

Grundsätzliche Vorstellungen, Anforderungen und Erfahrungen bei der arbeitsbezogenen Rehabilitation aus Sicht der Rentenversicherung

Joachim Köhler

Die Rentenversicherung setzt sich seit einigen Jahren verstärkt für einen Ausbau und eine Neuorientierung arbeitsbezogener Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation ein. Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker hat gegenüber anderen Indikationen den Vorteil einer relativ langen Behandlungsdauer und verfügt damit über die Möglichkeit, entsprechende therapeutische Angebote umzusetzen, die in einer 3–6-wöchigen Rehabilitation nicht durchführbar sind.

Gesetzliche Grundlagen

Mit dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) 1968 wurde die Grundlage der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch die Rentenversicherung geschaffen. Die durch die Rechtsprechung des BSG eingeleitete Wende in der „Suchtkämpfung“ führte dazu, dass Rentenversicherungsträger und Krankenkassen seither die Suchtmittelabhängigkeit (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit) als Krankheit im Sinne des Sozialversicherungsrechts ansehen, die wie jede andere Krankheit auch zu behandeln ist.

Im Sozialgesetzbuch VI (gesetzliche Rentenversicherung), das im gesamten Bundesgebiet seit dem 1.1.92 in Kraft ist, sind der versicherte Personenkreis, die Leistungen, Organisation und Finanzierung der Rentenversicherung gesetzlich geregelt.

Im Sozialgesetzbuch IX ist seit dem 1.7.2001 die Rehabilitation und die Teilhabe behinderter Menschen festgelegt, dabei geht es insbesondere um trägerübergreifende Vorgehensweisen.

Unterhalb der gesetzlichen Ebene ist in der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.5.2001 zwischen den Trägern der Rentenversicherung und der Krankenversicherung die Vorgehensweise bei der Behandlung Suchtkranker geregelt, dabei wird unterschieden zwischen der Entzugsbehandlung und der Entwöhnungsbehandlung, Anforderungen an Einrichtungen und Mitarbeiter werden festgelegt. In der Vereinbarung sind in §2 die Ziele der medizinischen Rehabilitation beschrieben:

- die Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.

Projektuntergruppe Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Eine wichtige Etappe bei der Umsetzung arbeitsbezogener Maßnahmen in den Einrichtungen war die Projektuntergruppe Weiterentwicklung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker (PUGWRA) beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. Über einen relativ langen Zeitraum (2000-2004) wurde eine umfangreiche Stellungnahme zur Situationsanalyse und Weiterentwicklungsmöglichkeiten erarbeitet, die Stellungnahme wurde in gekürzter Form publiziert (Deutsche Rentenversicherung 10-11/2005, S. 577-598). Diese Veröffentlichung wurde von den Suchtverbänden ausführlich diskutiert und kommentiert, u.a. durch den Fachverband Sucht (Sucht Aktuell 1/2006, S. 86-90).

Die PUGWRA sah bei folgenden Themen Weiterentwicklungsbedarf und -möglichkeiten:

- Verbesserung der Zugangswege, Vorbereitung,
 - arbeitsbezogene Reha, Adaption, Verzahnung LTA,
 - Flexibilisierung und Individualisierung,
 - Nachsorge,
 - zielorientierte Schwerpunktsetzung,
 - Schnittstellenproblematik,
 - Stärkung der Qualitätssicherung,
 - Evaluation und Forschung,
 - Dokumentation,
 - Aufwendung und Finanzierung.
- Arbeitsbezogene Maßnahmen spielten dabei eine prominente Rolle.

Bei dem Einsatz arbeitsbezogener Leistungen in den Einrichtungen wurden unterschieden:

- indikativ gezielt eingesetzte medizinisch-arbeitsorientierte Maßnahmen,
- Einsatz von Patientenarbeit als eigenständiges therapeutisches Mittel mit psychologischer Allgemein- und Erkenntnisfunktion,
- Arbeit als Training der lebenspraktischen Fertigkeiten,
- klinikinterne Dienstleistungen, wie z.B. Garten-, Renovierungs-, Küchen- und andere allgemeine Tätigkeiten.

Der letzte Punkt wurde als eher kritisch angesehen, insbesondere wenn klinikeigene Interessen die individuellen Rehabilitandeninteressen überlagern.

Die PUGWRA beschrieb verschiedene Rehabilitandengruppen mit jeweils ganz spezifischen Bedürfnissen, die bei der Behandlungsplanung und dem Einsatz verschiedener therapeutischer Leistungen und Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Im Einzelnen wurden folgende Gruppen aufgelistet:

- Rehabilitanden, die über einen Arbeitsplatz verfügen, der nicht gefährdet ist,
 - Rehabilitanden, die von einer Kündigung bedroht, in ihrem Arbeitsleben überfordert sind, häufig den Arbeitsplatz wechseln, über keine Arbeitsidentifikation trotz vorhandenen Arbeitsplatzes mehr verfügen oder Gefahr laufen, an einen Arbeitsplatz zurückzukehren, an dem sie berufsbedingt unausweichlich mit Suchtmitteln Umgang haben,
 - Personen mit erheblichen Ausbildungsdefiziten,
 - Kurzzeitarbeitslose,
 - Langzeitarbeitslose, Arbeitsentwöhnte oder Personen, die als nicht bereit gelten, eine reguläre Erwerbstätigkeit aufzunehmen,
 - Personen, die nach Berentung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit in die Arbeit zurückgeführt werden können.
- Diese Liste hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit und kann durchaus noch um spezifische Rehabilitandengruppen ergänzt werden.

Als Ziele der arbeitsbezogenen Rehabilitation wurde von der PUGWRA genannt:

- Abklärung der real vorhandenen Fähigkeiten, der Fertigkeiten und der Belastbarkeit,
- Übung von Kontinuität, Konzentration und Ausdauer,
- Erlernen und Umgehen mit Forderung, Über- und Unterforderung,
- Erlernen von Selbständigkeit, Entwicklung und Stabilisierung eines realistischen Selbstbildes,
- Übernahme von Verantwortung für sich und andere, Eigeninitiative und Kollegialität,
- Erleben und Verarbeiten von Erfolgen und Misserfolgen,
- Ertragen von Kritik und positiver Umgang mit Fehlern und deren Überwindung,
- Verbesserung der sozialen Kommunikationsfähigkeit und Teamfähigkeit,
- Verbesserung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit,

- Gewöhnung an Zuverlässigkeit, regelmäßige Arbeitszeiten, Pünktlichkeit und Durchhaltevermögen,
- Reaktivierung alter und ggf. Erwerb neuer Fähigkeiten,
- Auseinandersetzungen mit neuen Techniken sowie Arbeitsmotivation und Überwinden von Unlustgefühlen.

Damit wurde die Bedeutung arbeitsbezogener Strategien unterstrichen und Impulse gesetzt für eine kontinuierliche Schärfung entsprechender Klinikkonzepte.

Diagnostik

Als wesentliche Grundlage für die Therapie und weitere Maßnahmen wird eine ausreichende Diagnostik zu Beginn der Rehabilitation angesehen. Diese soll individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten aber auch krankheitsbedingte Einschränkungen erkennen und soll helfen, persönliche Ziele der Rehabilitanden gemeinsam mit den therapeutischen Mitarbeitern zu erstellen. Dabei spielen auch Arbeitslosigkeit und die Chancen auf eine Reintegration ins Arbeitsleben eine Rolle.

Als einfaches Screeninginstrument steht hier z.B. das Würzburger Screening mit neun Fragen zur Verfügung (<http://www.rehawissenschaft.uni-wuerzburg.de/bo/>).

Ausführlichere Instrumente sind z.B. das Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) oder das Inventar berufsbezogener Einstellungen und Selbsteinschätzungen (IBES).

Therapeutische Angebote

In den Einrichtungen sind folgende therapeutische Angebote sinnvoll bzw. im Einsatz:

Problembewältigung am Arbeitsplatz:

Hier geht es um das Erkennen und Bearbeiten spezifischer Risikofaktoren, Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes, Autoritätskonflikte, Über- und Unterforderung, Verfügbarkeit von Suchtstoffen, Selbstunsicherheit, Arbeitszufriedenheit, Teamfähigkeit, Kommunikation, Kritikfähigkeit und Mobbing.

Gespräche mit Arbeitgeber, Arbeitsamt, Reha-Berater:

Bei diesem Themenkomplex stehen im Vordergrund Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber und der betrieblichen Suchtkrankenhilfe, Information über Suchtkrankheit für den Arbeitgeber, Konfliktmonitoring, Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung, Erstellung eines Wiedereingliederungsplans, Weiterbildungsberatung und Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

Belastungserprobung (auch am bisherigen Arbeitsplatz):

Hierbei werden das Leistungsvermögens zur Unterstützung der sozialmedizinischen

Beurteilung, bisherige Behandlungserfolge und neu erworbene soziale Kompetenzen überprüft, die Leistungsbereitschaft und soziale Anpassungsfähigkeit ermittelt, eine realitätsnahe Konfliktbewältigung ausprobiert, berufsspezifische Kompetenzen und Ressourcen überprüft und anerkannt und schließlich berufliche Eingliederungschancen erfasst.

PC-Schulungskurse:

Dabei handelt es sich um eine Qualifizierungsmaßnahme zum Erwerb von Grund- und Fortgeschrittenenkenntnissen. Schwellenängste sollen überwunden (Einsteiger/Rückkehrer) und Kenntnisse zur Internetnutzung im Hinblick auf Stellensuche und Bewerbung sollen vermittelt werden.

Arbeitslosigkeit / Bewerbungstraining:

In diesem Modul geht es um die Auseinandersetzung mit Arbeitslosigkeit, die Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen, die Überprüfung der Veränderungsmotivation, die Vermittlung von Bewerbungsmethoden, das Erstellen einer Bewerbungsmappe, eine Stellenangebotsanalyse, die Vorbereitung auf Bewerbungsgespräch z. B. im Rollenspiel, die Realisierung einer Bewerbung und die Arbeitsuche und -vermittlung.

Externes Praktikum:

In externen Praktika können Berufsorientierung/Berufsfindung unterstützt werden. Belastbarkeit, Ausdauer, Durchhaltevermögen und berufsbezogene Alltagsanforderungen werden überprüft. Auch die Selbst-/Fremdeinschätzung, Kritikfähigkeit und die Team- und Kommunikationsfähigkeit können gezielt bearbeitet werden.

Arbeitstherapie

Bei der Arbeitstherapie handelt es sich um ein alternatives Vorgehen zu den psychotherapeutischen Verfahren, es werden Aufgaben mit Ernstcharakter bearbeitet, Rehabilitanden können sich auf neue und schwierige Aufgaben einlassen und setzen sich mit Strukturierung auseinander. Dabei werden klassische Themen wie Arbeitsmotivation, Einstellung zur Arbeit, Belastbarkeit, Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und Arbeitstempo) berücksichtigt. Aus Sicht der Rentenversicherung ist dabei wichtig, dass arbeitstherapeutische Zielsetzungen festgelegt werden und sich entsprechende Therapieangebote an den Erfordernissen der Arbeitswelt orientieren. Dienstleistungen für die Klinik werden dabei eher kritisch gesehen und müssen die individuelle Situation der Rehabilitanden auf jeden Fall berücksichtigen.

Ergotherapie

In der Ergotherapie geht es um die Verbesserung von körperlichen, geistigen oder psychischen Funktionen, die Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltags- / Berufsleben, lebenspraktische Handlungen,

handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse. Dabei sollen die berufliche Eingliederung vorbereitet werden und Belastbarkeit, Berufseignung und Grundarbeitsfähigkeiten festgestellt werden. Die Belastungsfähigkeit wird erprobt, eine berufliche Neuorientierung kann angebahnt werden.

Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie

In der Beschäftigungs- und Gestaltungstherapie stehen ein spielerischer und kreativer Umgang mit Materialien und der Selbsterfahrungsaspekt im Vordergrund, der persönliche Ausdruck mit symbolischen Mitteln wird gefördert. Diese Therapieangebote zielen auf eine aktive Freizeitgestaltung ab und können Rehabilitanden helfen, mit schwierigen Situationen (z.B. längere Arbeitslosigkeit) besser umzugehen.

Situation in der Arbeitswelt

Bei der Rehabilitation Abhängigkeitskranker und dem Einsatz arbeitsbezogener Maßnahmen ist es natürlich wichtig, die aktuelle Situation in der Arbeitswelt einzubeziehen. Die hohe Arbeitslosigkeit, von der Suchtkranke besonders betroffen sind, ist dabei nur ein Aspekt.

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit des Regionalbüros Europa der Weltgesundheitsorganisation, der EU-Kommission und des Bundesministeriums für Gesundheit hat auf einer Konferenz im März 2009 in Berlin („Mental Health and Well-being at the Workplace – Protection and Inclusion in challenging times“) darauf hingewiesen, dass Arbeit nicht primär krank macht, sondern dass oft eine mangelnde Bewältigungsfähigkeit und Kontextfaktoren die entscheidende Rolle spielen. Arbeit, Wertschätzung und soziale Einbindung sind grundsätzlich als gesundheitsförderlich anzusehen. Im Bereich der Arbeitswelt, insbesondere bei Vorgesetzten, herrscht jedoch ein erheblicher Mangel an Informationen über psychische Störungen und den Umgang damit. Arbeitgeber brauchen deshalb Unterstützung. Wichtig ist auch die Förderung von Selbstmanagementfähigkeiten. Es soll immer nach dem Grundsatz „First place, then train“ statt langer beruflicher Rehabilitationsleistungen gehandelt werden.

KTL-Auswertungen arbeitsbezogener Leistungen

Mit der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) und der Verschlüsselung der durchgeführten therapeutischen Maßnahmen in den Entlassungsberichten verfügt die Rentenversicherung über die Möglichkeit, Auswertungen zu erstellen, welche Leistungen bei den Rehabilitanden durchgeführt wurden. Nach dem gegenwärtigen Kenntnisstand kann gesagt werden, dass in der Suchtrehabilitation häufiger berufsori-

enterte Leistungen als in anderen Indikationsgebieten verschlüsselt werden und dass diese vermehrt bei arbeitslosen Rehabilitanden durchgeführt werden. Es gibt deutliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen, die nicht nur durch unterschiedliche Dokumentationsgewohnheiten erklärt werden. Letztlich kann mit diesen Auswertungen jedoch keine Aussage über eine bedarfsgerechte Versorgung der Rehabilitanden getroffen werden.

Arbeitsbezogene Rehabilitation in den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Bei den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit tauchen in zwei evidenzbasierten Modulen arbeitsbezogene Leistungen auf. Dabei handelt es sich zum einen um das Modul „Klinische Sozialarbeit“. Als Leistungen geht es dabei um Einzelgespräche mit Patienten und Betriebsangehörigen sowie sozialrechtliche Beratung. Nach Experteneinschätzung wird davon ausgegangen, dass bei arbeitslosen Rehabilitanden 90% einer Einrichtung 60 Minuten solcher Leistungen pro Rehabilitation erhalten sollten, bei Rehabilitanden mit Arbeit und Nichterwerbstätigen sollten 90% einer Einrichtung 15 Minuten solcher Leistungen pro Rehabilitation erhalten.

In einem weiteren Therapiemodul „Arbeitsbezogene Leistungen“ geht es um KTL-Leistungen wie Arbeitstherapie, Bilanzierungsgespräche, Arbeitsplatzbesuch, Arbeitsplatztraining, interne und externe Belastungserprobung, Gruppenpsychotherapie: Arbeitsweltbezogene Problematik. Hier sollen 90% der arbeitslosen Rehabilitanden 16 Std. pro Rehabilitation diese Therapieleistungen durchführen. 50% der Rehabilitanden mit Arbeit und Nichterwerbstätige sollen 50 Minuten pro Woche entsprechende Therapieangebote durchführen.

Erste Auswertungen zur Versorgungsrealität wurden bei Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit (ICD-10: F10.2) durchgeführt, die im Jahre 2007 entlassen wurden. Die Verschlüsselung erfolgte nach der damals neuen KTL von 2007 im Bereich der gesamten Deutschen Rentenversicherung. Für jedes evidenzbasierte Therapiemodul sind dargestellt die Rehabilitanden mit leitliniengerechter Versorgung, Rehabilitanden mit noch zu geringen Leistungen (67% der Anforderungen und mehr), Rehabilitanden mit deutlich zu geringen Leistung (weniger als 67% der Anforderungen) und Rehabilitanden ohne entsprechende Leistungen. Die Zahl der ausgewerteten Entlassungsberichte betrug 6.200, die Behandlungsdauer betrug mindestens 78 Tage (Quelle RYD).

Die Ergebnisse sind in den Abbildungen 1 und 2 dargestellt.

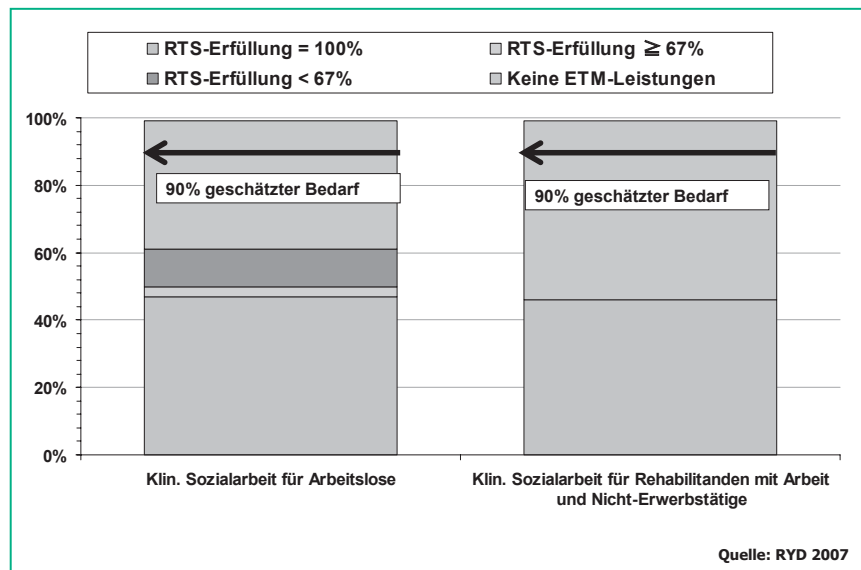


Abbildung 1: Modul klinische Sozialarbeit

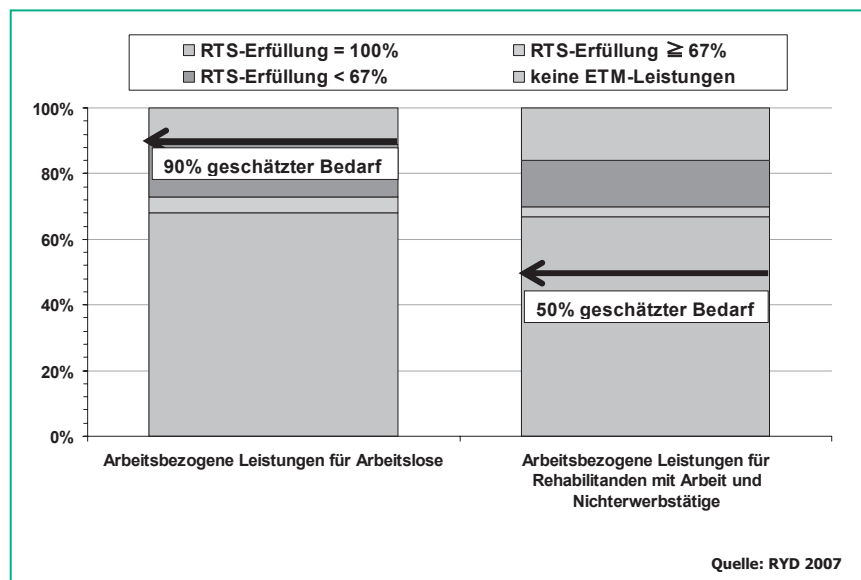


Abbildung 2: Modul arbeitsbezogene Leistungen

Bei der klinischen Sozialarbeit zeigen sich eindeutige Unterschiede zwischen den Expertenansforderungen und den tatsächlich durchgeführten Leistungen. Es kann jedoch vermutet werden, dass offensichtlich auch ein Verschlüsselungsproblem besteht und die Sozialberatung tatsächlich häufiger durchgeführt wird. Die arbeitsbezogenen Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nichterwerbstätige zeigen gute Ergebnisse, bei den Arbeitslosen gibt es noch weiter gehenden Bedarf von entsprechenden therapeutischen Leistungen. Es handelt sich hierbei um Gesamtzahlen, die Ergebnisse der einzelnen Einrichtungen zeigen eine große Spannbreite. Die Reha-Therapiestandards befinden sich in der Implementationsphase, inhaltliche Anpassungen im Dialog mit den Einrichtungen werden erfolgen.

Einflussmöglichkeiten seitens der Rentenversicherung

Als Einflussmöglichkeiten seitens der Rentenversicherung auf ein zeitgemäßes Angebot und Umfang arbeitsbezogener Leistungen in den Einrichtungen stehen verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung. Bei der Prüfung von Therapiekonzepten der Rehabilitationseinrichtungen wird erwartet, dass die allgemeinen Rehabilitationsziele benannt werden, die dazu beitragen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit zu vermeiden, zu überwinden und zu mindern. Arbeitsbezogene Maßnahmen sollen im Konzept beschrieben werden und in das Gesamtkonzept eingeordnet werden. Im Rahmen der Qualitätssicherung werden regelmäßig Auswertungen der KTL und der Reha-Therapiestandards durchgeführt. Im

Rahmen der Rehabilitandenbefragung und des Peer-Review-Verfahrens wird eine arbeitsbezogene Prozessgestaltung mit berücksichtigt.

Im Rahmen von Visitationen kann die Eignung von Örtlichkeiten, in denen arbeitsbezogene Maßnahmen stattfinden, bezüglich Angebot und Umfang festgestellt werden, über entsprechende Leistungen kann sich ausgetauscht werden. Dabei sollen die Informationen aus dem Bereich der Qualitätssicherung zusammengeführt werden und mit Rehabilitanden und Mitarbeitern besprochen werden. Dabei sind natürlich auch Abweichungen abhängig von Konzept und Rehabilitandenstruktur denkbar.

Weiterentwicklung

Als nächster Schritt im Zuge einer Weiterentwicklung soll ein rentenversicherungswelt einheitliches Visitationskonzept erarbeitet werden. Hierzu ist eine Projektgruppe einberufen worden, die zur Aufgabe hat, verschiedene Visitationsverfahren zu sammeln, zu sichten und zusammenzuführen, damit die Rehabilitationseinrichtungen die Möglichkeit haben, sich bei Belegung durch unterschiedliche Leistungsträger auf eine einheitliche Vorgehensweise einzustellen. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation wird gegenwärtig in der Arbeitsgruppe Suchtbehandlung der Rentenversicherung diskutiert, wie auch dort arbeitsbezogene Leistungen erbracht und

abgerechnet werden können. Bei den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit wurde eine Einführungsveranstaltung in Speyer Ende August 2009 durchgeführt.

Autor

*Dr. med. Joachim Köhler
Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozialmedizin, Magister Public Health
Deutsche Rentenversicherung Bund
Geschäftsbereich Sozialmedizin und
Rehabilitation
Ruhrstr. 2, 10704 Berlin
E-Mail:
drmed.joachim.koehler@drv-bund.de*

Literaturhinweise

Ameyen, O.: Das Ende meiner Sucht, München 2009, ISBN 978-3-88897-585-1, 19,90 €

Der Autor beschreibt in einer ergreifenden Weise, wie sein Leben zunehmend im Alkohol versinkt. Als Kardiologe macht er eine glänzende Karriere, trotzdem plagen ihn Versagensängste, die er mit Alkohol betäubt. Entzug, ambulante Psychotherapie, Treffen von Selbsthilfegruppen, die Einnahme verschiedener Medikamente – nichts scheint den Teufelskreis der Sucht aufhalten zu können. Der Autor beschreibt, wie er dazu kam, im Selbstversuch Baclofen, ein Mittel gegen Muskelkrämpfe, anzuwenden. Diesen Versuch protokolliert er detailliert, er beschreibt, wie seine Muskelverspannungen, Angstgefühle und der Suchtdruck schwinden. In einem Anhang hat der Autor Abstracts und diverse Aufsätze zusammengestellt, in denen es um die Wirkung von Baclofen bei Sucht und affektiven Störungen geht. Letztlich werden randomisierte klinische Studien zeigen müssen, ob sich die Ergebnisse bestätigen lassen, für welche Personengruppen sich das Medikament ggf. als wirksam erweist und welche möglichen Nebenwirkungen damit verbunden sind.

Sachse, R.: Wie ruiniere ich mein Leben – uns zwar systematisch, Stuttgart 2009, ISBN 978-3-608-94559-1, 12,90 €

Der Autor, langjähriger Psychotherapeut, Supervisor und Ausbilder, möchte mit diesem Buch auf einige grundlegende psychologische Prinzipien aufmerksam machen, an denen man sich als Mensch besser orientieren sollte. Und er möchte aufzeigen, was passieren kann und auch mit hoher Wahrscheinlichkeit passieren wird, wenn man sich nicht an sie hält. Dem Thema nähert er sich auf satirische Weise, indem er Ruinierungsstrategien aufzeigt. Zu diesen gehört

beispielsweise „Pfeifen Sie auf Ihre innere Stimme!“, „Machen Sie sich zum Opfer der Umstände!“, „Setzen Sie falsche Maßstäbe!“, „Finden Sie die perfekte Lösung!“. Will man eine persönliche Abwärtsspirale in kurzer Zeit effektiv in Gang bringen, so hilft das Buch bei der sicheren Umsetzung.

Hardt, J., Cramer-Düncher, U., Ochs, M. (Hrsg.): Verloren in virtuellen Welten – Computerspielsucht im Spannungsfeld von Psychotherapie und Pädagogik, Göttingen 2009, ISBN 978-3-525-40205-4, 19,90 €

Der Sammelband beruht auf einer Fachtagung, die von der hessischen Psychotherapeutenkammer durchgeführt worden war. Die ersten drei Beiträge gehen auf unterschiedliche Dimensionen des pathologischen Internet-/PC-Gebrauchs ein, nämlich die marktwirtschaftliche Dimension, die Dimension der Feldkompetenz bezüglich des Mediums und die Dimension der subjektiven Sichtweisen von jugendlichen Spielern. Die weiteren Beiträge behandeln Themen wie die Wirkung des Internets und von Computerspielen auf Kinder und Jugendliche, kulturwissenschaftliche Anmerkungen und Fallkasuistiken, die Frage der Phänomenologie, Diagnostik und Therapie sowie der konkreten Behandlung im Rahmen der Gruppenpsychotherapie. Somit entsteht ein facettenreiches Bild dieses neuen Phänomens aus interdisziplinärer Sicht.

Böker, H., Hell, D., Teichman, D.: Teilstationäre Behandlung von Depressionen, Angst und Zwangsstörungen, Stuttgart 2009, ISBN 978-3-7945-2649-9, 34,95 €

Die Behandlung affektiver Erkrankungen nimmt ständig an Komplexität und Bedeu-

tung zu. Es sind Spezialangebote erforderlich, welche die besondere Situation der Patienten berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund entstand am 1. November 2006 die Tagesklinik für Affektkranke an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich. In verschiedenen Beiträgen wird deren Entstehungsgeschichte und Einbettung in die Versorgungsstruktur, der betriebswirtschaftliche Aspekt, das Behandlungsprogramm mit den therapeutischen Angeboten beschrieben und über die Evaluation der Behandlung berichtet. Eine Fallgeschichte rundet den Sammelband ab, der einen umfassenden Überblick über die teilstationäre Behandlung Affektkranker bietet.

Thomasius, R., Häbeler, F., Nesseler, Th.: Wenn Jugendliche trinken – Auswege aus Flat-Rate-Trinken und Komasaufen: Jugendliche, Experten und Eltern berichten, Stuttgart 2009, ISBN: 978-3-8304-3521-1, 17,95 Euro

In den letzten Jahren ist der Alkoholkonsum der unter 20-jährigen zwar zurückgegangen, zugenommen hat allerdings der Anteil derjenigen, die sich bis zum Vollrausch betrinken. Zudem findet der Einstieg in den Alkoholkonsum immer früher statt. Der Ratgeber möchte hier Eltern, Lehrern und weiteren Fachleuten wichtige Orientierungshilfe bieten. Zahlen und Fakten bieten umfangreiches Hintergrundwissen, Interviewauszüge betroffener Kinder, Jugendlicher und Eltern helfen, die eigene Situation einzuschätzen. Die Suchtexperten erklären, wie man Jugendliche auf das Thema Alkohol ansprechen kann und geben viele Anregungen, wie man sich über das Thema Alkohol neu verständigen kann. Erläutert werden die verschiedenen Hilfsangebote und darüber hinaus wird das vielfältige Netz an Präventions-Möglichkeiten von Gemeinden und Schulen bis hin zum Internet beschrieben.