsorge:**

Hierunter ist vor allem die Unterbringung in Wohnheimen zu verstehen, aber auch Übergangseinrichtungen mit stärker strukturiertem Programm. Die Übergänge zu den teilstationären Angeboten sind fließend.

Stationäre und teilstationäre Angebote sind vor allem für chronisch mehrfachgeschädigte Alkohol- und Medikamentenabhängige und für Drogenabhängige notwendig.

**Nachsorgeangebote durch Fachkliniken:**

In gewissem Umfang wird heute schon Nachsorge in Institutsambulanzen

von psychiatrischen Kliniken betrieben. Auch die Fachkliniken betreiben in unterschiedlicher Intensität ambulante und stationäre Nachsorge, ohne daß dies jedoch in dem offiziellen Leistungskatalog der Fachkliniken zum Ausdruck käme oder gar finanziell gefördert wird. Ausnahmen sind einige, ausschließlich regional arbeitende Fachkliniken, deren Therapiekonzept ein integriertes ambulantes Nachsorgeprogramm enthält.

Ansonsten handelt es sich in der Regel um freiwillige Leistungen engagierter Therapeuten. Diese Leistungen bestehen in Einzel- und Paargesprächen mit ehemaligen Patienten, Kriseninterventionen, schriftlichen Informationen an ehemalige Patienten und Angeboten wie Ehemaligentreffen und Gruppentreffen.

Einige Fachkliniken führen ein- und mehrtägige Treffen ehemaliger Patienten in kleinen Gruppen durch, um die Erfahrungen, aber auch auftretende Probleme und Schwierigkeiten nach der stationären Entwöhnungsbehandlung zu bearbeiten. Die Erfahrungsberichte zeigen, daß sich diese Form der Nachsorge als äußerst nützlich erweist. Sie verdient, in breiterem Umfang angeboten und auch finanziert zu werden.

**Defizite in der professionellen Nachsorge und Finanzierung:**

Um ein professionelles Angebot in der beschriebenen Form aufzubauen, bedarf es weiterer Anstrengungen. Besonders ungenügend ist das Angebot an teilstationären und stationären Möglichkeiten für die zunehmende Zahl von chronisch mehrfach geschädigten Alkohol- und Medikamentenabhängigen und zur Rehabilitation von Drogenabhängigen. Zur Finanzierung dieser Leistungen werden die Betroffenen in der Regel auf die Sozialhilfe verwiesen.

Im ambulanten Bereich soll in Zukunft die weiterführende, ambulante Psychotherapie in psychosozialen Beratungsstellen durch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger finanziert werden. Die anderen vielfältigen Rehabilitationsleistungen werden dagegen nicht eigens

finanziert. Zu den Problemen, die mit dieser Regelung zu befürchten sind, siehe Teil II, Kapitel 1.1.2.

### 7.3.3 Motivation zur Nachsorge

Der Übergang von der Therapie in den selbständigen Lebensbereich bleibt eine schwierige Phase. Dabei ist die Rückfallgefahr am größten, so daß jede Erleichterung dieses Überganges die Behandlungsergebnisse entscheidend verbessern kann.

Es bleibt daher eine wichtige Aufgabe der Institutionen, die Entwöhnungsbehandlungen durchführen, jeden Patienten individuell zu beraten, und mit ihm zusammen zu erarbeiten, welche Form von Nachsorge für ihn notwendig, am besten geeignet und annehmbar ist. Dabei muß auch akzeptiert werden, wenn ein Patient für sich zunächst Nachsorge ablehnt. In diesen Fällen sollte aber intensiv darüber gesprochen werden, was im Falle eines Rückfalls zu unternehmen ist (Siehe auch Teil II, Kap. 1.6).

## 8. Ausstattung

### 8.1 Personal

Ein wesentlicher Faktor für den Erfolg der stationären Behandlung von Suchtkranken ist die personelle Ausstattung der Klinik in quantitativer und qualitativer Hinsicht. Die therapeutische Arbeit mit Suchtkranken stellt hohe Anforderungen an das Personal. Die Arbeit ist zeitaufwendig und psychisch belastend. Sie erfordert von den therapeutisch tätigen Mitarbeitern psychische Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit, die Fähigkeit zur Offenheit, Echtheit, Klarheit und Bestimmtheit im Umgang mit den Patienten, gute berufliche Qua

lifikation, berufliche Erfahrung, die Fähigkeit zur Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgruppen und persönliches Engagement.

Die Grundsätze für die personelle Ausstattung der Fachkliniken sind in Anlage 2 des Gesamtkonzeptes zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken vom 15. Mai 1985 niedergelegt und haben folgenden Wortlaut:

- "3.1 In der Einrichtung müssen auf dem Gebiet der Suchtkrankenarbeit qualifizierte und erfahrene
  - 3.1.1 Ärzte,
  - 3.1.2 Diplom-Psychologen,
  - 3.1.3 Sozialarbeiter/Sozialpädagogen sowie
  - 3.1.4 Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten zur Verfügung stehen.
- 3.2 Sie sollen eine geeignete Zusatzausbildung haben. Als Zusatzausbildung kommen z. B. in Betracht:
  - bei den unter 3.1.1 bis 3.1.4 aufgeführten Therapeuten
    - Ausbildung zum Suchtkrankentherapeuten oder
    - Gesprächstherapie nach Rogers oder
    - Verhaltenstherapie oder
    - Psychodrama,
  - bei den unter 3.1.4 aufgeführten Therapeuten auch
    - eine Zusatzausbildung als Arbeitserzieher.
- 4. Die Einrichtung muß einen ärztlichen Leiter haben. Im Leitungsteam müssen außerdem die Fachbereiche Psychologie und Sozialarbeit vertreten sein. Innerhalb der Therapie sollen die unter 3.1.1 bis 3.1.3 aufgeführten Therapeuten gleichberechtigt zusammenarbeiten.
- 5. Die Einrichtung muß einen ausgebildeten Psychotherapeuten haben. Dabei kann es sich um einen Arzt oder einen klinischen Diplom-Psychologen oder einen Diplom-Psychologen mit vergleichbarer Ausbildung handeln.
- 6. Für die Gruppen- und Einzeltherapie soll bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen für jeweils 10 Patienten, bei Drogenabhängigen für jeweils 6 bis 7 Patienten einer der unter 3.1.1 bis 3.1.3 aufgeführten Therapeuten zur Verfügung stehen. Dieser Therapeut soll zugleich die Hauptbezugsperson für diese Patientengruppe sein. Darüber hinaus sollen Arbeits- und Beschäftigungstherapeuten und weitere übergreifend tätige Therapeuten (z.B. Sporttherapeuten, Musiktherapeuten) in ausreichender Zahl vorhanden sein."

**Folgendes zur Erläuterung und Ergänzung:**

**Ärztlicher Leiter:** Der ärztliche Leiter einer Suchtklinik sollte Psychiater sein und eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben.

**Leitender Psychologe:** Neben dem leitenden Arzt gibt es an vielen Fachkliniken einen leitenden Psychologen. Die Kompetenzverteilung zwischen leitendem Arzt und leitendem Psychologen kann sehr verschieden geregelt sein, wobei die Gesamtverantwortung meist dem leitenden Arzt übertragen ist.

**Ärzte:** Der Arzt-Patienten-Schlüssel in der somatischen Betreuung sollte 1:40 bis 1:50 betragen. Verfügt eine Klinik aufgrund ihrer Größe über mehrere Ärzte, sollte einer der Ärzte Internist sein. Auch die Ärzte, die vorwiegend somatisch tätig sind, müssen psychotherapeutisch interessiert sein und sollten sich psychotherapeutisch und psychosomatisch weiterbilden bzw. die Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" erwerben.

**Psychotherapeuten:** Alle als Hauptbezugstherapeuten in der Gruppen- und Einzeltherapie eingesetzten Fachkräfte sollten ausgebildete Psychotherapeuten sein. Traditionell waren in Suchtkliniken in erster Linie Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit Zusatzausbildung in der psychotherapeutischen Arbeit eingesetzt. In den letzten Jahren wurde diese Aufgabe auch auf Psychologen und Ärzte mit entsprechender Zusatzausbildung übertragen. Mit der Weiterentwicklung der Konzepte und den damit verbundenen höheren Anforderungen wird der Anteil dieser Berufsgruppen weiter wachsen. Da die meisten Weiterbildungen bzw. psychotherapeutischen Ausbildungen berufsbegleitend durchgeführt werden und da auf dem Arbeitsmarkt ein Mangel an qualifizierten Suchttherapeuten herrscht, sollten die Fachkliniken auch in einem angemessenen Verhältnis Therapeuten in Weiterbildung anstellen. Diese werden unter Anleitung eines erfahrenen Therapeuten tätig.

Der in den Richtlinien vorgesehene Therapeut-Patientenschlüssel von 1:10 bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen und 1:7 bei jungen, meist drogenabhängigen Suchtkranken ist bei Umsetzung dieses auf weitere Individualisierung und Differenzierung der Behandlung zielenden Konzeptes nicht ausreichend und müsste verbessert werden.

**Anderes therapeutisches Personal (Krankenschwestern/-pfleger, Arbeits-/Beschäftigungstherapeuten, Sport-/Bewegungstherapeuten):** Der zahlenmäßige Anteil dieser Mitarbeiter ist stark konzeptabhängig und schwankt mit den Schwerpunkten, die das jeweilige Konzept setzt. Diese Mitarbeiter müssen neben ihrer persönlichen Eignung vor allem über eine gute Qualifikation auf ihrem Fachgebiet verfügen. Darüber hinaus sollten sie sich durch Weiterbildung psychotherapeutische Grundkenntnisse aneignen. Die Weiterbildungen sollten Selbsterfahrung einschließen.

**Supervision:**

Die therapeutische Arbeit muß kontinuierlich durch Supervision begleitet werden. Die Supervision findet intern statt, meist im Team, d.h. mit Mitarbeitern, die alle der Institution angehören. Neben der internen Supervision sollte jedoch auch externe Supervision angeboten werden, die von einem Supervisor geleitet wird, der außerhalb des Systems der Institution steht.

**Fortbildung:**

Neben der oben schon erwähnten Weiterbildung ist eine regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter notwendig. Die Kliniken sollten für ihre Mitarbeiter intern Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Darüber hinaus sollte den Mitarbeitern aber auch die Möglichkeit zu externer Fortbildung gegeben werden.

8.2 Räumlich-technische Ausstattung

Die Architektur einer Suchtklinik sollte es erlauben, daß Wohnbereiche eingerichtet werden können. Diese bestehen aus Patientenzimmern, einem dazugehörigen Aufenthaltsraum, evtl. einer Teeküche, dem Gruppenraum und dem Therapeutenbüro. Dort bilden etwa zehn Patienten eine "Wohngemeinschaft", in der sie für alle Belange ihres Zusammenlebens selbst Verantwortung übernehmen. Dadurch gliedert sich die Klinik in überschaubare Einheiten und es entstehen vielfältige, therapeutisch nutzbare soziale Bezüge. Für die Unterbringung der Patienten sollten aus therapeutischen Gründen sowohl Ein- als auch Zweibettzimmer zur Verfügung stehen.

Da die Patienten oft längere Aufenthalte in der Klinik haben, müssen zur Förderung der Kommunikation genügend Aufenthaltsräume zur Verfügung stehen. Man rechnet für zehn Patienten einen Aufenthaltsraum. Fernsehen sollte in eigens dafür vorgesehenen, von den Aufenthaltsräumen getrennten Fernsehräumen stattfinden.

Bei der Ausstattung mit Funktionsräumen ist vor allem auf eine ausreichende Zahl von Gruppentherapieräumen zu achten; für zwei Gruppen, 20 bis 24 Personen, ist mindestens ein Gruppenraum erforderlich. Hinzu kommen Räume für größere Gruppen und für Veranstaltungen in der Gesamtklinik. Die größeren Räume sollen für Unterrichtszwecke ausgestattet sein und die technische Ausstattung zur Arbeit mit den üblichen Medien - Film, Fernsehen, Video usw. - haben.

Jeder Bezugstherapeut sollte über ein eigenes Büro verfügen. Eine Suchtklinik soll Sportanlagen wie Sportplatz, Turnhalle, Gymnastikräume und im begrenzten Umfang auch Freizeiteinrichtungen haben.

Je nach Konzept muß die Klinik über Räume und Ausstattungen für Arbeits- und Beschäftigungstherapie verfügen.

Die medizinische Abteilung sollte über die üblichen Räume für Ärzte und Pflegepersonal verfügen. Die technische Ausstattung muß eine qualifizierte internistische Diagnostik garantieren. Hierzu gehören als Mindestausstattung klinisches Labor, EKG, Ergometrie, Sonographie.

Einrichtungen zur Physiotherapie wie Bäder, Massagen, Elektrophotherapie und anderes gehören zur Standardausrüstung der Suchtkliniken.

## 9. Gestuftes System der Suchtentwöhnung

### 9.1 Ambulante Rehabilitation

#### 9.1.1 Indikation

Eine wichtige Aufgabe der Fachberatungsstellen ist es, die Indikation entweder zur ambulanten oder zur stationären Behandlung zu stellen. Diese Entscheidung fällt meist bereits nach den ersten



Gesprächen. In manchen Fällen ist allerdings in wenigen Sitzungen nicht zu klären, ob eine stationäre Entwöhnungsbehandlung nötig oder eine ambulante möglich ist. Durch die Fachberatungsstelle bedarf es dann einer längerfristigen Prozeßdiagnostik und weiterer ambulanter therapeutischer Maßnahmen, um letztendlich aus dem Therapieverlauf die Indikation für die angemessene Form der Entwöhnungsbehandlung stellen zu können.

Die Indikation für einen zeitlich begrenzten kurz-, mittel- oder längerfristigen stationären Aufenthalt ergibt sich aufgrund der sukzessive deutlicher diagnostizierbaren Problembereiche des Patienten, für deren Veränderung stationäre Rahmenbedingungen eine höhere Effektivität und damit eine bessere Prognose wahrscheinlicher machen.

Die ambulante Therapie hat gegenüber der stationären einige Vorteile. Sie ist kostengünstiger, beläßt den Patienten in seinen sozialen Bezügen und kann das soziale Umfeld in die Therapie besser miteinbeziehen. Ambulante Therapie ist aber an bestimmte Voraussetzungen von Seiten des Patienten und seiner sozialen Situation gebunden. Diese Voraussetzungen sind nur bei einem Teil der Patienten gegeben.

**Als Voraussetzungen für die ambulante Therapie können gelten:**

- (1) Der Patient muß den Rahmen der Behandlung einhalten können.  
Das setzt in der Regel eine gute Motivation, Zuverlässigkeit und ein gewisses Maß an Frustrationstoleranz voraus.
- (2) Die körperlichen und/oder psychischen Schäden und Defizite des Patienten dürfen nicht zu groß sein.
- (3) Der Patient muß unter den Behandlungsbedingungen abstinent bleiben können.
- (4) Der Patient soll sozial noch ausreichend integriert sein.

- (5) Es dürfen keine allzu großen pathologischen Konflikte mit dem sozialen Umfeld vorliegen.
- (6) Akute Selbst- und Fremdgefährdung müssen ausgeschlossen sein.
- (7) Der Patient soll während seiner Behandlungszeit seiner üblichen beruflichen Tätigkeit nachgehen.
- (8) Die Wege zur Behandlungsstelle dürfen nicht zu weit sein.

Sind diese Kriterien nicht oder nur ungenügend erfüllt, empfiehlt sich eine stationäre Behandlung.

Die genannten Kriterien haben ihre Gültigkeit und Berechtigung vor allem als orientierende Richtlinien. Denn im Einzelfall ist die Symptomatik eines Abhängigen sowohl hinsichtlich ihrer Entwicklung als auch ihrer Ausprägung sehr unterschiedlich - abgesehen davon, daß die Kriterien aus verschiedener therapeutischer Sicht auch unterschiedlich gewichtet werden können. Die ambulante Stelle, welche die Indikation zu treffen hat, muß jedoch in ihren fachlichen Entscheidungen unabhängig sein und darf nicht durch übergeordnete, z. B. finanzielle Zwänge, in ihrer Entscheidung beeinflusst werden. Die Beratungsstellen müssen auch so ausgestattet sein, daß sie den hohen Aufwand für die ambulante Behandlung ohne Vernachlässigung anderer Aufgaben durchführen können. Dazu müssen neben den fachlichen auch die organisatorischen Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung vorhanden sein.

In manchen Fällen stellt sich auch die Frage nach einer Kombination von ambulanten und stationären Maßnahmen. Von dieser Möglichkeit wird beim fortschreitenden Ausbau der ambulanten Behandlungsstellen und der zunehmenden Flexibilität der stationären Einrichtungen in Zukunft sicherlich verstärkt Gebrauch gemacht werden.

Eine **besondere Zielgruppe** für die ambulante Suchtrehabilitation sind solche Patienten, die noch nicht suchtkrank im engeren Sinne sind, aber aufgrund ihres Konsumverhaltens gefährdet sind, abhängig zu werden. Hier gilt das Abstinenzziel nur bedingt, z. B. für bestimmte

Zeiträume oder Situationen. Gerade diese Patienten erfordern eine detaillierte Analyse ihres Problemverhaltens, um ihnen helfen zu können, einen kontrollierten, sozial akzeptablen und möglichst gefähderungsfreien Umgang mit dem Suchtmittel zu erreichen.

#### 9.1.2 Formen der ambulanten Rehabilitation

Die ambulante Rehabilitation besteht aus einer Kombination von Einzel-, Partner-, Familien- und Gruppensitzungen und impliziert auch Kontakte zum weiteren sozialen Umfeld des Patienten, z. B. dem Vorgesetzten oder den Kollegen am Arbeitsplatz. Sie stellt immer ein theoriegeleitetes und geplantes Vorgehen dar mit dem Ziel, bei abhängigen Patienten eine stabile Abstinenz von Suchtmitteln zu erreichen, der Rückfallgefährdung vorzubeugen und die Fähigkeiten zur Bewältigung psychischer Krisen zu verbessern.

Als Behandlungsverfahren kommen prinzipiell alle psychotherapeutischen Methoden und Ansätze in Betracht, die sich in der Suchtkrankenhilfe bewährt haben (z. B. Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, strukturelle Familientherapie). Der Einsatz einer Methode richtet sich nach der individuellen Indikation für den Patienten und nach der Ausbildung des therapeutischen Mitarbeiters. Der Behandlungsplan bezieht die Veränderung des Trink- bzw. Konsumverhaltens, aber auch jener Bedingungen mit ein, die Grundlage sind für die Aufrechterhaltung der Suchtmittelproblematik. Diese Grundlagen können z. B. sein: Psychische Probleme wie Ängste, depressive Verstimmungen u. ä., gewohnheitsmäßig ablaufende Konsummuster, Partner- und sexuelle Schwierigkeiten, Selbstwertprobleme oder Defizite im Freizeitverhalten usw. Die Veränderung dieser Grundlagen stellen Fernziele dar, die nur schrittweise erreicht werden können. Deshalb werden Nahziele festgelegt, die dem Patienten ebenso wie dem Therapeuten Behandlungsrichtung und -fortschritt "markieren". Werden Nahziele nicht erreicht, ist der Behandlungsplan zu überprüfen und u.U.

zu revidieren. Die Planung und Durchführung einer Behandlung stellen deshalb stets einen dynamischen diagnostisch-therapeutischen Prozeß dar.

Der individuellen Indikation und den fachlichen und situativen Möglichkeiten der Beratungsstelle entsprechend, kann sich die ambulante Behandlung aus unterschiedlichen Komponenten oder Bausteinen zusammensetzen und von unterschiedlicher Zeitdauer sein. Unterbrechungen oder längere Zeitabstände zwischen den einzelnen Maßnahmen ebenso wie ein zwischenzeitlicher stationärer Aufenthalt in einem Krankenhaus oder einer Fachklinik sind im Einzelfall möglich ("Krisenintervention"). Die Behandlungsplanung und -durchführung der ambulanten Rehabilitation zeichnen sich also aus durch hochgradige Individualität und Flexibilität.

Zu Beginn einer Behandlung wird üblicherweise ein Behandlungsvertrag abgeschlossen, der die Pflichten des Patienten, manchmal aber auch diejenigen des Therapeuten festschreibt. Wegen des oft fließenden Übergangs von der Vorbehandlung im Rahmen der Motivierung über den Entzug bis hin zur Entwöhnung, ist es im ambulanten Bereich recht schwierig, die Entwöhnung von den anderen Behandlungseinheiten abzugrenzen. Grundsätzlich ist jedoch festzuhalten, daß auch die Motivierung meist spezifische Maßnahmen zur Verhaltensänderung (z. B. Selbstbeobachtungsprotokolle) umfaßt, die diese Behandlungsmaßnahmen eindeutig gegenüber "Beratung" abgrenzen lassen.

Die Dauer der ambulanten Rehabilitation liegt bei ca. 6 - 18 Monaten, wobei die Maßnahmen häufig anfangs in kürzeren, im späteren Verlauf der Behandlung in längeren zeitlichen Abständen durchgeführt werden. Wie zwischen Motivierung und Entwöhnung, so besteht dann auch ein fließender Übergang von der Entwöhnung zur Weiterbehandlung bzw. zur Nachsorge.

Die ambulante Rehabilitation bedarf grundsätzlich einer differenzierten Dokumentation, nach Möglichkeit sollte diese an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung oder dem Dokumentationssystem des Verbands der ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtkranke/Suchtgefährdete (EBIS) orientiert sein. Die Dokumentationssysteme sind Grundlage für Studien zur Evaluation und katamnestische Untersuchungen, die selbst wieder prinzipielle Kriterien darstellen, mit denen die Beratungsstellen ihre Behandlungsansätze objektivieren und überprüfen können.

## 9.2 Stationäre Rehabilitation

### 9.2.1 Indikation

Eine stationäre Behandlung kommt vor allem für Patienten in Frage, bei denen folgende Erfordernisse im Vordergrund stehen:

- (1) Schutz vor dem Rückfall: Viele Abhängige brauchen - zumindest in der Anfangsphase ihrer Therapie - die Hilfe der Klinik, um nicht rückfällig zu werden. Sie schaffen es nämlich nicht, in ihrem Umfeld längerfristig abstinent zu sein. Abstinenz ist aber die notwendige Voraussetzung für jede erfolgsversprechende Behandlung. Die Klinik erläßt deshalb gewisse Regeln (z. B. Ausgangsbeschränkungen), die dem Patienten helfen, seine Abstinenz über Wochen und Monate hinweg aufrechterhalten zu können. In dieser Zeit können die Ich-Funktionen des Patienten entwickelt werden. Erst nach Abschluß dieses Prozesses ist eine Basis für die künftige Abstinenz geschaffen.
- (2) Abstand vom pathogenen Milieu: Viele Abhängige können nur abstinent werden, wenn sie eine gewisse Zeit in Distanz zu ihrem Umfeld leben. Im Verlauf der Behandlung wird der Patient dann schrittweise wieder an sein Umfeld herangeführt

und bereits in der Klinik und unter therapeutischer Anleitung mit seinen nächsten Bezugspersonen konfrontiert.

- (3) Wiederherstellung eines Ich-Umweltbezuges: Viele Suchtkranke haben sich in sich zurückgezogen und sind auf das Suchtmittel fixiert; sie haben es aufgegeben, sich aktiv mit der Umwelt auseinanderzusetzen. Durch das Zusammenleben in der Klinik ist der Patient aber dazu gezwungen. Durch die Rückmeldung von Mitpatienten und Therapeuten erfährt er sich allmählich wieder als bedeutungsvolles Einzelwesen und lernt gleichzeitig, mit anderen Menschen wieder in Beziehung zu leben.
- (4) Vielfältiges konzentriertes Therapieangebot: In der Fachklinik hat der Abhängige die Möglichkeit, zeitlich begrenzt und in konzentrierter Form die verschiedensten Therapieangebote wahrzunehmen (z. B. Gruppen- und Einzeltherapie, körperorientierte Therapie, Therapie mit kreativen Medien, Arbeitstherapie, sozialtherapeutische Angebote). Jede dieser Therapieformen für sich wie auch ihre kombinierte Anwendung kann spezifische Zugänge zum Patienten eröffnen.
- (5) Umfassende Rehabilitation: Die Suchterkrankung hat zu Störungen und Behinderungen in den verschiedensten Lebensbereichen geführt. Es bestehen körperliche, seelische und soziale Störungen und Defizite verschiedenster Art. Die meisten Fachkliniken sind mit ihren medizinischen und psychosozialen Abteilungen heute in der Lage, auf die verschiedensten Störungsbereiche gezielt einzugehen und geeignete Maßnahmen einzuleiten.

Eindeutige fachliche Kriterien für die Auswahl einer bestimmten Klinik gibt es bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen nur in Sonderfällen und für spezifische Patientengruppen wie z. B. Jugendliche oder schwer gestörte hirnnorganisch abgebaute Patienten, schwangere

Abhängigkeitskranke, Mutter/Kind-Behandlungen usw. Die Indikationen für Kliniken mit einem entsprechenden Angebot sind relativ klar. Für den Großteil des Klientels hingegen gilt es, aus mehreren Einrichtungen die für den einzelnen Patienten am ehesten passende Klinik herauszufinden. Allerdings unterscheiden sich viele der anerkannten Fachkliniken in ihrer Struktur und in ihrer Arbeitsweise nur recht wenig voneinander. Insofern ist es für einen beträchtlichen Teil der Patienten nicht von entscheidender Bedeutung, in welcher Fachklinik die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt wird. In diesen Fällen sollte man sich nach dem Wunsch des Patienten richten und die Behandlung in jener Fachklinik genehmigen, die er sich auserwählt hatte.

Für einen anderen Teil des Klientels können bestimmte Kriterien der Kliniken für die Zuweisung eine besondere Bedeutung erlangen. Solche Kriterien können sein:

- Größe (Bettenzahl der Klinik),
- therapeutische Ausrichtung der Klinik und deren Übereinstimmung mit den Konzept der Fachberatungsstelle,
- Heimatnähe der Klinik therapeutisch erwünscht bzw. nicht erwünscht,
- ein- bzw. gemischtgeschlechtliches Klientel in der Klinik,
- Altersstruktur der Patienten in der Klinik,
- Behandlungszeiten,
- teilstationäre Angebote der Klinik (Übergangseinrichtungen),
- Wartezeit der Klinik u. a.

**Teil II: Rehabilitation bei Suchtpatienten:**  
**Problemfelder und Schwerpunkte der Weiterentwicklung**

1. Gestuftes System der Entwöhnungsbehandlung

1.1 Ambulante Entwöhnung

1.1.1 Weiterentwicklung ambulanter Suchtrehabilitation

Spätestens mit Einführung des Bundesmodellprojekts "Psychosoziales Anschlußprogramm" im Jahre 1978 hat sich die Arbeit der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen sukzessive verbessert und weist heute teilweise einen hohen Standard aus (vgl. Teil I, Abschnitt 9.1). Dennoch bestehen Probleme, die gelöst werden müssen, wenn die Beratungsstellen ihre Leistungsfähigkeit erhalten bzw. noch weiter ausbauen wollen.

Eines dieser Probleme ist in der Tatsache begründet, daß ein hoher Bedarf an in der Suchtkrankenhilfe erfahrenen und gut ausgebildeten Mitarbeitern besteht, es aber an qualifizierten Personen mangelt. Sollen deshalb ambulante Behandlungsmaßnahmen künftig häufiger und intensiver als bisher durchgeführt werden, kann dies nur über weitere Mitarbeiter geschehen, die berufsbegleitend die entsprechenden Zusatzqualifikationen erwerben. Die Finanzierung der ambulanten Rehabilitation durch die Leistungsträger bietet dafür mittelfristig prinzipiell die Möglichkeit - aber nur, wenn die Mittel zur ambulanten Rehabilitation zusätzlich zur bisherigen finanziellen Ausstattung zur Verfügung stehen.

Durch die über die Jahre hinweg meist gesicherte Finanzierung der Psychosozialen Beratungs- und Behandlungsstellen durch Länder, Kom



munen und Träger sahen sich diese Einrichtungen bislang kaum veranlaßt, ihre Arbeit differenzierter zu beschreiben und darzulegen. Außer Jahresberichten u.ä. existieren deshalb keine schriftlichen Konzepte über die Tätigkeit der einzelnen Beratungsstellen. Zweifellos haben die meisten Stellen fachlich fundierte Entscheidungskriterien, die innerhalb der Beratungsstelle aber mehr oder minder informell zum Tragen kommen und damit für die Öffentlichkeit kaum transparent sind. Deshalb erzielte ambulante Suchtentwöhnung auch nicht den Stellenwert und die Anerkennung in der Öffentlichkeit, die ihr eigentlich zustehen würden. Die Beratungsstellen müssen dringend wissenschaftlich fundierte Konzeptionen schriftlich vorlegen. Da diese Forderung auch in der Empfehlungsvereinbarung "Ambulante Rehabilitation Sucht" enthalten ist, dürften sich in diesem Punkt in Kürze Fortschritte ergeben.

Notwendig für die Beratungsstellen erscheint auch eine umfassendere Dokumentation als bisher üblich. In Deutschland verwenden rund 300 von insgesamt mehr als 800 ambulanten Einrichtungen das Einrichtungsbezogene Informationssystem (EBIS), zur Zeit ca. 70 davon in der erweiterten EDV-Version. Der Prozentsatz der teilnehmenden Beratungsstellen erscheint noch viel zu gering. Außerdem sollte geprüft werden, ob EBIS in der vorliegenden Form den erhöhten Anforderungen an Dokumentation in Verbindung mit der Finanzierung der ambulanten Rehabilitation künftig gerecht werden kann. Es erscheinen Erweiterungen nötig, die einerseits differenzierte und vergleichbare Aussagen über Klientel, Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse zulassen, andererseits die Möglichkeit bieten, Katamnesen durchzuführen und damit die ambulante Behandlung zu evaluieren.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Beim Bemühen um eine Verbesserung der ambulanten Suchtentwöhnung

nung muß mehr Wert auf die Frage nach der Qualität der Behandlung gelegt werden.

- (2) Die ambulanten Entwöhnungseinrichtungen müssen den gleichen Qualitätskontrollen unterliegen wie stationäre Einrichtungen.
- (3) Zur Verbesserung der Dokumentation siehe Kap. 5.
- (4) Zur notwendigen Begleitforschung beim Ausbau ambulanter Entwöhnungskonzepte: Siehe Kap. 1.1.3.

#### 1.1.2 Finanzierung der ambulanten Suchtentwöhnung

Die Art der Finanzierung von Leistungen setzt Fakten, die oft stärker als fachliche Argumente wiegen. Sie kann - bezogen auf den Bereich der Suchtentwöhnung - auch entscheidend das Verhältnis von ambulanter zu stationärer Behandlung, unabhängig von fachlichen Notwendigkeiten, beeinflussen.

Die Finanzierung stationärer Leistungen ist verbindlich durch die Suchtvereinbarung geregelt und wird damit von Krankenkassen, Rentenversicherungsträgern und subsidiär von den Sozialhilfeträgern geleistet. Durch die Sicherung der Finanzierung stationärer Leistungen konnte sich ein quantitativ ausreichendes und qualitativ hochwertiges Behandlungsangebot entwickeln.

Die Finanzierung des ambulanten Sektors ist weniger klar und war - je nach Institution, Träger und Bundesland - bisher verschieden geregelt. Es handelt sich weitgehend um freiwillige Leistungen von Staat, Kommunen, Leistungsträgern und freien Trägern sowie in geringerem Umfang aus anderen Quellen. Die Fachberatungs- und Behandlungsstellen als Hauptstützen des Systems beziehen ihre Mittel etwa je zu einem Drittel aus Eigenleistungen des Trägers, von den Kom

munen und vom Land. Dabei handelt es sich um eine pauschale Finanzierung und nicht um die Abgeltung nachgewiesener Einzelleistungen.

Es besteht kein Zweifel, daß der ambulante Sektor weiter ausgebaut und qualifiziert werden muß. Dies ist nur über eine bessere, sicherere Finanzierung möglich. Um die ambulante Arbeit mit Substanzabhängigen zu fördern, beteiligen sich nun auch Krankenkassen und Rentenversicherungsträger an der Finanzierung. Die Arbeitsgruppe "Sucht" begrüßt diese Entwicklung ausdrücklich.

Es gibt allerdings starke **Bedenken gegen die Art der Finanzierung**. Die Vergütung erfolgt nach dem System der pauschalisierten Abrechnung von psychotherapeutischen Einzelleistungen, soweit sie im Rahmen eines strukturierten Programms durchgeführt werden.

Dabei besteht die Gefahr, daß gravierende Fehlentwicklungen auf dem ambulanten Sektor eingeleitet werden.

Wenn eine Institution, die überwiegend pauschal finanziert wird, die Möglichkeit hat, über Einzelfallabrechnungen zusätzliche Einnahmen zu erzielen, so wird es fast zwangsläufig zu Verschiebungen des Arbeitsschwerpunktes dieser Institution zugunsten dieser Leistungen kommen. Andere Leistungen wie Prävention, Betreuung mehrfach geschädigter chronischer Alkoholiker, Sozialberatung, Vorbereitung auf stationäre Entwöhnungsbehandlung usw., die teilweise auch heute schon ungenügend wahrgenommen werden (siehe hierzu Ausführungen der Expertenkommission der Bundesregierung), treten zwangsläufig weiter zurück. Die Gesamtversorgung Suchtkranker könnte sich dadurch sogar verschlechtern, statt verbessern. Die hier angedeutete, befürchtete Entwicklung wird wahrscheinlicher, nachdem bisher zuständige Kostenträger (Länder, Kommunen, freie Träger) in der jüngsten Zeit geäußert haben, daß sie ihren Anteil an der Finanzierung verringern können, da die Rentenversicherung sich bereitgefunden habe, Kosten der ambulanten Suchtentwöhnung zu übernehmen.

Es besteht weiter die Gefahr, daß die Fachberatungsstellen, die selbst ambulante Behandlung betreiben, bei der Indikationsstellung "ambulant oder stationär?" nicht mehr frei sind, und sich zur Sicherung ihrer Existenz auch dann zur ambulanten Behandlung entschließen, wenn dies nicht indiziert ist.

Hier besteht Übereinstimmung mit den Aussagen der Expertenkommission (Bericht Seite 511): "Die Finanzierung durch RVO-Leistungen mit einer Orientierung an der Einzelfallabrechnung würde zwangsläufig zu einer Konzentration des Angebotes ambulanter Einrichtungen auf abrechnungsfähige Einzelleistungen führen. Die Expertenkommission empfiehlt deshalb den Renten- und Krankenversicherungsträgern mit Nachdruck, sich an einer pauschalen Mischfinanzierung zu beteiligen und zur Überprüfung der Wirksamkeit der eingesetzten Mittel entsprechende Anforderungen zu stellen". Diese Empfehlung wird von der Arbeitsgruppe "Sucht" unterstützt.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Wenn sich die Rentenversicherung offenbar derzeit an einer pauschalen Finanzierung aus gesetzlichen Gründen nicht beteiligen kann, sollte eine Änderung der Gesetzeslage angestrebt werden.
- (2) Wenn dies nicht möglich ist, sollten aber über die Finanzierung strukturierter psychotherapeutischer Leistungen hinaus auch andere Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation abrechnungsfähig werden. Dazu gehören z. B. Krisengespräche, Motivierungsarbeit, die Vorbereitung auf (ambulante oder stationäre) Entwöhnungsbehandlungen, Hausbesuche und niederfrequente Gespräche im Rahmen der Nachsorge.
- (3) Gründung eines ständigen Beirates aus Vertretern der Leistungsträger, der Fachkliniken und ambulanten Einrichtungen,

der die Entwicklung der ambulanten und stationären Suchtentwöhnung beobachtet und die Rentenversicherungsträger in Maßnahmen berät, welche die Qualität der Versorgung Suchtkranker verantwortlich sichern.

### 1.1.3 Konsequenzen einer verstärkten Förderung der ambulanten Suchtrehabilitation auf stationäre Entwöhnungskonzepte

Die Folgen des begrüßenswerten Einstiegs in die Förderung ambulanter Suchtentwöhnung durch die Leistungsträger für die stationäre Entwöhnung sind zur Zeit noch nicht abzusehen. Es ist jedoch zu erwarten, daß die eher 'gut strukturierten' und gut motivierten Patienten, die bisher in der stationären Entwöhnungsbehandlung eine gewisse Vorbildfunktion hatten und den Therapiegruppen Stabilität gaben, in Zukunft nicht mehr in die Fachkliniken kommen. Dies kann zu einer erheblichen Erschwerung der Behandlungsbedingungen und zu erhöhten Anforderungen an die stationären Einrichtungen führen. Möglicherweise wird dies auch Auswirkungen auf die Weiterentwicklung der Konzepte selbst haben.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Zur Aufrechterhaltung der therapeutischen Effektivität in den stationären Einrichtungen wird vermutlich erhöhter Personaleinsatz erforderlich werden.
- (2) Die Auswirkungen dieser Entwicklung auf das 'Gesamtversorgungssystem' der Suchtkranken sollten durch begleitende Forschungsprojekte erfaßt werden.
- (3) siehe auch Vorschlag (3) in Kap. 1.1.2.

1.2 Regionalisierung:

Wohnortnahe und wohnortferne stationäre Entwöhnungskonzepte

Die meisten Fachkliniken liegen nicht in der Nähe der Bal-lungszentren. Viele werden vorwiegend überregional belegt. Dies wird heute insbesondere von sozialpsychiatrischer Stelle kritisiert (siehe Expertenbericht der Bundesregierung). Es ist jedoch sicher kein Zufall, daß sich dieses Netz von überregio-nalen Fachkliniken entwickelt und bis heute gehalten hat.

Folgende therapeutische Überlegungen sprechen für eine Behand-lung in einiger Entfernung vom Wohnort:

- Die Entscheidung zur Abstinenz bedeutet für einen Abhän-gigen einen tiefen Einschnitt in sein Leben. Oft ist eine völlige Neuorientierung notwendig. Diese innere Einstel-lungsänderung und Neuorientierung wird zweifellos er-leichtert, wenn der Abhängige für eine gewisse Zeit aus seinen persönlichen und sozialen Bezügen herausgenommen wird. Dies gilt auf jeden Fall für die entscheidende An-fangsphase der Behandlung.
- Ein weiterer wichtiger Punkt war und ist, daß es als dis-kriminierend erlebt wird, abhängig zu sein. Der wohnort-ferne Aufenthalt entlastet von berechtigten und unberech-tigten Schamgefühlen.
- Schließlich ist bei Drogenabhängigen der Abstand zur Dro-genszene dringend erwünscht.

Zweifellos hat die wohnortferne Behandlung auch Nachteile. Die Ein-beziehung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen ist aufwendiger und nur lückenhaft zu erreichen, die Zusammenarbeit mit den ambu-lanten Stellen und Selbsthilfegruppen ist erschwert, die soziale

Reintegration einschließlich Arbeitssuche ist schwieriger, u.U. aufwendig.

Alle diese Gründe sprechen dafür, daß die Fachklinik nicht zu wohnortfern liegt. Tatsächlich ist in den letzten Jahren eine Tendenz zur Regionalisierung zu beobachten. Die Expertenkommission der Bundesregierung hat für die Behandlung von Suchtkranken die Einrichtung eines regionalen Verbundes von ambulanten teilstationären und stationären Einrichtungen vorgeschlagen, unter Einbeziehung der Fachkliniken.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Generell sollten Fachkliniken nicht allzuweit vom Wohnort entfernt liegen, d. h. in zumutbarer Zeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder PKW erreichbar sein. Der Einzugsbereich sollte 200 km nicht wesentlich überschreiten. Die Region ist jedoch bei der Behandlung von Suchtkranken größer zu definieren, als dies von der Expertenkommission der Bundesregierung gemacht wurde.
- (2) Regionalisiert arbeitende Fachkliniken müssen für ein breites Spektrum von Suchtpatienten konzeptionell differenzierte Angebote machen.
- (3) Auch bei der Zuweisung regional/überregional sollte individuell vorgegangen und nach Problemlage und sozialer Situation differenziert werden.
- (4) Die Einrichtungen eines regionalen Verbundes aller an der Suchtbehandlung beteiligten Institutionen ist wünschenswert und sollte gefördert werden.

- (5) Regionale Zusammenarbeit scheitert oft an den von Leistungsträgern gezogenen Grenzen. So enden z. B. die Zuständigkeitsgrenzen mancher Leistungsträger an den Landesgrenzen. Diese administrativen Hindernisse müssen beseitigt werden.

### 1.3 Teilstationäre Rehabilitationsformen

Teilstationäre Suchtrehabilitation in Form von wohnortnahen Tages- und Nachtkliniken hat insbesondere im Gebiet der neuen Bundesländer eine längere Tradition. Dort liegen auch positive Erfahrungen über die Möglichkeiten zur Verminderung der Zugangsschwellen zur Entwöhnung, zur Verbesserung der Motivationsarbeit in der Vorbereitung auf eine Entwöhnung sowie zur qualifizierten Nachsorge bei bestimmten Patientengruppen vor.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Die Möglichkeiten teilstationärer Rehabilitationseinrichtungen in bezug auf die Suchtbehandlung sollten bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen und auch bei Drogenabhängigen modellhaft erprobt werden. Derartige Einrichtungen bieten sich insbesondere für Ballungsgebiete und für bestimmte Zielgruppen wie Abhängige mit geringer sozialer Integration zur Verbesserung der Therapiekette an.

### 1.4 Rückfallvorbeugung/Festigungsbehandlung

Im Sinne einer tertiären Prävention wäre zu überlegen, abstinent lebenden Alkoholikern kurzfristige, etwa 4 Wochen dauernde stationäre Heilmaßnahmen zu ermöglichen. Indikationen könnten beispielsweise psychosoziale Krisen mit Rückfallgefährdung sein, die ambulant nicht aufgefangen werden können. Neben der Verhinderung von Rückfällen könnte es auch ein Ziel solcher Maßnahmen sein, andere



psychische Störungen, die sich bei abstinent lebenden Alkoholikern nicht selten entwickeln, zu verhindern oder zu behandeln. Als Festigungsbehandlung werden solche Maßnahmen bereits jetzt von einigen Kostenträgern genehmigt.

**Weiterentwicklungsvorschlag:**

Festigungsbehandlungen sollten in indizierten Fällen von allen Leistungsträgern gewährt werden. Sie sollen in der Regel in Suchtkliniken durchgeführt werden, weil nur dort das notwendige suchtmittelfreie Umfeld gewährleistet ist. Bevorzugt werden soll dabei die Einrichtung, in der die Entwöhnung durchgeführt wurde.

1.5 Komplementäre Angebote:

Versorgung nicht voll rehabilitationsfähiger Suchtkranker

Unter den Patienten, die in einer Fachklinik behandelt werden, gibt es eine große Gruppe, die nicht mehr voll rehabilitiert werden kann. Dies kann entweder allein die berufliche Wiedereingliederung betreffen, nur die gesellschaftliche Wiedereingliederung oder auch beide Bereiche. Ohne betreuende oder stützende Maßnahmen ist diese Gruppe der Belastung des normalen Alltags nicht gewachsen. Auch für die normalen Anforderungen im Berufsleben ist ihre psychische Belastbarkeit nicht mehr ausreichend.

Es handelt sich hier um Personen, deren soziale Bezüge bereits weitgehend zusammengebrochen sind, oft um Langzeitarbeitslose und Sozialhilfeempfänger. Diese Patienten werden nach Entlassung aus der Fachklinik nicht selten rückfällig, selbst wenn sie eine Wohnung haben und ein Arbeitsplatz vermittelt wurde.

Die Rehabilitation dieser Patienten ist bei einer angemessenen Zielsetzung auf jeden Fall lohnend. Sie können im strukturierten Rahmen einer Fachklinik meist mühelos abstinenz bleiben. Setzt man jedoch die Rehabilitationsziele zu hoch, werden sie rückfällig mit der Folge, daß die Betroffenen verwahrlosen oder wiederholt teure medizinische Hilfen in Anspruch nehmen. Diese Entwicklung läßt sich nur vermeiden, wenn man ihnen strukturierte Hilfen zur Bewältigung von alltäglichen und beruflichen Belastungen bietet, die eine Überforderung ausschließen. Der Lebensbereich dieser Menschen sollte so gestaltet werden, daß sie einen Anteil zu ihrem Lebensunterhalt beitragen können. Diese "Nischen" können solchermassen behinderten Menschen in unserer pluralistischen Leistungsgesellschaft ein menschenwürdiges Leben garantieren. Sie können auch zu einem langfristigen Erfolg der Suchtentwöhnung beitragen.

Wenn diese nicht voll rehabilitationsfähigen Patienten nicht in das Nichtseßhaftenmilieu absinken oder zu "Drehtürpatienten" in der Psychiatrie werden sollen, bedürfen sie spezieller Hilfen. Dabei muß es sich um ein gestuftes Angebot teilstationärer und stationärer Einrichtungen und Hilfen handeln. Dazu gehören:

- 1) Übergangseinrichtungen mit unterschiedlich intensiver pädagogischer und sozialtherapeutischer Betreuung. Für diese Einrichtungen kommen Patienten in Frage, die nach Monaten oder Jahren doch noch zu einer eigenverantwortlichen Daseinsbewältigung geführt werden können.
- 2) Wohnungen, in denen die Betroffenen unter sozialpädagogischer Betreuung leben.
- 3) Heime zur Dauerunterbringung mit Hilfen zur Tagesstrukturierung.

- 4) Arbeitsplätze, die nicht die volle Leistungsfähigkeit fordern, sogenannte geförderte oder betreute Arbeitsplätze, und spezielle Werkstätten.
- 5) Zu denken wäre in diesem Zusammenhang auch an die Einführung einer in heutigem Sozialrecht nicht bestehenden Teilerwerbsunfähigkeit. (Diese Möglichkeit würde im übrigen auch die Eingliederung anderer Behinderter erleichtern.)

Hilfen und Einrichtungen wie unter den Punkten 1 bis 4 beschrieben, bestehen bereits, wenn auch in zu geringer Zahl und in regional unterschiedlicher Verteilung. Die Schaffung eines an den Bedarf angepaßten Angebotes und eine Differenzierung entsprechender Konzepte ist bislang durch unklare Kostenzuständigkeit erschwert.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Für nicht mehr voll rehabilitationsfähige Suchtkranke hat die Behandlung in der Fachklinik das Ziel, die Patienten für das Leben in einer komplementären Einrichtung zu rehabilitieren. Dies stimmt nach der gegenwärtigen Gesetzeslage nicht mit den Rehabilitationszielen der Rentenversicherung überein. Da bei diesen Patienten oft erst während der Rehabilitationsmaßnahme absehbar ist, welche Rehabilitationsziele zu erreichen sind, muß notfalls bei Änderung des Rehabilitationsziels die Leistungsverpflichtung auf einen anderen Kostenträger übergehen. Hierfür müßten einfach handhabbare Verfahren oder andere pragmatische Lösungsansätze entwickelt werden.
- (2) Um ein dem Bedarf angemessenes Angebot von Einrichtungen der genannten Art zu sichern, müssen einvernehmliche und praktikable Regelungen zwischen den in Frage kommenden Kosten- und Leistungsträgern erfolgen. Die Rentenversicherung sollte in dieser Richtung initiativ werden.

1.6 Reha-Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in allgemeinen Rehabilitationskliniken und in psychosomatischen Fachkliniken

Viele Abhängigkeitskranke beantragen in Verleugnung ihres eigentlichen Suchtproblems Reha-Maßnahmen für ihr Leberleiden, für orthopädische Krankheiten, psychovegetative Störungen oder andere Leiden und bekommen dann Maßnahmen in Rheumakliniken, Stoffwechselkliniken oder psychosomatischen Fachkliniken gewährt. Seitens der niedergelassenen (Haus-)Ärzte wird dies nicht selten unterstützt, in der Hoffnung, hier könne ihr Patient ggf. motiviert werden seine (Alkohol-)Probleme anzugehen.

In den Rehabilitationskliniken werden im Rahmen von Routinelaboruntersuchungen und auch durch die Möglichkeiten einer besseren Beobachtung des Patienten im Tagesablauf für den aufmerksamen Arzt und Therapeuten Abhängigkeitsprobleme offenbar. Nach den Aussagen von Experten müßte man häufig bei Reha-Patienten die Verdachtsdiagnose Alkoholabhängigkeit stellen. So wird geschätzt, daß in Kliniken zur Rehabilitation bei gastroenterologischen Erkrankungen ("Leberkliniken") bis zu 50 % der Patienten Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben.

Wenn manifestes Suchtverhalten nicht zum Störfaktor in der Klinik wird und disziplinarische Maßnahmen erfolgen müssen, wird das Suchtproblem nicht erkannt, diskret übergangen, oder jedenfalls nicht in der notwendigen Konsequenz angesprochen und behandelt.

Der Aufenthalt in einer allgemeinen Reha-Klinik, in der durch Hausordnung, Abwechslung und "Kur-Charakter" eine Entlastung vom Alltag gegeben ist, ermöglicht es, daß Abhängige zeitweilig leicht ohne ihr Suchtmittel leben können. Es nutzt jedoch wenig, körperliche, psychische oder soziale Symptome und/oder Folgeschäden der Sucht zu behandeln, ohne das Suchtproblem in den Mittelpunkt der Maßnahmen zu stellen. Allgemeine - quasi anonyme - Seminar-Vorträge haben bei

Betroffenen in der Regel ebenfalls keinen Effekt im Sinne einer Motivierung oder Bewußtmachung. Abhängigkeit wird von einem bestimmten Stadium an zu einem autonomen Krankheitsprozeß, der im Sinne co-abhängigen Verhaltens gefördert wird, wenn man den Betroffenen nicht adäquat konfrontiert und das Suchtverhalten unterbindet. Zu einer in diesem Sinne adäquaten Behandlung des Abhängigkeitsprozesses sind allgemeine Reha-Kliniken und auch psychosomatische Fachkliniken jedoch häufig nicht in der Lage.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Wenn der Leistungsträger im Antragsverfahren erkennt, daß eine Abhängigkeit vorliegt, darf eine Maßnahme nur in einer Suchtklinik bewilligt werden. Allerdings sollte der Betroffene vorher aufgeklärt und darauf vorbereitet werden.
- (2) Bei Verdacht auf Vorliegen einer Abhängigkeit sollte der Leistungsträger den Betroffenen vor Maßnahmegewährung durch einen Suchtexperten begutachten lassen.
- (3) Die Rehabilitationskliniken sollten befähigt werden, dem Verdacht auf Abhängigkeit von Patienten offensiv und konstruktiv nachzugehen. Die Diagnostik in dieser Richtung muß verbessert werden. Hierzu bedarf es erfahrener Psychotherapeuten und eines engen Kontaktes zu Suchtberatungsstellen und zu engagierten Ärzten. Das Thema "Umgang mit alkoholgefährdeten oder medikamentenabhängigen Rehabilitanden" sollte stärker in die Fort- und Weiterbildung der Reha-Kliniken kommen.
- (4) Wenn die Abhängigkeit erst in der Reha-Klinik erkannt wird, sollte sie als Diagnose auf Blatt 1 aufgeführt werden. Der Patient sollte durch die Reha-Klinik und den Leistungsträger auf ambulante und stationäre Behandlungsmöglichkeiten seiner Abhängigkeit verwiesen werden.

- (5) Weitere, nicht auf die Sucht bezogene Reha-Maßnahmen sollten in diesen Fällen nur nach erfolgreicher Behandlung der Abhängigkeit gewährt werden.
- (6) Die Möglichkeit einer nahtlosen Verlegung in eine Suchtfachklinik muß gegeben sein.

#### 1.7 Nachsorge

Untersuchungen haben gezeigt, daß Nachsorge im weitesten Sinne von etwa 50 bis 60 % der in Frage kommenden Patienten in Anspruch genommen wird. Diese Zahlen sagen jedoch nichts darüber aus, ob die in Anspruch genommene Nachsorge für den Patienten adäquat war, ob sie regelmäßig und lange genug in Anspruch genommen wurde. Es besteht Übereinstimmung, daß Nachsorge bis heute ungenügend in Anspruch genommen wird. Trotz aller Bemühungen, das Nachsorgeangebot vielfältig und attraktiv zu gestalten und trotz aller Bemühungen der Berater und Therapeuten, Betroffene zur Annahme des Angebotes zu bewegen, ist das Ergebnis unbefriedigend.

Die Gründe für die mangelnde Inanspruchnahme können nur vermutet werden. So gibt es beispielsweise keine Forschungsergebnisse zu der Frage, wer Nachsorge braucht und wer nicht. Zunächst muß man davon ausgehen, daß es eine gar nicht kleine Gruppe von ehemaligen Abhängigen gibt, die ohne Nachsorge dauerhaft abstinent bleiben. Weitere Gründe liegen bei den Betroffenen selbst, denn Abhängige neigen häufig dazu, ihre Fähigkeit zur Aufrechterhaltung einer dauerhaften Abstinenz zu überschätzen. Schließlich läßt sich auch vermuten, daß die Nachsorgeangebote oft nicht dem wirklichen Bedarf - sowohl qualitativ als auch quantitativ - entsprechen.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

Zur Verbesserung der Nachsorge im Suchtbereich sind folgende Forderungen zu stellen:

- (1) Die Forschungsbemühungen auf dem Gebiet der Nachsorge müssen verstärkt werden.
- (2) Die Betroffenen sollten bereits vor Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung mit den Nachsorgemöglichkeiten vertraut und im günstigsten Fall mit einer Selbsthilfegruppe bekannt gemacht werden.
- (3) Während einer stationären Entwöhnungsbehandlung sollte jeder Patient individuell beraten werden. Näheres hierzu siehe Teil I, Kap. 7.3.
- (4) Das Nachsorgeangebot ist besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abzustimmen. Nachsorge kann auch in lockerer, niederfrequenter Form durchgeführt werden - mit gelegentlichen Einzelgesprächen, Beratung in sozialen Fragen usw.
- (5) Die Finanzierung professioneller Nachsorge ist zu verbessern, sie darf sich nicht nur auf die Durchführung ambulanter psychotherapeutischer Weiterbehandlung beziehen.
- (6) Die Fachkliniken sollten noch stärker in die Nachsorge einbezogen werden, denn ihr eigenes Nachsorgeangebot wird gut angenommen, weil ein Institutions- und Therapeutenwechsel nicht nötig ist. Die Fachkliniken könnten z. B. auch Wochenendveranstaltungen oder mehrtägige Treffen anbieten. Die Nachsorge durch Fachkliniken muß allerdings auch finanziell abgegolten werden.

## 2. Vorbereitung und Einleitung der Suchtbehandlung

### 2.1 Vorstationäre Diagnostik

Die übliche Vordiagnostik ist derzeit unzureichend. Das liegt zum einen daran, daß die ambulanten Institutionen beim gegenwärtigen Stand ihrer personellen Ausstattung häufig nicht in der Lage sind, die notwendige psychologische Diagnostik durchzuführen. Sie wird auch im Sozialbericht weitgehend ausgeklammert. Die Qualität und der Informationswert der Sozialberichte ist sehr unterschiedlich. Darüberhinaus werden die vorstationär erhobenen medizinischen, psychischen und sozialen Befunde den Kliniken meist nur unvollständig übermittelt.

Vorgespräche von Seiten der Kliniken dienen neben der Abklärung der Motivation und der Indikationsstellung häufig auch dazu, Defizite in der Diagnostik und Indikationsstellung der ambulanten Stellen auszugleichen. Die Kosten, die für Vorgespräche anfallen, werden aber nur teilweise durch die Leistungsträger übernommen.

#### **Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Die Form des Sozialberichtes, der für jeden Suchtpatienten beim Antrag auf eine stationäre Entwöhnung anzufertigen ist, sollte überarbeitet werden in Richtung auf einen psychischen und sozialen Befundbericht. So sollten ein psychischer Befund - soweit erhebbar - erhoben und die relevanten Problembereiche des Abhängigen dargestellt werden; fremdanamnestiche Daten sollten - sofern verwendet - als solche gekennzeichnet werden; schließlich sollten Standardinstrumente zur objektivierbaren Beschreibung der Suchtproblematik (z. B. der Münchner Alkoholismus Test MALT, Symptomlisten, Beschwerdebögen) einbezogen werden.



- (2) Vorgespräche in der Suchtklinik sollten - wenn aus Sicht der Klinik erforderlich - ohne größeren Aufwand finanziert werden können.

## 2.2 Qualifizierte Entgiftung (=Entzug)

In der Suchtvereinbarung vom 20.11.1978 wird die Behandlung Suchtkranker getrennt in Entgiftung und Entwöhnung. Die Entgiftung wird der Akutmedizin zugerechnet, die Entwöhnung als Rehabilitation eingestuft. Entsprechend findet die Entgiftung hauptsächlich auf internen Stationen der Akutkrankenhäuser statt, beschränkt sich in der Regel auf die rein körperliche Behandlung der Entzugserscheinungen sowie der akuten und chronischen körperlichen Folgeerkrankungen der Suchtmittelleinnahme.

Die Zeit der Entgiftung und die Phase danach bieten sich im Sinne der Frührehabilitation in besonderem Maße für Motivationsarbeit an. Da dies jedoch nicht zum üblichen Versorgungsauftrag der Akutkrankenhäuser gehört, entfällt Motivierungsarbeit in systematischer Form.

Im Drogenbereich ist dieser Mißstand besonders augenfällig. Deshalb sind hier bereits neue Modelle in Erprobung. So wurden in einigen Bundesländern, z. B. in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, spezielle Stationen zur Entgiftung von Drogenabhängigen mit integrierter psychosozialer Behandlung, insbesondere Motivierungsarbeit, eingerichtet.

Diese Probleme sind bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen jedoch im Prinzip gleich, ohne daß bisher entsprechende Konsequenzen gezogen wurden.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Die Arbeitsgruppe "Sucht" empfiehlt, die angesprochenen Modelle zur "qualifizierten Entgiftung" im Drogenbereich als Bestandteil der Regelversorgung auszuwerten und eine verstärkte Umsetzung zu fördern.
- (2) Unbedingt notwendig erscheint es darüberhinaus, auch bei Alkohol- und Medikamentenabhängigen die scharfe Trennung von rein körperlicher Entgiftung und Entwöhnung mit dem Schwergewicht der psychosozialen Behandlung aufzugeben und bereits in der Entgiftungsphase mit psychosozialen Maßnahmen zu beginnen. Sie richten sich vorrangig auf das Ziel, Krankheitseinsicht zu fördern und Behandlungsbereitschaft zu wecken. Entsprechende, auf Alkohol- und Medikamentenabhängige zugeschnittene, Modelle sind zu entwickeln.

2.3 Einbeziehung der behandelnden niedergelassenen Ärzte in die Versorgung Abhängigkeitskranker

Über 70 % der Abhängigkeitskranken nehmen Kontakt zu niedergelassenen Ärzten auf oder werden dort behandelt. Der niedergelassene Arzt ist somit die erste und häufigste Anlaufstelle für Abhängige.

Viele niedergelassene Ärzte stehen jedoch den Abhängigkeitskranken recht hilflos oder ablehnend gegenüber. Die Abhängigen bieten Sekundärkrankheiten an. Das dahinterstehende, eigentliche Suchtproblem wird oft nicht erkannt oder nicht angesprochen. Oft werden auch untaugliche Versuche einer medikamentösen Behandlung unternommen, mitunter sogar riskante ambulante Entgiftungen bei Alkoholikern mit Distranneurin eingeleitet. Drogenabhängige werden möglichst von der Praxis ferngehalten oder nicht selten mit Ersatzdrogen versorgt.

Ärzte, die sich des Suchtproblems annehmen wollen, kennen oft nicht die Wege zur Hilfe. Eine Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Beratungsstellen findet nur vereinzelt statt. Hier bestehen zum Teil große Vorurteile sowohl auf Seiten der Ärzte wie auf Seiten der Therapeuten der Beratungsstellen. Wenn der niedergelassene Arzt im Notfall aktiv werden muß, bleibt ihm oft nur die Einweisung zur Entgiftung in ein Allgemeinkrankenhaus oder in eine psychiatrische Klinik.

Auf der anderen Seite hätten gerade die niedergelassenen Ärzte die Möglichkeit, Abhängigkeitskranke frühzeitig zu erfassen, auf ihre Gefährdung und Abhängigkeitsentwicklung aufmerksam zu machen und zu rechter Zeit geeignete Maßnahmen einzuleiten.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Bei dem hohen Stellenwert, den die Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten und Drogen in der heutigen Gesellschaft hat, ist es dringend erforderlich, Ärzte besser auf dieses Problem vorzubereiten. Dies beginnt in einer besseren Ausbildung der Medizinstudenten und in einer intensivierten Weiter- und Fortbildung der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhausärzte. Sie müssen in die Lage versetzt werden, die Suchtprobleme ihrer Patienten zu erkennen und mit Suchtkranken angemessen umzugehen.
- (2) Der Umgang mit Suchtkranken ist zeitaufwendig und erfordert oft viele Gespräche mit den Betroffenen und ihren Angehörigen. Die niedergelassenen Ärzte werden sich der Suchtkrankheit nur annehmen, wenn die notwendigen Maßnahmen abrechnungsfähig werden.
- (3) Es muß auf eine bessere Zusammenarbeit zwischen psychosozialen Beratungsstellen und Ärzten hingearbeitet werden. Die gegenseitigen Vorbehalte können sicher nur durch

gegenseitiges Kennenlernen, durch Mitarbeit von Ärzten in den Psychosozialen Beratungsstellen und durch eine klare Abgrenzung der Tätigkeitsbereiche abgebaut werden. Die Beratungsstellen sollten verpflichtet werden, überweisen- den Ärzten eine schriftliche Rückmeldung in Form eines Berichtes, unter Wahrung datenschutzrechtlicher Belange, zu geben.

- (4) Es sollte überlegt werden, ob die niedergelassenen Ärzte bzw. die Krankenhausärzte in das Antragsverfahren für Entwöhnungsbehandlungen einbezogen werden. So könnte z. B. im Regelfall der Befundbericht des Hausarztes oder des Krankenhausarztes neben dem Sozialbericht zur Voraussetzung der Maßnahmegewährung gemacht werden, ohne daß ein zusätzliches ärztliches Gutachten angefordert wird.
- (5) Die ärztlichen Landesorganisationen sollten in übergeordnete Koordinationsgremien, die sich mit der Gesamtversorgung der Suchtkranken befassen, einbezogen werden.

#### 2.4 Direktverlegung - Anschlußheilbehandlung

Das AHB-Verfahren gibt es im Bereich der Suchtbehandlung nicht. In den meisten Fällen ist eine Direktverlegung nach Entgiftung nicht notwendig und eher kontraindiziert. Wenn nach einer Entgiftung eine Entwöhnungsbehandlung vorgesehen und vom Patienten gewünscht wird, sollte der normale Weg über die Vorbereitung durch eine ambulante Beratungsstelle gegangen werden.

In einigen wenigen Fällen sind jedoch nahtlose Verlegungen aus Allgemeinkrankenhäusern in eine Entwöhnungsbehandlung erforderlich und wünschenswert. Es handelt sich dabei um Patienten, die durch einen Rückfall vital gefährdet sind oder deren soziale Situation durch einen Rückfall ausweglos würde. Die BfA hat für diese sogenannten

"Vereinbarungsfälle" mit den Krankenkassen ein Abkommen getroffen, das eine Direktverlegung über eine Vorleistungsverpflichtung der Krankenkasse ermöglicht (Siehe auch Teil I, Kap. 7.2).

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Für die Direktverlegungen sollte ein für alle Kostenträger einheitliches Verfahren entwickelt werden. Dieses könnte sich an das genannte BfA-Konzept der "Vereinbarungsfälle" anlehnen.
- (2) Fachkliniken sollten in die Lage versetzt werden, für entsprechende Notfälle Betten zur Verfügung zu stellen.

3. Stationäre Entwöhnungsbehandlung

3.1 Anforderungen an Konzepte und Ausstattung durch Individualisierung

Stand früher die Behandlung von Suchtkranken nach einem Standardschema mit dem Schwergewicht auf der Suchtproblematik im Vordergrund, so haben sich die Konzepte der Suchtentwöhnung in den letzten Jahren unter dem Postulat der Individualisierung und Differenzierung der Therapie zunehmend gewandelt. Therapeutische Entscheidungen zur Indikation einer bestimmten Behandlungsform, zur Angemessenheit einer bestimmten Behandlungsdauer und zum therapeutischen Vorgehen werden stärker von den besonderen Bedingungen des Einzelfalles abhängig gemacht als früher. Die Sucht wird nicht mehr isoliert gesehen, sondern als Teil eines biologischen, psychischen und sozialen Prozesses, in dem die einzelnen Faktoren im Einzelfall von unterschiedlicher Relevanz für die Sucht sind. Diese Entwicklung wird sich fortsetzen und erhebliche Auswirkungen auf die

Therapieorganisation, auf den Therapieablauf und die Anforderungen an das Personal haben.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Suchtkliniken müssen nicht nur Kompetenz für die Aufarbeitung des Suchtgeschehens haben, sondern sie müssen außerdem eine hohe Kompetenz zur Behandlung der somatischen, psychischen und sozialen Problembereiche mitbringen. Diese Kompetenz muß weiter wachsen und gefördert werden. Hier ist teilweise noch ein Umdenken der therapeutischen Mitarbeiter von Suchtkliniken notwendig.
- (2) Neben der Entwicklung von Konzepten, die mehr Flexibilität und Differenzierung möglich machen, ist die Qualifizierung der Mitarbeiter für das Gelingen einer verbesserten Arbeit im stationären Suchtbereich erforderlich. Auch die Stellenpläne sind an die neue Entwicklung anzupassen: Die heute noch weithin von Sozialarbeitern getragene psychotherapeutische Arbeit sollte sich mehr auf Ärzte und Psychologen mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung verlagern. Rehabilitationsspezifische Weiterbildung und Fortbildung im psychotherapeutischen Bereich sind zu intensivieren und müssen von den Trägern finanziell gefördert werden. Zur Umsetzung moderner Konzepte in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker müssen die Stellenpläne, insbesondere in der Berufsgruppe der Psychotherapeuten, erweitert werden.

3.2 Behandlungszeit, Intervallbehandlung, Festigungsbehandlung

Die Forderung nach individueller Festlegung der Behandlungszeit wird von der Arbeitsgruppe "Sucht" unterstützt. Die individuelle Festle

gung einer angemessenen Behandlungszeit bleibt jedoch besonders vor Antritt oder zu Beginn einer Maßnahme äußerst schwierig. Art und Schwere der somatischen, psychischen und sozialen Störungen sind für die Festlegung der Behandlungszeiten allein nicht ausreichend. Motivation und Motivierbarkeit, der Prozeßverlauf, Weiterbehandlungsmöglichkeiten und -bereitschaft nach Abschluß der Maßnahme und die realen Lebensbedingungen des Betroffenen sind andere wichtige Kriterien. Auch gibt es Unsicherheiten bei der Feststellung, ob Behandlungsziele erreicht sind oder nicht bzw. ob sie noch erreichbar sind.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Wenn man individuell abgestimmte Behandlungszeiten will, müssen Spielräume für eine Anpassung während der laufenden Behandlung gegeben werden. Andererseits will und braucht der Patient bereits vor der Behandlung eine ungefähre Vorstellung von der zu erwartenden Behandlungszeit.

Da die zur Verfügung stehenden Kriterien für eine a priori-Festlegung der Behandlungszeiten relativ weich sind, kann im Vorfeld nur eine grobe Zuordnung vorgenommen werden:

- (a) Für erwachsene Alkohol- und Medikamentenabhängige:
- Kurz- bis mittelfristige Behandlungszeit: 6 - 12 Wochen oder
  - Mittel- bis langfristige Behandlungszeit: 3 bis 6 Monate, in Ausnahmen auch länger.
- (b) Jugendliche Abhängige mit nicht abgeschlossener oder problematisch verlaufener Sozialisation benötigen längere Behandlungszeiten von:

- in der Regel 6 bis 12 Monaten mit Verlängerungsmöglichkeit, je nach den Erfordernissen (vgl. hierzu Kap. 3.4).

- (2) Die Anpassung an die tatsächliche Behandlungszeit sollte in der Klinik erfolgen, wobei Behandlungsmotivation, Erreichen der Therapieziele und Beurteilung des Prozeßverlaufs die wichtigsten Kriterien für die Anpassung sind.
- (3) Klinikkonzepte müßten so angelegt sein, daß sie diese Flexibilität ermöglichen.

### 3.3 Intervallbehandlung, Festigungsbehandlung

Längerfristige Erfolge der Suchtrehabilitation könnten evtl. durch eine Fraktionierung der stationären Behandlung erreicht werden. Verschiedene Modelle der Kombination von ambulanter und stationärer Behandlung in dem zeitraum einer derartigen Intervallbehandlung sind denkbar und sollten erprobt werden.

Sozusagen als tertiäre Prävention wäre zu überlegen, abstinent lebenden Alkoholikern bei vorhandener Indikation kurzfristige, etwa 4 Wochen dauernde, stationäre Heilmaßnahmen zu ermöglichen, wie dies auch bei anderen Indikationen der Fall ist. Hierdurch könnten nicht nur Rückfälle verhindert, sondern auch andere psychische Störungen, die sich bei abstinent lebenden Alkoholikern nicht selten entwickeln, verhindert oder behandelt werden. Solche Maßnahmen werden als Festigungsbehandlung von einigen Kostenträgern bereits genehmigt.



### 3.4 "Adaptionsphase" zur gestuften Wiedereingliederung

Insbesondere bei Drogenabhängigen hat sich über längere Jahre das Konzept einer gestuften sozialen und beruflichen Wiedereingliederung als erfolgreich erwiesen, um Anpassungsprozesse zu erleichtern und dadurch die Rückfallrate zu vermindern.

Das Konzept der Adaptionsphase bei Drogenabhängigen versteht sich im wesentlichen als "Realitätstraining", in dem der Abhängige - bei gestufter Zurücknahme der (beschützenden) therapeutischen Elemente - möglichst Arbeitsversuche unternimmt, vorbereitet oder aber eine Berufsausbildung beginnt. Ihr Ziel liegt in der aktiven Auseinandersetzung mit der Alltags- und Arbeitsrealität, bei der die in der intensivstationären Therapiephase erreichten Therapieerfolge erprobt und bei unterstützender therapeutischer Hilfe stabilisiert werden. Auch für Alkohol- und Medikamentenabhängige gibt es eine Modelleinrichtung, in der diese Adaptionsbehandlung mit Erfolg durchgeführt wird.

Adaptionsphasen als Teil der medizinischen Rehabilitation erscheinen insbesondere für Abhängigkeitskranke mit besonders schweren psychosozialen Schäden von Bedeutung. Es sind dies in der Regel Patienten, die entweder keine oder ungünstige familiäre Bedingungen aufweisen und infolge anhaltender Arbeitslosigkeit oder ungenügender beruflicher Sozialisation aus dem sozialen Netz herausgefallen sind. In diagnostischer Hinsicht kann davon ausgegangen werden, daß sich unter dieser Personengruppe besonders viele Patienten befinden, die an schweren Störungen der Ich-Funktionen leiden.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Die Ansätze, "Adaptionsphasen" im Rahmen der stationären Suchtrehabilitation im Bedarfsfalle vorzusehen, sollten unbedingt fortgeführt

werden, sowohl für den Bereich der Drogenentwöhnung, als auch im Alkoholbereich. Eine Weiterentwicklung und Evaluation entsprechender Konzepte ist erforderlich.

### 3.5 Multimorbidität

Ein großer Teil der heute in stationäre Entwöhnungsbehandlung kommenden Suchtkranken, insbesondere Alkohol- und Medikamentenabhängige, weist eine Vielzahl von körperlichen und seelischen Störungen und Krankheiten auf. Die körperlichen Erkrankungen betreffen nahezu alle Organsysteme, insbesondere den Bewegungsapparat, das Herz-Kreislaufsystem, das Nervensystem und die Stoffwechselorgane. Bei den psychischen Störungen und Erkrankungen handelt es sich um neurotische, psychosomatische und schwere Persönlichkeitsstörungen.

#### **Morbidität im somatischen Bereich:**

Multimorbidität im somatischen Bereich stellt die Indikation für eine Zuweisung in eine größere Fachklinik dar, denn nur große Kliniken können die entsprechenden medizinischen Einrichtungen und das medizinische Personal für die Behandlung dieser vielfältigen körperlichen Schädigungen und Krankheiten vorhalten. Auf ärztlicher Seite ist es notwendig, daß die Fächer Psychiatrie/Neurologie und Innere Medizin vertreten sind. Ein Orthopäde sollte konsiliarisch erreichbar sein.

Das häufige Auftreten orthopädischer Begleitkrankheiten erfordert die Mitarbeit krankengymnastisch ausgebildeter Physiotherapeuten.

#### **Morbidität im psychischen Bereich:**

Die Behandlung psychogener, psychosomatischer Störungen und die Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen muß integraler Be

standteil von Behandlungskonzepten der Suchtkliniken werden. Hier ist vor allem eine Verbesserung der Qualifikation der Mitarbeiter notwendig.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Die verschiedenen Formen der Multimorbidität müssen in den Entwöhnungskonzepten, bei der Differenzierung von Entwöhnungseinrichtungen und im Rahmen einer differenzierten Zuweisung berücksichtigt werden.
- (2) Zur notwendigen Kompetenz der Klinikmitarbeiter: siehe oben.

3.6 Stationäre Entwöhnungsbehandlung für bestimmte Untergruppen von Suchtkranken

Eine Unterteilung von Suchtkliniken nach Leistungsstufen, wie in der Rehabilitation bei anderen chronischen Krankheiten üblich, gibt es im Suchtbereich nicht. Es gibt jedoch Untergruppen von Suchtkranken mit spezifischen körperlichen, psychischen und sozialen Problembereichen, die auch spezifischer Maßnahmen bedürfen.

Beispiele für solche Untergruppen sind:

- Abhängige von harten Drogen,
- jugendliche Alkohol- und Medikamentenabhängige bzw. Abhängige, deren Sozialisation nicht abgeschlossen ist,
- chronisch mehrfachgeschädigte Abhängige,
- Abhängige mit leichtem bis mittelgradigem organischen Psychosyndrom,
- Abhängige mit der Indikation für Kurzzeitbehandlung bzw. mittel- und langfristige Behandlungszeit,
- Abhängige mit zusätzlichen psychosomatischen oder neurotischen Störungen,

- Abhängige mit Eßstörungen,
- reine Medikamentenabhängigkeit,
- abhängige Frauen usw.

Es ist selbstverständlich, daß eine Klinik, die Abhängige mit den oben aufgeführten Merkmalen aufnimmt, auch Behandlungskonzepte für die damit verbundenen Problembereiche nachweisen muß. Strukturelle Lösungsmöglichkeiten zeigen sich in drei Richtungen:

- (a) Einrichtung von spezialisierten Fachkliniken für bestimmte Gruppen von Suchtkranken, wie dies bei Drogenabhängigen und bei jungen Alkohol- und Medikamentenabhängigen üblich ist,
- (b) Einrichtung von Spezialabteilungen für entsprechende Gruppen an größeren Kliniken oder
- (c) Behandlung dieser Patienten in heterogen zusammengesetzten Gruppen in Kombination mit indikativen Gruppen und vermehrter Einzeltherapie bei Spezialproblemen.

Alle aufgezeigten Wege sind in der Vergangenheit bereits umgesetzt oder erprobt worden.

**Weiterentwicklungsvorschlag:**

Die Entwicklung zu einer stärkeren Differenzierung der Kliniken im konzeptionellen und organisatorischen Bereich sollte gefördert werden.

### 3.6.1 Entwöhnung von Frauen

Neben Kliniken mit gemischtgeschlechtlicher Behandlung gibt es Kliniken mit rein männlicher und solche mit rein weiblicher Belegung. Die Notwendigkeit solcher Kliniken wird besonders für Frauen gesehen.

Einige Gründe sprechen für reine Frauen- oder Männerkliniken. Es gibt eine Gruppe von Frauen und Männern, die sich während der stationären Entwöhnung in den Schutz einer intimen Beziehung flüchten und sich damit der therapeutischen Auseinandersetzung entziehen. Diese Personen, ob Frauen oder Männer, sind besser in reinen Frauenkliniken oder reinen Männerkliniken zu behandeln.

Die Ausschließlichkeit, mit der heute bisweilen gefordert wird, Frauen in reinen Frauenkliniken zu behandeln, ist allerdings fachlich nicht zu rechtfertigen. Denn die Behandlung in Kliniken mit Frauen und Männern bietet für eine Reihe von Patienten und Patientinnen auch Vorteile. Im übrigen können auch in allen Kliniken bestimmte Themen in reinen Frauen- oder Männergruppen behandelt werden. In den gemischtgeschlechtlichen Gruppen sollte das Verhältnis von Frauen zu Männern allerdings ausgeglichen sein.

#### **Weiterentwicklungsvorschlag:**

Zur Frage gemischtgeschlechtlicher versus gleichgeschlechtlicher Behandlung besteht dringender Forschungsbedarf.

### 3.6.2 Entwöhnung bei Patienten mit gerichtlicher Auflage

Vor besonderen Problemen stehen Suchtkranken-Therapeuten bei der Behandlung von jungen Patienten, die von illegalen Drogen - nur zum

kleinen Teil auch von legalen Suchtmitteln - abhängig sind und aufgrund gerichtlicher Weisungen oder Auflagen zu einer Therapie kommen.

Diese Patienten sind zum Zeitpunkt der Aufnahme zunächst lediglich daran interessiert, den Gefängnisaufenthalt zu vermeiden, ohne eine Bereitschaft zur grundlegenden Änderung ihrer Einstellung zu Drogen mitzubringen. Sie benötigen einerseits eine erheblich verlängerte Zeit zum Aufbau einer ausreichenden Therapiemotivation, andererseits bedeuten sie für die anderen Patienten einer Entwöhnungseinrichtung nicht selten eine Bedrohung, da sie den Drogen gegenüber ambivalente Einstellungen haben und vertreten.

Diese Problematik betrifft ambulante wie stationäre Einrichtungen, ist jedoch im stationären "Setting" problematischer. Ein großer Teil der hohen Abbruchquoten läßt sich aus der geschilderten Konstellation erklären. Manche ambulante Beratungsstellen lehnen eine Behandlung von Patienten mit gerichtlicher Auflage wegen dieser Problematik ab.

Einige stationäre Einrichtungen helfen sich mit gesonderten Aufnahmehäusern, in denen eine intensivere personelle Betreuung angeboten wird, was dann einen höheren Pflegesatz zur Folge haben muß.

Alternative Modelle sind Sonderstationen für Abhängige in einigen Haftanstalten (Rarsberg, Bayern; Hohenasperg, Baden-Württemberg und andere mehr) oder die in einem Bundesmodell vorgesehenen "Kompakttherapieeinrichtungen", in denen kurzfristige körperliche Entzugsbehandlungen und dreimonatige Motivierungsphasen angeboten werden sollen.

Beide Möglichkeiten stationärer Entwöhnung für diese Patienten bedeuten besondere Anforderungen an das Personal und tragen hohe Risiken in sich. Man kann sie als Versuch ansehen, die Einführung von Substitutionsprogrammen zu verhindern.

Für die Rehabilitationseinrichtungen stellen beide Alternativmodelle jedoch keine nennenswerte Entlastung dar, weil die Bettenzahl dieser Stationen sehr begrenzt ist. Die Sonderstationen in den Haftanstalten können meist keine vollständige berufliche Rehabilitation ermöglichen, die "Kompakttherapieeinrichtungen" dürften in der nächsten Zeit nicht im vorgesehenen Umfang ausgebaut werden können.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Entwöhnungseinrichtungen, in denen Patienten mit gerichtlichen Auflagen behandelt werden, benötigen auf jeden Fall eine verbesserte personelle Ausstattung.
- (2) Für Abhängige mit gerichtlicher Auflage muß eine längere Motivierungs- und Aufklärungszeit (ca. 3 bis 4 Monate) vorgeschaltet werden, bevor die eigentliche ambulante oder stationäre Therapie beginnen kann. Die Regelbehandlungszeit von 12 Monaten reicht für diese Patientengruppe nicht aus.
- (3) Schließlich sollte geprüft werden, ob es zweckmäßig sein kann, eine Änderung des Betäubungsmittelgesetzes anzustreben. Einige Experten fordern, zukünftig auf die Möglichkeit zu verzichten, daß die Therapiezeit auf die Haftzeit angerechnet werden kann. Denn so könne am ehesten eine durchsichtige Therapieentscheidung durch den Abhängigen erreicht werden.

4. Fort- und Weiterbildung

Die therapeutische Arbeit muß kontinuierlich durch Supervision begleitet werden. Die Supervision findet intern statt, meist im Team, d.h. mit Mitarbeitern, die alle der Institution angehören. Daneben sollte jedoch auch externe Supervision angeboten werden, die von

einem Supervisor geleitet wird, der außerhalb des Systems der Institution steht.

Die therapeutischen Mitarbeiter der Einrichtungen - nicht nur Therapeuten und Ärzte - müssen neben ihrer persönlichen Eignung vor allem über eine gute Qualifikation auf ihrem Fachgebiet verfügen. Darüber hinaus sollten sie sich durch Weiterbildung psychotherapeutische Grundkenntnisse aneignen. Die Weiterbildungen sollten Selbsterfahrung einschließen.

Die Kliniken sollten für ihre Mitarbeiter intern Fortbildungsveranstaltungen anbieten. Ferner sollte den Mitarbeitern auch die Möglichkeit zu externer Fortbildung gegeben werden.

##### 5. Forschung und Dokumentation

Die Weiterentwicklung der Suchtentwöhnung muß von der Evaluation und Begleitforschung bestehender Behandlungskonzepte und von den Ergebnissen von Modellprojekten ausgehen. Spezielle Aufgaben und Ziele für Forschungsmaßnahmen sind bereits bei den einzelnen Kapiteln in diesem Text und im Rehabilitationskonzept "Suchtbehandlung" (Teil I) angesprochen worden.

Die Forschung darf dabei nicht nur von ausgewählten Projektnehmern getragen werden, vielmehr sollten die Einrichtungen entsprechende Haushaltsmittel zur Verfügung haben, um sich hier kontinuierlich engagieren zu können.

Forschung im Suchtbereich muß von qualifizierten Dokumentationssystemen, die auf objektivierbare Angaben zurückgreifen, ausgehen. Im Suchtbereich wurden bereits einige erprobt und zur Praxisreife fortentwickelt (z. B. die Dokumentationssysteme des Verbandes der ambulanten Beratungs-/Behandlungsstellen (EBIS) oder des Verbandes der



Fachkrankenhäuser (DOSY) und die Basisdokumentation des Fachverbandes Sucht). Sie befinden sich in vielen Einrichtungen im Gebrauch und bieten die Möglichkeit für langfristige oder einrichtungsübergreifende Vergleichsstudien.

**Weiterentwicklungsvorschläge:**

- (1) Im Pflegegesetz der Entwöhnungseinrichtungen sollte ein fester Betrag für Dokumentation und Forschung vorgesehen werden.
- (2) Die Entwöhnungseinrichtungen sollten zu einer Basisdokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet werden.