

Zurück für die Zukunft! – Erfahrungsberichte aus der Praxis der Suchtbehandlung

Wilma Funke
Ralf Schneider
Herbert Ziegler
und
Volker Weissinger

Sonderpublikation des Fachverbands Sucht⁺ e.V.

Impressum:

Herausgeber: Fachverband Sucht* e.V. mit freundlicher Unterstützung der salus kliniken

Titel: Zurück für die Zukunft! – Erfahrungsberichte aus der Praxis der Suchtbehandlung

Autoren: Wilma Funke, Ralf Schneider, Herbert Ziegler, Volker Weissinger

Idee und Konzeption: Volker Weissinger

Inhaltsverzeichnis

1 Vorwort

2 Einführung

- 6 **„Entwicklungen und Qualität der Suchtbehandlung“ – persönliche Rück- und Ausblicke von drei namhaften Experten**

Volker Weissinger

3 Teil A Persönliche Rück- und Ausblicke

- 9 **I. Memorabilien der Suchtarbeit - Rückschau auf 40 Jahre in der Suchtforschung und -behandlung**

36 **Vita**

Wilma Funke

- 38 **II. The Times They Were A-Changin‘**

64 **Vita**

Ralf Schneider

- 66 **III. Entwicklung der Suchtbehandlung/-rehabilitation und deren Qualität: Persönliches Fazit und Resümee**

90 **Vita**

Herbert Ziegler

4 Teil B Historischer Überblick

- 92 **Meilensteine der Entwicklung des Suchthilfesystems und der Suchtbehandlung: Auflistung von wesentlichen Ereignissen ab dem Jahr 1947 bis 2023**

130 **Vita**

Volker Weissinger

Mit dem auf die Entwicklung der Behandlungsqualität ausgerichteten Sonderband ist es dem ehemaligen Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht⁺, Herrn Dr. Volker Weissinger und seinen Co-AutorInnen, hervorragend gelungen, Meilensteine auf dem jahrzehntelangen Weg zu der aktuellen, von ExpertInnen entwickelten und wissenschaftlich fundierten Behandlung Abhängigkeits-erkrankter darzustellen. Lebendigkeit und Tiefe erhält der Bericht durch die Beschreibung des beruflichen Werdeganges von ExpertInnen, die über viele Jahre einen prägenden Einfluss auf die Entwicklung des Faktors Qualität in der Rehabilitationsbehandlung genommen haben und deren individuelle berufliche Vita in gewissem Sinn auch als Spiegel der Suchtrehabilitation ihrer Zeit betrachtet werden kann.

Die Finanzierung der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter durch die gesetzlichen Renten- und Krankenversicherungen wurde erst Ende der Neunzehnhundertundsechzigerjahre aufgrund einer höchstrichterlichen Entscheidung möglich und stand anfangs unter erheblichem Legitimationszwang. Zwar ist hier längst ein Professionalisierungsprozess erfolgt, aber dennoch ist die Suchtreha (wie auch die Sucht-

erkrankungen selbst) immer noch durch vielfältige Ressentiments, Vorurteile und falsche Behauptungen belastet.

Vor diesem Hintergrund hat es sich die Suchtrehabilitation, wie kaum eine andere Indikation, zur Aufgabe gemacht, die rehabilitative Versorgung zum Gegenstand empirischer wissenschaftlicher Untersuchungen zu machen und kontinuierlich zu überprüfen. Diese wissenschaftliche Ausrichtung haben der ehemalige Vorstandsvorsitzende Ralf Schneider sowie die beiden langjährigen Vorstandsmitglieder des Fachverbandes Sucht⁺, Prof. Dr. Wilma Funke und Herbert Ziegler durch ihren persönlichen Einsatz auf allen Ebenen ganz wesentlich mitgeprägt.

Diskutiert wird die Frage, wie Behandlungserfolg gemessen werden kann. Auch in der aktuellen AWMF S3 Leitlinie wird bei stoffgebundener Abhängigkeit als Goldstandard das Therapieziel der dauerhaften Abstinenz beschrieben, für den Bereich stoffungebundener Abhängigkeiten geht es um die Kontrolle des eigenen Verhaltens und die Reduktion von schädlichen Verhaltensweisen.

Aber, ist das alles? Wie kann ich die Ergebnisqualität noch präziser definieren? Was zeichnet eine gute Behandlung aus?

Fragen, die in den letzten 20 Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen haben und denen auch in jüngster Zeit, zum Beispiel mit der Umsetzung des neuen digitalen Rentengesetzes, bei der Einrichtungsauswahl mit der Fokussierung auf den Parameter Qualität Rechnung getragen wird.

Die AutorInnen dieses Bandes erweitern diese aktuelle Diskussion wesentlich. Der Wert ihrer Ausführungen liegt in einer konsequenten und aufgrund jahrzehntelanger Erfahrung nachvollziehbar aufgebauten Argumentationslinie, die sowohl von ihren praktischen Erfahrungen als auch von ihrer wissenschaftlichen Expertise untermauert wird.

Vielleicht kann man ihre Erkenntnis am besten mit folgendem Satz von Aristoteles zusammenfassen: „Das Ganze ist mehr, als die Summe seiner Teile“. Zah-

len und harte Fakten dürfen nicht unabhängig voneinander und nicht unverbunden miteinander gewertet werden. Metrisch Messbares kann nicht alle Wirkfaktoren des in komplexem Zusammenspiel unterschiedlichster Wirkfaktoren gebildeten Kosmos der Suchtrehabilitation darstellen.

Der Vorstand und die Geschäftsführung des Fachverbandes Sucht+ danken allen vier ExpertInnen ausdrücklich für Ihre Ausführungen, die Darlegung ihres persönlichen Werdegangs, die kritischen Hinweise zur gegenwärtigen Situation und die Anregungen für die Zukunft. Damit bereichern die AutorInnen die vielfacettig durchgeführte Diskussion zur Weiterentwicklung der Qualitätsmessung und tragen zu einer Optimierung der Versorgung suchtkranker Menschen in unserer Gesellschaft bei.



Dr. Monika Vogelgesang
Vorstandsvorsitzende



Dr. Thomas Klein
Geschäftsführer

„Entwicklungen und Qualität der Suchtbehandlung – persönliche Rück- und Ausblicke von drei namhaften Experten“

Volker Weissinger

Jahrzehntelanges Expertenwissen geht leider häufig mit dem Ausscheiden aus dem Berufsleben verloren. Das ist ausgesprochen schade, denn gerade junge Menschen am Anfang ihrer beruflichen Tätigkeit könnten davon sicherlich erheblich profitieren. Dies trifft natürlich auch auf den Bereich der Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen zu. Das führte mich zu der Idee drei ausgewiesene Experten, die ehemals im Vorstand des Fachverbandes Sucht e.V. tätig waren, zu ihren wesentlichen Erfahrungen und persönlichen Einschätzungen in diesem Tätigkeitsfeld zu befragen und diese „Wissensschätze“ zu sammeln und weiterzugeben. Inspiriert haben mich dazu, meine langjährige berufliche Beschäftigung mit dem Thema „Qualität der Suchtbehandlung“ (s. z.B. Sonderheft „Sucht Aktuell“, <https://www.sucht.de/veroeffentlichungen/#1631537782978-b0fd9457-3661>), wie auch das Buch von George Saunders „Herzlichen Glückwunsch übrigens – Ein paar Gedanken zur Güte“ (Arche Verlag, Zürich-Hamburg, 2020, 5. Auflage). In letzterem gibt ein älterer Mensch an tatkräftige Jüngere, die ihre ‚besten‘ Jahre noch vor sich haben, einen von Herzen kommenden Rat, worauf es im Leben ankommt. Dies geschieht ohne Besserwisserei und Schnörkel, vielmehr dem/r Leser/in zugewandt und lebensklug.

Nun liegt er vor, der „Erfahrungsschatz“ der drei ehemaligen und fachlich anerkannten Akteure in der Behandlung von abhängigkeitserkrankten Menschen. Diese sind vielleicht gerade deshalb umso wertvoller, da sie mit etwas Abstand zum alltäglichen Geschehen gewonnen wurden. Zielsetzung war es insbesondere, jungen an dem Berufsfeld interessierten Menschen/Studierenden/Berufsanfängern, aus der persönlichen Perspektive dieser erfahrenen Experten/innen,

- historische und von diesen als relevant erlebte Meilensteine und Entwicklungen der Suchtbehandlung zu erläutern,
- wesentliche Erkenntnisse und direkte persönliche oder über weitere Experten/innen vermittelte therapeutische Erfahrungen in der Behandlung darzulegen und nicht zuletzt auch
- Anstöße für zukünftige Entwicklungen zu geben.

Natürlich dürften die Ausführungen auch für bereits länger in diesem Arbeitsfeld tätige Behandler/innen oder Leistungsträger sicherlich interessant sein, denn sie enthalten viele Anregungen für die aktuelle Praxis der Suchtbehandlung und diese basieren auf jahrzehntelangen Erfahrungen. Das ist auch der Grund dafür, dass es hier ganz bewusst nicht um eine wissenschaftliche Aufbereitung des

Themas geht, sondern um die Reflexion persönlicher Erfahrungshorizonte, die aus der langjährigen Praxis wie auch aus damit verbundenen wissenschaftlichen Erkenntnissen gespeist ist.

Grundlage für die schriftlichen Ausführungen war ein speziell hierfür erstellter Fragenkatalog, der allerdings nicht akribisch abzarbeiten war, sondern vielmehr über entsprechende inhaltliche Themen und Hinweise Denkanstöße vermitteln sollte, sich gedanklich in die Materie zu vertiefen und somit eine gewisse Orientierung bieten sollte. In einem Fall wurde ein persönliches Interview durchgeführt, dieses wurde transkribiert und nochmals in Absprache mit dem Interviewpartner überarbeitet.

Angeheftet ist den drei Beiträgen im Teil B zudem eine Übersicht über wesentliche Meilensteine, d. h. bedeutsame Entwicklungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung sowie entsprechender politischer und versorgungsrelevanter Rahmenbedingungen. Die historische Betrachtung reicht von 1947 bis heute.

Viel Spaß beim Lesen und der Beschäftigung mit den Gedanken zur Güte und Qualität der Suchtbehandlung auf der Basis biographischer Erfahrungen wünscht Ihnen von Herzen

Dr. Volker Weissinger

Teil A Persönliche Rück- und Ausblicke

I. Memorabilien der Suchtarbeit - Rückschau auf 40 Jahre in der Suchtforschung und -behandlung	9
Vita	36
Wilma Funke	
II. The Times They Were A-Changin‘	38
Vita	64
Ralf Schneider	
III. Entwicklung der Suchtbehandlung/-rehabilitation und deren Qualität: Persönliches Fazit und Resümee	66
Vita	90
Herbert Ziegler	

I. Memorabilien der Suchtarbeit - Rückschau auf 40 Jahre in der Suchtforschung und -behandlung

Wilma Funke

Vorwort

Rückblickend mein Berufsleben zu reflektieren und aus heutiger subjektiver Sicht meine Bewertungen zu entscheidenden Entwicklungen vorzunehmen, hat mich sowohl kognitiv als auch emotional herausgefordert. Fast 45 Jahre Tätigkeit in der Sucht haben Spuren – Narben und Geschenke – hinterlassen. Der geneigte Leser/die geneigte Leserin wird gebeten, meine Einschätzungen kritisch-wohlwollend zu prüfen und eigene vorzunehmen. Ich habe mich für eine weitgehend chronologische Darstellung meiner subjektiven Meilensteine entschieden (siehe Tabelle 1 in Anhang 1), entlang meiner eigenen Erfahrung der Veränderungen und Weiterentwicklungen im Suchtforschungs- und Behandlungssystem, die ich miterleben und teilweise mitgestalten durfte. Allen Wegbegleitern und -begleiterinnen sei gedankt, insbesondere Dr. Volker Weissinger, dem Initiator dieses Projekts, sowie den Mitautoren für den fruchtbaren Prozess!

Der Anfang

Im Jahre 1979 war ich noch im Hauptstudium der Psychologie an der Universität Trier. Dies war damals das zweitgrößte Psychologische Institut der BRD (Bundesrepublik Deutschland), noch inspiriert vom Flair der Neugründung 1974. Das Stammteam der Lehrkräfte war jung und ambitioniert und Neuem sehr aufgeschlossen. Es gab Vorlesun-

gen und Seminare mit 30 und weniger Teilnehmenden und jede(r) kannte jede(n). Die Methodenveranstaltungen im Grundstudium waren hart mathematisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet, nur etwas über die Hälfte bestand die Statistikklausuren im ersten Versuch. Da ich von einem naturwissenschaftlich-mathematischen Gymnasium kam, empfand ich die ersten vier Semester als eine Fortsetzung der Schule „mit anderen Mitteln“. Rückblickend schätze ich diese damalige Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Methoden und mit der Einschätzung von Tragweite und Bedeutung der Forschungsergebnisse sehr. Der kritische Blick auf wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn ermöglichte es mir später, aus Praktikersicht einerseits die Bereicherung durch Grundlagen- und Anwendungsforschung zu schätzen, andererseits die Validitätseinschränkungen und Grenzen der Umsetzung auf den klinischen Alltag besser zu erkennen.

In diesem dritten klinischen Semester 1979 begegnete ich der Suchtbehandlungsszene mehr zufällig. Ich absolvierte mein externes klinisches Praktikum in der Fachklinik Bad Tönisstein (damals AHG = Allgemeine Hospitalgesellschaft; heute MEDIAN) gemeinsam mit einem Kommilitonen in dem nahe meines Heimatortes gelegenen Standort der Klinik – das war praktisch und preiswert für mich als Studierende. Ich ahnte damals noch nicht, dass diese Zeit prägend für mich und mein weiteres Berufsleben sein sollte.

Ich nahm im sogenannten Patientenstatus für zwei Wochen an einer Gruppe und all ihren Aktivitäten teil. Das waren in der Regel 12-Stunden-Tage unter der Woche (von 08.00 bis 19.00 Uhr) und am Samstag/Sonntag auch (von 10.00-22.00 Uhr). So gelang ein tiefer Einblick in die Abläufe auch außerhalb des sehr strukturier-

ten Therapiealltags. Ich erfuhr aus erster Hand, was „hinter den Kulissen“ lief, wenn keine Behandler mehr anwesend waren bzw. nur ein oder zwei Diensthabende vor Ort. Dies beeindruckte mich hinsichtlich des enormen therapeutischen Impacts des stationären Settings und der therapeutischen „Gemeinschaft“, additiv zu den offiziellen Behandlungsangeboten. Hierfür Zeit und Raum vorzuhalten und diese soziale Dynamik mitzugestalten und zu nutzen, halte ich auch bei heutigen Behandlungskonzepten für sehr sinnvoll. Ein „Mitlaufen im Patientenstatus“ birgt in der Einarbeitung neuer Mitarbeitender das Potential, ein besseres Verständnis für die Störungen und Problemfelder und einen vertieften Einblick in die Umsetzung der Behandlungskonzepte zu bekommen.

Das Behandlungskonzept der Klinik orientierte sich damals sehr stark am 12-Schritte-Programm der Anonymen Alkoholiker (AA), ein frühes Modell des Selbstmanagementansatzes in der Selbsthilfe. Die Leitende Ärztin in der Gründungsphase, Ingeborg Lange-Treschhaus, hatte das Konzept in der Hazelden Foundation (Minnesota, USA; heute: Hazelden Betty Ford Foundation) kennengelernt und auf damalige deutsche Verhältnisse angepasst. Leider konnte ich sie damals nicht mehr kennenlernen, weil sie schon verstorben war. Folgend der Selbsthilfe-Philosophie spielten die Bezugsgruppe und der Bezugstherapeut eine entscheidende Rolle in der Veränderungsmotivation und für die Entwicklung der RehabilitandInnen: ein soziales Lernfeld, in dem Kompetenzen aufgebaut und erprobt werden konnten und die Entwicklung der Identität und der Rollenerwartungen gleich praktisch bedeutsam waren. Diese Priorisierung des Gruppensettings - aus der Tradition der Selbsthilfebewegung heraus entstan-

den - hat bis heute Bestand in vielen Konzepten der professionellen Suchtbehandlung. Nirgendwo sonst in der klinischen Arbeit konnte Gruppendynamik so hautnah erlebt und ihre Wirksamkeit erfahren werden, vielleicht mit Ausnahme der Encounter-Gruppen, die aber in der Regel damals eher für psychisch gesunde, belastbare Menschen mit dem Wunsch der Selbstreflexion und persönlichen Weiterentwicklung angeboten wurden. Wer Gruppentherapie lernen möchte, ist in der stationären Suchtbehandlung auch heute noch gut aufgehoben.

Ein besonderer Kontakt ergab sich im Laufe meiner 8wöchigen Hospitation in der Klinik zu den damaligen zwei Mitarbeitern des Sozialdienstes - einer Selbstbetroffenen/Ex-Userin und ihrem „jugendlichen Adlatus“, der als Sozialpädagoge übrigens später eine ganz erstaunliche Karriere in der ambulanten Suchtbehandlungsstruktur hinlegte. Hier tauchten in den Gesprächen immer wieder Fragen auf wie: „Was machen unsere Patienten nach dem Aufenthalt?“, vor allem auch: „Wie geht es denen, von denen wir nichts mehr hören?“. Die Klinik hat und hatte aufgrund ihres damals einzigartigen Kurzzeit-Intensiv-Behandlungsangebots PatientInnen aus ganz Deutschland. Bei den Jahrestreffen, bei denen sich einmal im Jahr bis zu 2.000 Ehemalige trafen und von Freitag bis Sonntag ein Wiedersehen an ihrer „zweiten Geburtsstätte“ feierten, kamen vorrangig diejenigen, die wieder Fuß gefasst hatten und abstinent lebten. Auch hier wurde immer wieder von Rückfällen erzählt und Rückfallrisiken waren in den Workshops oft ein Thema. Im Vordergrund standen aber Dankbarkeit für und Stolz auf ein neues Leben nach dem Stoppen der aktiven Suchtbelastung. In meiner damaligen Praktikumszeit lag glücklicherweise dieses Jahrestreffen

1979. Es war selbstverständlich, an diesen drei Tagen dabei zu sein – eine weitere beeindruckende Erfahrung für mich!

So entstand die Idee einer Fünfjahreskatamnese, d.h. die in den letzten fünf Jahren seit Gründung der Klinik entlassenen Patienten und Patientinnen sollten kontaktiert und nach ihrer weiteren Entwicklung befragt werden. Wenn sie nicht erreichbar waren – damals nur per Telefon möglich –, dann sollten die Selbsthilfegruppen, die zweimal die Woche ins Haus kamen, zu weiteren Informationen befragt werden. Stichtage der Entlassung waren 01.04.1974 (der Gründungstag der Klinik) und der 31.03.1979 (ein halbes Jahr vor Beginn meines Praktikums). Die beiden Sozialdienstler legten sich für die Datengewinnung ins Zeug und sammelten über vier Monate Daten von fast 1.500 Ehemaligen, die meisten aus den letzten zwei Jahren vor dem 2. Stichtag. So entstand 1981 – damals noch unter meinem früheren Namen Wilma Keller – gemeinsam mit Reinhold Scheller, meinem damaligen Diplomarbeitsbetreuer und späteren Doktorvater, die erste „selbstgestrickte“ und fachlich publizierte Katamnese (Keller & Scheller, 1981). Aus dieser frühen Phase meines beruflichen Engagements in der Suchtbehandlung nahm ich mit, wie wichtig ein Blick „inside“ sein kann, um praxisrelevante Forschungsinhalte ableiten zu können, und wie interessiert und engagiert Menschen in der wissenschaftlichen Beschäftigung zu Fragen aus ihrem Arbeitsalltag sich begeistern können und mitwirken. Und wie stolz sie auf den erreichten Erkenntnisgewinn blicken!

Die Grundsteinlegung

In den folgenden fünf Jahren beendete ich mein Studium und arbeitete im Uni-Betrieb der Psychologie als wissenschaftliche Mitarbeiterin in Lehre und

Forschung weiter. Ich beteiligte mich an der Gründung der Trierer Forschungsgruppe Abhängigkeit und Sucht (TRIAS; Reinhold Scheller, Michael Klein, Joachim Funke und ich selbst) – aus dieser Gruppe sollte später das Netzwerk Psychologische Suchtforschung entstehen, das wiederum später übergang in die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsp) als eingetragener gemeinnütziger Verein. Erster und Gründungspräsident der dgsp war Michael Klein (inzwischen Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln; emeritiert), derzeitiger Präsident ist Gallus Bischof (Universität Lübeck). Die Gruppe TRIAS vernetzte sich über 20 Jahre immer wieder in unterschiedlichen Konstellationen zu verschiedenen Projekten und Publikationen untereinander. Die beiden wichtigsten und grundlegenden, für uns den „roten Faden“ bildenden Gemeinschaftsprojekte blieben jedoch das Trierer Alkoholuminventar (TAI; Funke, Funke, Klein & Scheller, 1987) und der Entwurf eines Forschungskonzepts, in dem die Desiderata für eine praxisorientierte, klinisch relevante wissenschaftliche Beschäftigung mit den Suchterkrankungen in Modellbildung, Diagnostik, Behandlung und Evaluation zusammengefasst waren (Funke, Keller, Klein & Scheller, 1980). Reinhold Scheller (Uni Trier, emeritiert) blieb für viele Jahre der „spiritus rector“ für uns drei jüngeren Psychologen in der Beschäftigung mit den psychologischen Aspekten der Suchtmittelabhängigkeit und der Versorgungspraxis. Seine Beharrlichkeit in puncto Genauigkeit und Akribie bei Publikationen und Vorträgen waren anfangs eine harte Schule! Sie trugen jedoch maßgeblich dazu bei, dass ich mich nicht nur mit den Inhalten, sondern auch mit den Forschungswegen und -methoden beschäftigte und früh eine vorsichtig optimistische Position in Bezug auf die positivistische Einstellung

der empirischen Forschungsmethodik und Wissenschaftsphilosophie der 80er und 90er Jahre einnehmen konnte.

Über das Thema „Alkohol im Straßenverkehr“, einem Projekt der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), das Egon Stephan (damals Uni Trier; heute Uni Köln, emeritiert) Anfang der 80er Jahre durchführte, kam ich über den dort erforderlichen Umgang mit riesigen Datenmengen an Kenntnisse und Erfahrungen für diese Methoden, die man heute mit Begriffen wie „big data“ und „data mining“ belegen würde. Gleichzeitig stellte Egon Stephan damals für mich den Kontakt mit der Selbsthilfeorganisation und Helfergemeinschaft des Kreuzbunds e.V. her. Hier leitete ich als Co-Trainerin gemeinsam mit ihm erste Schulungs- und Selbsterfahrungsseminare für alkohol auffällige Kraftfahrer, aber auch zu anderen für die Selbsthilfe interessanten Themen wie Paarseminare oder zum gesunden Lebensstil als Rückfallprophylaxe. Später übernahm ich diese Tätigkeiten auch selbständig und schätze bis heute die transparente und entwicklungsorientierte Auseinandersetzung mit Suchtthemen durch Betroffene und Angehörige. Mein Berufsleben lang bis heute bin ich AA und Kreuzbund besonders verbunden geblieben.

In dieser Zeit schrieb ich meine Diplomarbeit zur Entwicklung eines ersten Konzepts einer indikationsleitenden Typologie alkoholabhängiger Menschen auf der Basis des Trierer Alkoholismusinventars, auf die dann eine empirisch und theoretisch fundiertere Variante in der Dissertation folgte (Funke, 1990). Hier konnte ich auf eine große Datenmenge aufgrund meiner inzwischen gewachsenen Vernetzung mit der Behandlungspraxis zurückgreifen. Motivation für die Beschäftigung mit dieser Thematik floss

einerseits aus den grundlegenden Arbeiten von Elvin M. Jellinek (1952, 1960), die gemeinsam mit der US-amerikanischen AA durchgeführt wurden und Vorläufer des Krankheitskonzepts der Alkoholabhängigkeit der WHO (World Health Organization) wurden. Zudem hatte ich in meinen klinischen Tätigkeiten das Manko therapeutischer psychodiagnostischer Befunde erfahren. Die damaligen Behandlungskonzepte waren relativ starr und kaum evaluiert, alle Patienten und die wenigen Patientinnen durchliefen strukturierte Programme v.a. in den Kurzzeit-Einrichtungen, während in den bis zu 6 oder 9 Monaten dauernden Langzeitbehandlungen vieles sich „aus dem Prozess“ heraus ergab. Die Behandlungsziele waren „Abstinenz“ und Wiedereinstieg in ein suchtfreies „normales“ Leben, orientiert am Beispiel bereits erfolgreich aus der Sucht ausgestiegener Menschen.

Allerdings dauerte meine damalige persönliche Qualifizierungsmaßnahme deutlich länger als geplant – ein Kind kam „dazwischen“ und: Die tägliche Arbeit hatte mich voll im Griff – zunächst im Uni-Betrieb und der Lehre und dann kam die Praxis in der Suchtfachklinik! Aus dieser Phase nahm ich für mich bestimmend mit, wie wichtig eine empirische Fundierung von diagnostischer und therapeutischer Arbeit ist und dass für eine aussagefähige Evaluation eine sorgsame und reliable Dokumentation erforderlich ist. Eine Übersetzung von Theorien und Modellen für Selbstbetroffene und ihre Bezugspersonen hat eine hohe Bedeutung, um Störungsverständnis und Veränderungswissen zu transportieren und für den Behandlungsprozess nutzbar zu machen. Diese Erfahrungen sollten mein therapeutisches, aber auch mein Führungshandeln in den folgenden Jahrzehnten wesentlich mitbestimmen.

Einstieg in die kontrollierte Praxis der Suchtbehandlung

Beginnend in der stationären Sucht-Rehabilitation im Jahr 1984 fühlte ich mich zunächst – trotz meiner wissenschaftlichen und theoretischen Beschäftigung mit Sucht und Abhängigkeit in den vorangegangenen fünf Jahren als auch meiner therapeutischen Ausbildung – wie eine Blinde unter Einäugigen. Die allermeisten TherapeutInnen in der Fachklinik waren damals selbstbetroffene Menschen, die ihre Suchterkrankung (in der Regel mit der Hauptdroge Alkohol, gelegentlich zuzüglich psychotroper Medikamente) selbst überwunden hatten. Dies hatten sie häufig im Rahmen der Selbsthilfe geschafft, meist AA, in der Regel ohne eigene Therapie außer Entgiftungsbehandlungen. Die Ärzte und Ärztinnen spielten in der Behandlung eine inhaltlich untergeordnete Rolle, wenngleich sie durch die „Macht“ der zahlenden Maßnahmenträger (Rentenversicherungen, d.h. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) sowie in der alten BRD bundesländer-spezifische Strukturen (LVAen), in Bayern sogar mehrere regional Verantwortliche, zuzüglich die Knappschaft Bahn-Ssee) und der gelegentlich zuständigen Krankenversicherungen als offizielle fachliche EinrichtungsleiterInnen bestimmt waren. Es war jedoch schwierig, ärztliche Fachkräfte für die Arbeit in der Sucht zu gewinnen, da dieser klinische Einsatzbereich damals noch als „Abstellgleis“ in der beruflichen Weiterentwicklung bewertet wurde – es ließ sich mit „Sucht“ keine Karriere machen, die Stigmatisierung betraf nicht nur die Betroffenen. Ausnahmen waren die selbstbetroffenen Ärzte und Ärztinnen, die unter den PatientInnen geradezu Kultstatus genossen, wie auch die Ex-User unter den TherapeutInnen.

Als ich im Herbst 1984 als Diplom-Psychologin in der Reha-Fachklinik begann (als dritte „Professionelle“ bei über 30 Teammitgliedern), fragte niemand nach Erfahrungen in der Suchtbehandlung (die es für die Sucht-Reha kaum gab), noch nach einer Ausbildung in Psychotherapie oder Reha-Wissenschaften. Letztere war gerade in den Geburtswehen und wurde durch Modellprojekte kleineren Umfangs u.a. durch die damalige BfA (Bundesrentenversicherung für Angestellte) mit gefördert. Ich hatte eine Grundausbildung in Verhaltenstherapie und eine Gesprächspsychotherapeutische Ausbildung der Deutschen Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG; heute Gesellschaft für Personzentrierte Psychotherapie und Beratung e.V.; eine Fachgesellschaft, die die therapeutischen Prinzipien von Carl Rogers und Reinhard Tausch vertrat mit Sitz in Köln) vorzuweisen – das musste genügen. Meine diagnostischen und empirisch-wissenschaftlichen Qualitäten wurden einerseits geschätzt, andererseits aber auch von dem einen oder der anderen skeptisch bis lächelnd, manchmal sogar ängstlich, beäugt. Zu allem anderen wurde ich episodisch und erfahrungsgelernt eingearbeitet von den sogenannten Ex-Usern, die damals von Karl H. Bönner (†), Professor an der Universität Marburg, ebenfalls Psychologe und später langjähriger Vorsitzender des Fachverbands Sucht e.V., in einem konzerninternen Ausbildungsprogramm berufsbegleitend zu SuchttherapeutInnen ausgebildet wurden. Hier gehörten neben den klassischen (sucht-)therapeutischen Erkenntnissen der damaligen Zeit auch die Arbeiten von Jellinek und Marlatt zum Hintergrundwissen. Dieses zweijährige Programm war von der BfA anerkannt worden zur Qualifizierung der SuchttherapeutInnen, die aus unter-

schiedlichen Berufsfeldern stammten und deren Einstiegsqualifikation aus einer selbst überwundenen Suchterkrankung bestand. Mein therapeutischer Vorgesetzter, Psychologe und ehemaliger Kommilitone, „gestand“ mir später, mich als „U-Boot“ für eine beginnende wissenschaftliche Fundierung der Behandlungspraxis eingesetzt zu haben – ob es gelungen war in seinen Augen, hat er mir nie mitgeteilt!

Meine damalige Schwerpunktsetzung in der Psychodiagnostik wurde dennoch allgemein anerkannt in der Klinik und ich hatte ein weites offenes Feld für die Entwicklung dieses Bereichs vor Ort. Beigetragen hatten sicher meine frühere Erfahrung als Praktikantin in der Klinik und die Tatsache, dass wir mit der Katamnese bereits ein erstes und beachtetes Projekt gemeinsam bewerkstelligt hatten. So konnte ich ein Diagnostik-Paket entwickeln und einführen, das sich im Wesentlichen auf die primär diagnostischen Verfahren zur Indikationsstellung für therapeutisches Vorgehen und als Grundlage für spätere Evaluationen als nützlich erwies und in dieser oder etwas abgewandelter Form auch in Schwesterkliniken übernommen wurde. Wir analysierten damals schon mit unseren bescheidenen technischen Möglichkeiten, inwieweit z.B. bestimmte Eingangsprofile von PatientInnen zu erhöhter Abbruchrate führten oder mit katamnestischen Ergebnissen korrelierten. Dies führte zu fruchtbarer interner Diskussion und damit zur Qualitätsentwicklung.

Eine Gruppe von Suchtkliniken in privater Trägerschaft, die ab 1974 in Deutschland aufgrund der Notwendigkeit der Schaffung von Behandlungsplätzen für die Rentenversicherung im Indikationsgebiet Abhängigkeitserkrankungen entstanden waren, gründete 1976 – zunächst

als Gegengewicht zu den Verbänden der Wohlfahrtspflege zur Vertretung der Belange gegenüber der Politik und den Kosten- und Leistungsträgern – den Fachverband Sucht e.V. (FVS; heute Fachverband Sucht⁺; www.sucht.de). In nunmehr fast 50 Jahren avancierte dieser zum Spitzenverband, einflussreichen Interessensvertreter und Mitgestalter der Suchtbehandlungsszene. War ich zunächst skeptisch gegenüber privat getragenen Behandlungseinrichtungen (Vorverurteilungen, die man oft hörte: „Die machen Geschäfte mit dem Leid anderer“), lernte ich in der AHG und folgend auch mit dem salus-Unternehmen und anderen Einrichtungen über die Zusammenarbeit im Fachverband Sucht und die kollegiale Vernetzung eine wohlwollend wettbewerbsorientierte Diskussionskultur kennen, in der Wissenschaft und Praxis gleichermaßen geschätzt wurden. Die Ermunterung und der Freiraum zu Innovationen, die letztendlich der Behandlungsqualität zugutekamen, förderte viele Ausnahmetalente wie z.B. Peter Missel (†), Ralf Schneider und Johannes Lindenmeyer. Auch auf den jährlich stattfindenden Kongressen des FVS präsentierten diese PraxisvertreterInnen Highlights in der Entwicklung und Überprüfung der Behandlungs- und Betreuungskonzepte und trugen mit dazu bei, auf deutschen und internationalen Kongressen der deutschen Suchtbehandlung ihr heute anerkanntes Profil zu entwickeln.

Mit der grundsätzlich empirischen Haltung konnte auch eine gute Verhandlungsposition gegenüber Politik und Leistungsträgern erarbeitet werden, um Rahmenbedingungen mit gestalten zu können. In dieser äußerst fruchtbaren Phase in den 80er und 90er Jahren des 20. Jahrhunderts diskutierten wir die Bedeutung von Katamnesen und Evaluation, wirkten in kritischer Distanz, aber konst-

ruktiv im neu aufgelegten Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung mit – schon damals unter der Einschätzung der Kosten- und Leistungsträger als „enfant terrible“ in der medizinischen Reha: „In der Sucht kann man nicht einfach etwas einführen. Hier müssen wir die Leistungserbringer im Entwicklungsprozess mitnehmen, sonst fährt der Karren gegen die Wand!“. Das kann man als Kompliment für kritisches, oft aber auch konstruktives Mitdenken verstehen!

In dieser Zeit der zunehmenden wissenschaftlichen und psychotherapeutischen Fundierung von Behandlungskonzepten entdeckte auch die akademische Medizin die Sucht neu, schnell gefolgt von pharmakotherapeutischen Entwicklungen, etwa der Anticraving-Substanzen. Auf beiden Seiten – akademisch geprägte Entwicklung von Behandlungselementen versus angewandte Forschung im klinischen Alltag – wurde hart um das Primat in der Behandlung gerungen: Die eher somatisch-medizinisch orientierten Behandler waren wesentlich an den Universitätskliniken und Forschungsinstituten verortet und einer positivistischen Forschungsstradition verpflichtet. Das wissenschaftliche Experiment in Form des double blind randomized controlled trail (RCT) wurde als das non-plus-Ultra des Erkenntnisgewinns gesehen. Die psychosozial-psychotherapeutisch orientierten BehandlerInnen, die sich in ihrem Glauben an die therapeutische Beziehung und die Bedeutung von Selbstwirksamkeitserwartungen im Therapieprozess bedroht sahen, unterstellten Eindimensionalität und „dass der Teufel mit dem Beelzebub ausgetrieben“ werden sollte. Das Ergebnis der Diskurse erleben wir noch heute in seinen positiven Auswirkungen: Die Pharmakotherapie wurde auf ihren Platz verwiesen als adjuvante oder bei komorbiden Stö-

rungen erforderliche Mitbehandlung, die psychosozialen und psychotherapeutischen Ansätze wurden unter dem Evaluationsdruck immer offener für Ergebnis- und Wirksamkeitsforschung. Methoden der Analyse qualitativer Daten wurden weiterentwickelt und sophistierte statistische Auswertungsrationale fanden Eingang jenseits der binären Korrelationsanalysen. Die Entwicklung von Behandlungsleitlinien in den folgenden Jahrzehnten dokumentieren diese Entwicklung zum Teil (s.a. Geyer et al., 2006a, 2006b; Kiefer et al., 2021).

Aus dieser Phase meines Berufslebens – den „Kinderschuhen“ entwachsen, das rebellische, fachliche „Teenageralter“ unbeschadet überstanden – nahm ich vor allem mit, wie wichtig die Vernetzung aller beteiligten Akteure – einschließlich der PatientInnen – ist und dass eine Qualitätsverbesserung bzw. Qualitätssicherung nur unter Berücksichtigung und Effizienzsteigerung des gesamten Behandlungssystems möglich sein kann. Dies beginnt bei der Identifikation von Behandlungsnotwendigkeiten, über die Antragsstellung und selektive Indikation, die Entscheidung von Kostenzusagen, die Behandlung selbst und das Nachsorgemanagement sowie die Einbeziehung sozial integrierender Elemente wie Beruf, Arbeitsplatz, Wohnung und staatsbürgerliche Verantwortungsübernahme und gelingt nur über eine entsprechende Prozessbegleitung und -evaluation.

Die fachliche Ausdifferenzierung der Suchtbehandlung

Im Jahre des WFG (Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz; 1996) wurde eine Krise in der Suchtbehandlungsszene ausgelöst, die in ihren Aus- und Nachwirkungen über zehn Jahre anhielt und die Weiterentwicklung zunächst

ausbremste und dann in Richtung Kostenbegrenzung und Therapiezeitverkürzung führte. In diesem Jahr nahm ich eine neue berufliche Herausforderung an: den Wechsel von einer verhaltenstherapeutisch geprägten, in einem größeren Verbund wohletablierten stationären Reha-Einrichtung in ein privat geführtes Familienunternehmen mit integriertem Behandlungskonzept. Integriert hieß: methodenintegriert (TP-, VT- und systemisch fundierte Behandlungselemente in trauter Zusammenwirkung) und substanzintegriert (Alkohol- und Medikamentenabhängige sowie Drogenabhängige, gelegentlich mit komorbider Spielsucht und vielen komorbiden Begleiterkrankungen). Demzufolge überspannte das Behandlungszeitpektrum die gesamte damalige Bandbreite zwischen sechs und 26 Wochen stationärer medizinischer Rehabilitation. Ich erfuhr, dass Kliniken Wied in ihren Anfängen und ursprünglich eine Art Schwesterklinik der Fachklinik Tönisstein war, wurde sie doch vom ehemaligen Ehemann von Ingeborg Lange-Treschhaus, Klaus Lange gegründet und einige Jahre fachlich geleitet, allerdings mit einem deutlich anderen, sozial- und gestalttherapeutischen Ansatz. Dieser war in der Zwischenzeit zu einem tiefenpsychologisch-psychodynamischen Konzept weiterentwickelt worden und integrierte inzwischen auch die neuen Ansätze der Verhaltens- und systemischen Therapie.

Eine weitere Herausforderung in dieser Zeit wirtschaftlicher Anspannung und abnehmender Belegung durch die Rentenversicherung waren die vier Standorte dieses Unternehmens mit insgesamt mehr als 250 stationären Behandlungsplätzen. Heute sind es noch zwei Teilkliniken mit etwas über 200 Plätzen, die inzwischen zum MEDIAN-Konzern gehören. Mein großes Glück war es, im damaligen, seit 1977 dort tätigen Leitenden

Arzt (Klaus Heuschen, †) nicht nur einen TP-Fachmann und erfahrenen Psychiater vorzufinden, der den kognitiven Ansätzen der Verhaltenstherapie gegenüber sehr aufgeschlossen war, sondern auch einen väterlich wohlwollenden Unterstützer, der die neuen Ideen in Richtung erweiterter psychotherapeutischer Fundierung der Behandlung, der Einführung neuer psychodiagnostischer Verfahren und der Evaluation von Prozess- und Ergebnismerkmalen unterstützte. So durchstanden wir die ersten Jahre der Klinikanpassung an veränderte externe und interne Bedingungen ganz ordentlich, bis mit dem Nachfolger des Leitenden Arztes, Welf Schroeder (mein langjähriger geschätzter Fachkollege und Freund), weitere Öffnungen und Konsolidierungen in den folgenden 20 Jahren Zusammenarbeit bis zum Eintritt unseres offiziellen Ruhestandes im gleichen Jahr (2021) möglich und gemeinsam getragen wurden. Wir konzipierten das erste umfangreiche, wissenschaftlich abgeleitete und integrative Behandlungskonzept in schriftlicher Form für unsere Kliniken mit inzwischen zwei Überarbeitungen unter Beibehaltung der zentralen Bestandteile und nun einer weiteren Überarbeitung durch unsere NachfolgerIn, unverändert integrativ bzgl. Methoden und Klientel. Wir erarbeiteten gemeinsam mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen die Zertifizierung nach FVS/DEGEMED, bzw. ISO 9001ff (als eine der ersten Suchtfachkliniken 2003) und stellten eine kontinuierliche katamnestische Überprüfung des Behandlungserfolgs sicher. Wir engagierten uns arbeitsteilig in einer guten Vernetzung zu Verbänden und Fachgesellschaften. Wir beteiligten uns in der psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung mit – wie ich finde – sehr guter Praxisbegleitung der auszubildenden ÄrztInnen, Psycho-

therapeutInnen und SozialtherapeutInnen. Wir publizierten und nahmen aktiv an Fachkongressen und Fachtagungen teil. Wir führten jährlich eigene, praxisorientierte Fachtagungen durch mit aktuellen Themen und eingeladenen SpezialistInnen. Wir vernetzten uns mit der Selbsthilfe und pflegten fachlich getragene Kontakte zu den Suchtberatungsstellen und zuweisenden Entzugsabteilungen. So konnten wir unseren Teams eine anregende und entwicklungsorientierte Umgebung bieten, zu der auch eine für unsere Verhältnisse gut sortierte Fachbibliothek und ein internes Fortbildungsangebot gehörten.

Darüber hinaus initiierten wir gemeinsam mit drei ambulanten Suchtbehandlungsstellen einen regionalen Trägerverbund mit dem Ziel, ambulante Behandlung (ARS) als Rehabilitationsleistung in unserem ländlichen Bereich zu etablieren und zu stabilisieren, damit auch Kombinationsbehandlungen, Nachsorgeleistungen und gezielte Vorbereitung stationärer Maßnahmen sicher und mit leistbarem Aufwand möglich waren. Wir entwickelten uns in diesem Verbund durch regelmäßige Qualitätszirkeltreffen nicht nur fachlich gemeinsam weiter, sondern sicherten so auch eine stabile Zuweisung zu unseren stationären Behandlungsplätzen aus der erweiterten Region. Aufgrund unseres bundesweiten Einzugsgebiets und mit Unterstützung unseres federführenden Leistungsträgers (DRV Bund) führten wir seit 1999 sogenannte stationäre Reha-Abklärungen (SRA) zulasten der zuständigen Krankenversicherungen durch. Hier prüfen wir die Indikation zu ambulanter oder stationärer Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen, bereiten die PatientInnen dementsprechend vor, stellen gemeinsam mit ihnen die erforderlichen Anträge und übernehmen bzw. leiten in

geeignete Maßnahmen weiter. Insbesondere die Betriebskrankenkassen und die betrieblichen Beratungsdienste großer Firmen nutzen dieses Angebot von Anfang an. Es senkt die Zugangsschwelle für Menschen mit Suchtproblematik vor allem, wenn diese noch einen Arbeitsplatz und ein stützendes soziales Umfeld haben; aber auch Krankenhaussozialdienste griffen zunehmend auf diese Möglichkeit der unkomplizierten Zuführung in Reha-Maßnahmen zurück. Als Vorläufer des Nahtlosverfahrens sicherte dieses Programm im Laufe der Jahre zudem durch die internen Zuweisungen etwa 10-12 % der Jahresbelegung der stationären Reha-Plätze.

Zu den besonderen Herausforderungen gehört und gehörte die zunehmende Zahl von Menschen mit multimorbiden Suchtbeeinträchtigungen, stärkeren körperlichen Folge- und Begleiterkrankungen und ausgeprägten psychischen komorbiden Krankheitsbildern. Aufgrund dessen bemühten wir uns um interessierte und ausgebildete Fachkräfte im ärztlichen und psychologischen Bereich, ohne die multiprofessionelle Zusammensetzung in unseren Behandlerteams zu vernachlässigen. Dem Auftrag medizinischer Rehabilitation gerecht zu werden, gelingt meines Erachtens nur unter maßgeblicher Einbeziehung von suchtspezifisch ausgebildeten SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen, Arbeits- und ErgotherapeutInnen, Sport- und BewegungstherapeutInnen sowie KreativtherapeutInnen und engagierter, co-therapeutisch agierender Pflegekräfte. Die Besetzung der Stellen wird seit einigen Jahren zu einer erheblichen Herausforderung für Führungskräfte. Dies ist nicht nur dem Fachkräftemangel auf dem Arbeitsmarkt geschuldet. Aufgrund der Sprachgebundenheit der meisten unserer Leistungen lassen sich nur eingeschränkt auslän-

dische Fachkräfte integrieren, wenn sie nicht über gute Sprachkenntnisse verfügen. Ausländische akademische Abschlüsse sind zudem nicht immer kompatibel mit den deutschen Vorgaben usw. Zwar werden auch Reha-Angebote in anderen Herkunftssprachen (polnisch, russisch, türkisch etc.) angeboten, allerdings beinhaltet der relativ hochschwellige (Re-)Integrationsauftrag nach meinem Verständnis auch die Hinführung zur Landessprache und zu den hier üblichen kulturellen Gepflogenheiten.

Auch das Ausbildungssystem und die Bewertungen der Leistungsträger zum Einsatz von Fachkräften während der Ausbildung haben Auswirkungen und schränken die Personalauswahl ein: Bei den Psychologischen PsychotherapeutInnen führte dies im letzten Jahrzehnt dazu, dass der Personalwechsel deutlich schneller wurde, was das Gesamtsystem erheblich belastet, da eine 3-4-monatige Einarbeitungszeit für die hochdifferenzierte und fachlich herausfordernde Tätigkeit aus Qualitätsgründen als erforderlich angesehen wird und bezüglich dieser Berufsgruppe die Zwischenprüfung bzw. deren Äquivalent zum Nachweis der Befähigung zum eigenständigen psychotherapeutischen Handeln unter Supervision seitens des Leistungsträgers vorgegeben ist. Wenn MitarbeiterInnen dann aufgrund ihrer Ausbildungserfordernisse nach 1-2 Jahren wieder „weiterziehen“ (wenn sie die Behandlungsbefähigung erst kurzfristig erreicht haben), sind die Gesamtkosten für das System erheblich, obwohl Behandlungskräfte im psychotherapeutisch-ambulantem Setting, die Reha- und Suchterfahrung haben, sicherlich ein großer Vorteil sind. Ein weiteres Problem stellt sich für die SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen in suchttherapeutischer Zusatzausbildung, die erst nach deren Abschluss im Stellenplan

anerkannt und damit gegenfinanziert werden. Abhilfe würde ein angemessener Bonus/Ausgleich für Einrichtungen, die aus- und weiterbilden, schaffen.

Um fachlich geeignete Mitarbeitende für den Reha-(Sucht-)Bereich zu gewinnen und zu halten, benötigen wir in der Arbeitsumgebung unseres Dienstleistungsangebots der medizinischen Rehabilitation entsprechend förderliche und wertschätzende Rahmenbedingungen. Diese bestehen zu einem gewissen Teil aus der angemessenen und an den Marktpreisen orientierten Honorierung der Arbeitsleistungen. Aber auch Aspekte wie das Ausmaß an inhaltlicher Selbstbestimmung, angenehme Arbeitsbedingungen (Büroausstattung, Therapieausstattung, fürsorgliche Leistungen des Arbeitgebers, partizipativer Führungsstil), Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, Karrierechancen, Renommee von Einrichtung und Angebot, interne und externe Supervision u.a. bedingen die Attraktivität des Arbeitsplatzes mit. Im therapeutischen Arbeitsbereich wird die nächste große Herausforderung die aktuell beginnende neue Weiterbildung für FachpsychotherapeutInnen sein. Neben der angemessenen Vergütung der dann bereits mit Studienabschluss der Psychotherapie approbierten Fachkräfte werden auch die Rahmenbedingungen der fachpsychotherapeutischen Weiterbildung eines/einer ArbeitgeberIn eine Rolle spielen, ob sich diese KollegInnen für die medizinische Rehabilitation und hier insbesondere für den Suchtbereich entscheiden.

Die psychotherapeutische Grundorientierung in der Rehabilitation

Die zunehmende Bedeutung von Psycho- und Sozialtherapie in den Konzepten der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen als geeignete

Methoden bei der Motivierung, persönlichen Entwicklung und dem Erwerb von Kompetenzen der RehabilitandInnen ist sicherlich auch als Konsequenz der Ergebnisse kontrollierter Praxis zu sehen und zu begrüßen. Entsprechend elaborierte Ansätze überzeugen die Menschen in der Rehabilitation – PatientInnen und Fachkräfte gleichermaßen – und es gelang durch entsprechende Versorgungs- und Behandlungsforschung die Unterstützung der mitverantwortlichen Institutionen wie der Leistungsträger die Struktur- und Prozessqualität entsprechend zu setzen. Dabei sind medizinische und psychotherapeutische Behandlung die Kernelemente, um die sich weitere unterstützende Komponenten idealerweise in für die PatientInnen individualisierter Form anordnen. Gerade in den handlungsorientierten ergo-, kreativ- sowie sport- und bewegungstherapeutischen Angeboten erleben die RehabilitandInnen Herausforderung und Bestätigung in vielfältiger Weise. So entwickelten sich z.B. unsere Übungsfirmen (2 Cafés, ein Kiosk mit Waren des täglichen Bedarfs und eine Garten- und Umweltprojektgruppe) neben den klassischen Arbeitstherapie- und Praktikumsangeboten zu einer realitäts- und alltagsbezogenen Übungsplattform. Hier erfahren RehabilitandInnen untereinander und im Austausch mit den Mitarbeitenden eine zusätzliche Wertschätzung, Erfolgserlebnisse, aber auch Grenzen und die Möglichkeiten zur Verhaltens-erprobung mit sozialem und faktischem feedback. Als Träger dieser möglichst realistisch konzipierten Übungsfirmen bot sich eine Fördervereinsstruktur an, die als gemeinnützig wirkend anerkannt wurde und damit auch losgelöst von den wirtschaftlichen Belangen des Unternehmens agieren kann. Mitglieder dieses Vereins sind Mitarbeitende und ehemalige PatientInnen gleichermaßen. Mit-

hilfe dieser Konstruktion konnten in den vergangenen über 20 Jahren auch zahlreiche Projekte in der Suchthilfe unterstützt werden durch finanzielle Mittel, die in den Übungsfirmen als sogenannte Zweckbetriebe erwirtschaftet wurden.

Wenn wir fachlich hochqualifiziertes Personal weiterhin gewinnen und halten wollen in unserem Indikationsbereich der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen, müssen wir über den Tellerrand der guten Aus- und Weiterbildungsbedingungen und der erforderlichen angemessenen Vergütung in dieser Zeit hinausschauen. Was macht diese Tätigkeit so anstrengend und wertvoll im Sinne von effektiv, aber letztlich auch so teuer: Dies hat aus meiner Sicht viel mit Grundlagen des therapeutischen Handelns zu tun, die zu realisieren sind und auf denen Veränderung und Erfolgssicherung beruhen: Motivation und Bindung. Hierbei geht es beim Behandler z.B. auch um eigene Emotionsarbeit und Gefühlsregulierung. „Über meine Gefühle bestimme ich – aber erst nach Dienstschluss!“ Diesen Satz stellte Anna Schewe (2010), wissenschaftliche Mitarbeiterin im Psychologischen Institut der Universität Bielefeld, an den Anfang ihres Übersichtsbeitrags zur Emotionsarbeit – der Emotionsregulation im Dienst der Qualitätssicherung einer Dienstleistung. Zum Nulltarif gibt es diese ausgewogene, zugewandte Haltung auch im Dienstleistungsgewerbe der Therapie und Beratung nicht. „Als Teil der entlohnten Arbeitsleistung hat Emotionsarbeit (= als Regulierung der eigenen Gefühle, um die vom Arbeitgeber/Auftraggeber gewünschten Emotionen dem Interaktionspartner gegenüber auszudrücken; Einfügung: Funke) somit einen monetären Gegenwert.“, bildet aber gleichzeitig auch die Herausforderung in diesen Berufen und das Risiko der burn-out-Entstehung.

Dabei werden zwei Regulationsstrategien bei Menschen unterschieden, die recht gut erforscht sind:

„Surface acting“ (oberflächliche Anpassung des Gefühlsausdrucks ohne Veränderung der tatsächlich vorhandenen Emotionen) und „Deep acting“ (Einsatz kognitiver Strategien, um die Emotionen mit den Ausdrucksregeln in Einklang zu bringen; dies sind im Wesentlichen kognitive Umstrukturierung und Neuausrichtung der Aufmerksamkeit), wobei letzteres ebenfalls eine zusätzliche kognitive Arbeitsbelastung darstellt, im Sinne der burn-out-Prophylaxe aber wesentlich effektiver ist. Folgendes Zitat möchte ich ausnahmsweise auf therapeutisch tätige MitarbeiterInnen bezogen wissen, obwohl es so ähnlich wahrscheinlich auch für alle anderen Menschen gilt: „Wenn Personen sich wiederholt oder ständig um Selbstkontrolle bemühen oder vielen verschiedenen Handlungsimpulsen Stand halten wollen, kann ein Erschöpfungszustand des Selbst eintreten (ego depletion = erschöpfte Willenskraft) und andere willentliche Handlungen sind erschwert oder gar unmöglich.“ Daraus leiten Schewe und ihre KollegInnen als positive Eigenschaften im Sinne der höheren Anpassungsfähigkeit ab, dass MitarbeiterInnen, die eher extravertiert sind, sozial kompetent und eine durchgängig positive Grundstimmung aufweisen, bessere „Dienstleister“ sind, weil sie authentischer und belastbarer sind, v.a. wenn sie außerdem erweiterte Handlungsspielräume im Arbeitsalltag in Form von mehr Autonomie und mehr Handlungsmöglichkeiten haben. Letztlich bedeutet dies, dass der betroffene Mensch – indem er seine Emotionen reguliert und nicht einfach nur zulässt – weniger Stress durch die Inkongruenz von Gefühl und Ausdrucksverhalten erlebt. Die Umsetzung ressourcenstärken-

der Rahmenbedingungen spielt daher in allen dienstleistenden Bereichen eine Rolle, im besonderen Maße im Behandlungskontext und Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen, wie dies in der medizinischen Reha regelhaft der Fall ist. Sogenannte „Rüstzeiten“ für die Arbeitsvor- und Nachbereitung sollten also in unserem Metier zur Leistungserbringung hinzugerechnet werden, was auch Auswirkungen auf Stellenpläne haben muss.

Zu der Umsetzung „kontrollierter Praxis“ in einem System, dass sich Qualitätserhalt und -verbesserung verpflichtet hat, gehören Dokumentation und Evaluation als wichtige Pfeiler dazu – diese sind natürlich auch rechtlich vorgegeben und dienen dem Nachweis der Erbringung und des Nutzens von Leistungen. Mit dem Rehabilitanden/der Rehabilitandin werden Ziele erarbeitet, deren Erreichung mithilfe medizinischer, psychologischer, sozialarbeiterischer und weiterer Methoden verfolgt und der Grad der Zielerreichung zu verschiedenen Zeitpunkten der Zusammenarbeit überprüft werden. Diese professionelle Weiterentwicklung der Suchtbehandlung ist sehr zu begrüßen. Allerdings haben die Rahmenbedingungen sich nicht entsprechend mitentwickelt. Zwar greifen wir heute auf digitalisierte Möglichkeiten der Dokumentation zurück, was Vieles erleichtert und einen niedrigschwelligen Zugang zu behandlungsrelevanten Informationen und Austausch für alle BehandlerInnen ermöglicht. Allerdings nehmen inzwischen die Dokumentationspflichten bei ärztlichen und psychotherapeutischen MitarbeiterInnen in unserem Setting ein solches Ausmaß ein, dass die mit dem/der PatientIn verbrachte Zeit erheblich sinken muss, will man/frau zeitnah und ausreichend dokumentieren, ohne endlos Überstunden zu

produzieren. Dies wird jedoch oft ebenfalls in den (Soll-) Stellenplänen nicht berücksichtigt. Hier Abhilfe zu schaffen, ist der Kreativität und der Bereitschaft zur Übernahme von „Zusatzkosten“ den Führungsteams überlassen.

Die „Falle“ der Therapiestandards

Die Manualisierung bewährter therapeutischer Vorgehensweisen – medizinischer wie psycho- und sozialtherapeutischer Provenienz – trägt erheblich zur Objektivierung und damit Nachvollziehbarkeit von Behandlung bei. Sie ermöglicht auch dem/der relativen AnfängerIn mehr Sicherheit in der Arbeit mit noch nicht so eingeübten und aus der Erfahrung bewährten Vorgehensweisen, steigert die Vergleichbarkeit von Angeboten und erhöht damit die Möglichkeiten der Evaluation und Therapieforschung. Demgegenüber kann eine Standardisierung von Vorgehensweisen bei im Wesentlichen auf menschliche Interaktion und Kommunikation angewiesenen Interventionen auch erhebliche negative Auswirkungen haben. Dies wissen wir nicht erst seit den wissenschaftlich belastbaren Befunden zur therapeutischen Wirksamkeit der Beziehung zwischen PatientIn und BehandlerIn, die - immer wieder repliziert - bis zu 50 % des Behandlungserfolgs ausmacht, und der teilweise eher geringen Varianzaufklärung therapeutischer Erfolge durch spezifische Methoden.

Die Standardisierung therapeutischer Vorgehensweisen hat somit zwei Seiten: Einerseits lassen sich Dokumentation und Evaluation unter „geordneten“ Bedingungen besser umsetzen; die Behandlungs- und Arbeitsschritte sind im therapeutischen Vorgehen besser kommunizierbar, bauen aufeinander auf und damit wird das Geschehen auch für den Rehabilitanden/die Rehabilitandin

vorhersehbar, transparent und besser mitbeeinflussbar. Auch im kollegialen Austausch fördert eine gemeinsame Sprache und Vorgehensweise die Zusammenarbeit, angefangen von Vertretungssituationen über Abstimmung zu Behandlungselementen im interdisziplinären Team bis zur Intervention. Dokumentationsprogramme der EDV können mit erleichternden Eingabehilfen und hilfreichen Statistiken zur Soll-Erfüllung unterstützen usw.

Andererseits wissen wir um die Gefahren von Standardisierung: Gleichschaltung kann die Orientierung am Mittelmaß befördern, das Notwendige und Ausreichende wird unter Stressbedingungen wie Personal- und Zeitmangel erfüllt, Behandlungsschritte passen sich nicht dem Patienten an, sondern der/die Patientin wird ungünstigenfalls zum Objekt, Vorgehensweisen bleiben starr oder nur in geringen Grenzen anpassbar, Innovation wird erschwert und nur noch im Detail attraktiv. Die Wettbewerbsorientierung um die bestmögliche Behandlung unterliegt engen Grenzen, wenn Standards die Szene beherrschen. Das Risiko einer „Einheitsbehandlung“, die zu wenig Spielräume für Individualisierung bietet, steht damit im Raum. Natürlich benötigen wir Leitlinien in der Behandlung, um bewährte Ansätze zum Nutzen der RehabilitandInnen heranzuziehen. Leitlinien bieten jedoch immer die Möglichkeit, im Einzelfall begründet abzuweichen von einem immerhin statistisch bestimmten „besten/goldenen“ Weg. Damit kann der/die BehandlerIn im Rahmen seiner/ihrer Verantwortlichkeit und fachlichen Expertise bzgl. des bestmöglichen Angebots und mit einem/er informierten PatientIn ausreichend flexibel bleiben. Solange dies kommunizierbar und nachvollziehbar gestaltet wird, befinden sich psycho- und sozialtherapeutische

Strategien im Vorteil gegenüber z.B. der medikamentösen Behandlung, deren Ausdifferenzierung unter dem Konzept individualisierter Pharmakotherapie gerade erst in erfolversprechenden Ansätzen steckt. Warum in der Behandlung einen Weg der Entdifferenzierung gehen? In den vergangenen 30 Jahren konnten wir über verbesserte Diagnostik, mithilfe der Psychotherapieforschung und der besseren Ausbildung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in den „sprechenden Methoden“ eine gute Differenzierung etablieren mit dem Ergebnis einer auch im internationalen Vergleich herausragenden Behandlungsqualität. Diese Qualitätsentwicklung können wir natürlich mit unseren Katamnesen überhaupt nicht messen oder nachweisen, weil sich ja auch Umgebungsbedingungen, politische Rahmenbedingungen, Arbeitsmarktsituation u.v.m. ständig verändern. Daher plädiere ich grundsätzlich für eine Komponentenevaluation (s.a. Desiderata). Nichtsdestotrotz sind unsere Katamnesen gesundheitspolitisch und bezogen auf die Evaluation hoch bedeutsam, ihre Abstinenzquoten haben aber eben auch nur eine begrenzte wissenschaftliche Aussagekraft!

Zu marktwirtschaftlicher Effizienz in öffentlichen Institutionen, zu denen auch Reha-Einrichtungen gehören, da sie öffentlich kontrollierbar sein müssen und gesellschaftlichen Zielsetzungen verpflichtet sind, gibt es eine interessante Einschätzung des Schweizer Volkswirtes Mathias Binswanger in seinem Buch „Sinnlose Wettbewerbe“, das 2010 erschienen ist. „Ein Marktwettbewerb (in Reha-Einrichtungen; Erg. Funke) lässt sich nicht künstlich inszenieren, sondern sorgt (bei dem Versuch dies zu tun; Erg. Funke) für falsche Anreize. Die Folge: Wir produzieren immer mehr Unsinn.“ ... „Statt an den Bedürfnissen der Nach-

frager orientieren sich die Hersteller eines Produkts oder die Erbringer einer Leistung an irgendwelchen Kennzahlen oder Indikatoren, die für den Erfolg im Wettbewerb maßgebend sind.“ (S. 89). Statt höherer Effizienz komme es dabei zu perversen Anreizen und perversen Resultaten, z.B. beim Publikations- und Zitationsdruck in Forschung und Wissenschaft („viele Antworten auf Fragen, die keiner stellt“), aber auch im Gesundheitswesen (als Beispiel nennt er die Fallpauschalen), weil die Verdrängung des Inhalts durch die Form eines der Hauptprobleme der inszenierten Wettbewerbe sei (S.91). Lassen sich hieraus Lehren ableiten für die Standardisierung medizinischer Rehabilitation, um solche Fehlentwicklungen umzulenken oder zurückzudrängen? Wenn Behandlungsleistungen delegiert werden – wie im Falle der medizinischen Rehabilitation durch die Leistungsträger an die Leistungserbringer – sollten die BehandlerInnen auch unter der Maßgabe der Erfüllung fachlicher Standards und im Hinblick auf PatientInnenzufriedenheit und Ergebnisqualität entsprechende Gestaltungsfreiräume haben. Damit wäre Kontrolle von Leistungserbringung auch klar als solche definiert und natürlich legitim, sollte aber auch als solche benannt und durchgeführt werden. Dass hierfür noch weitere methodische Ansätze entwickelt werden müssen, z.B. auch bei Einrichtungen mit kleinen Fallzahlen, bei denen massenstatistische Auswertungen nicht angemessen sind, sollte hiervon nicht abhalten, sondern auf die Agenda der Weiterentwicklung gesetzt werden. Dies betrifft gleichermaßen die weitere Ausdifferenzierung von operationalisierten Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität. Fatal wäre es, wenn Innovation und Weiterentwicklung unter dem Anpassungsdruck von Standardisierung

verloren ginge bzw. wenn Quantität mit Qualität verwechselbar wird.

Kennzeichen einer guten Sucht-rehabilitationseinrichtung

Eine gute Suchtrehabilitationseinrichtung beachtet aus meiner Sicht zwei Grundkonzepte, die jeweils eine Reihe von Facetten aufweisen: 1. Abstinenzbefähigung (nicht: Abstinenz als Zustand!) als Behandlungsziel und 2. Nachhaltigkeit im Handeln gegenüber natürlichen, personellen, ökonomischen und sozialen Ressourcen.

Zum Begriff der Nachhaltigkeit kann die Definition der Brundtland-Kommission der UN zum nachhaltigen Umgang mit Ressourcen als Ausgangspunkt dienen:

„Nachhaltige Entwicklung ist Entwicklung, die die Bedürfnisse der Gegenwart befriedigt, ohne zu gefährden, dass zukünftige Generationen ihre Bedürfnisse befriedigen können.“ (AGENDA 21, 1992), dies ist in Deutschland seit 1994 als Staatsziel im Grundgesetz verankert. Die Leitidee erscheint plausibel im Hinblick auf die natürlichen, konkret fassbaren Ressourcen, wie z.B. Nahrungsmittel, Trinkwasser, Energiequellen, Regenwald oder Artenvielfalt, obwohl auch hier „der Teufel im Detail steckt“. Wie sieht dies mit Faktoren aus, die die Lebensqualität des Menschen ebenso beeinflussen, wie weitgehende Selbstbestimmung des Individuums und Kontrolle über das eigene Leben, Lebensfreude, Selbstwirksamkeit, geistige Produktivität oder soziales Eingebundensein als Determinanten psychischer und körperlicher Gesundheit und damit entscheidende Grundlagen für das Gelingen gesellschaftlich verantwortungsvoller Teilhabe?

In der Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitsstörungen ergeben sich

etliche auf der Hand liegende Äquivalenzen. Diese betreffen die Lebensqualität und Produktivität unserer RehabilitandInnen, aber ebenso der Mitarbeitenden.

Es sind zumindest zwei Aspekte, die bzgl. der Mitarbeitenden bedeutsam sind: Diese zu gewinnen und zu integrieren sowie deren Leistungsfähigkeit qualitativ aufrecht zu halten und zu optimieren. In der direkten Arbeit mit Menschen in Krisen benötigen wir BehandlerInnen, die zur Gestaltung einer tragfähigen, angestammten, entwicklungsfördernden und belastbaren Arbeitsbeziehung fähig und bereit sind. Darüber hinaus müssen sie über Fachwissen verfügen zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderbarkeit psychischer Beeinträchtigungen und sozialer Zusammenhänge. Sie müssen ihr professionelles Handeln nicht nur immer weiter den Fortschritten der beteiligten Disziplinen anpassen und weiterentwickeln, sondern darüber hinaus durch entsprechende Dokumentation und Bereitschaft zur Überprüfung des eigenen Handelns Intersubjektivität zulassen und unterstützen. Und so fordern z.B. Linden und Langhoff (2010) folgerichtig, dass die Qualität von Behandlung/Intervention weniger mit dem Patienten oder dem Behandlungsprogramm zu tun haben: „Psychotherapie ist das, was ein Therapeut tut, nicht das, was er intendiert, und auch nicht das, was ein Patient tut.“ (S. 483). Dies impliziert, dass eine Kompetenzerfassung, eine Qualitätssicherung und auch natürlich ein supervisorischer Prozess am Therapeutenverhalten orientiert sein muss – weil es einen Unterschied gibt zwischen fachkundiger Psychotherapie und „gutem Zureden“. Dies betrifft in ähnlichem Ausmaß auch die anderen Interventionsbereiche der medizinischen Rehabilitation. So stellt sich nicht nur für Linden und Langhoff die Frage: Brauchen wir „neue“ Behand-

lerInnen, nicht nur immer wieder neue Methoden, um die Herausforderung einer nachhaltigen Behandlung – effizient und ressourcenschonend – zu stemmen? Aus dieser Überlegung heraus ergibt sich ein Forschungsbedarf, der am Behandler/der Behandlerin orientiert ist, wie wir schon in unserem Forschungsrahmenkonzept 1980 als eine der vier Merkmale (Patient – Methode – Behandler – Zeit) konstatiert hatten, die in der Effizienzforschung Eingang finden sollten. Dies dürfte sehr komplexe Untersuchungsansätze erfordern, da wir Wechselwirkungen zwischen den beteiligten Faktoren annehmen müssen, mit Themen wie Datenschutz und Kontrollgruppendesign konfrontiert sind sowie eine Taxonomie von BehandlerInnen zu erstellen ist, jenseits der erlernten Therapiemethode. Auch hier ist eine Forschungs- und Wissenschaftsoffenheit in der Versorgungspraxis wichtig, um ein Mindestmaß an externer Validität zu erreichen in der Psychotherapie- und Beratungsforschung. Wenn BehandlerInnen diese komplexen und psychisch belastenden Aufgaben erfüllen können sollen, ist eine Arbeitsumgebung, die wertschätzend und fürsorglich ist, erforderlich. Dies umfasst die angemessene Bezahlung wie auch die Ausstattung der Arbeitsumgebung und das soziale Klima am Arbeitsort. Neben dem fachlichen Wissen und der menschlichen Integrität sind Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, ein grundsätzlich optimistisches Menschenbild und die Fähigkeit zur angemessenen Abgrenzung wesentlich.

Nachhaltigkeit bezieht sich auch auf das Agieren einer Suchtbehandlungseinrichtung in ihren sozialen Bezügen, zu ihren Mitarbeitenden und dem gesellschaftlichen Umfeld, in einer grundsätzlich offenen Kommunikationskultur, in der auch aus Fehlern gelernt wird, die die Prinzipien des Handels überprüfbar macht und

in der Bereitschaft, eigenes Handeln für den gesamten Leistungskomplex immer wieder auf Optimierung und Zielerreichung abzuschätzen. Dies betrifft alle Prozesse einer Institution und nicht nur die direkt am Patienten/der Patientin tätigen werdenden Personen. Eine Geschäftsführung und Verwaltungsleitung, die nicht nur an Quartalszahlen interessiert ist, sondern sich mit den Zielsetzungen der Einrichtung identifiziert und förderliche Rahmenbedingungen schafft, eine Personalabteilung, deren Mitarbeitende ihre Bedeutung an der Erreichung der MitarbeiterInnenzufriedenheit bemisst und die „Produkte“ des Unternehmens (hier: Dienstleistung an Menschen) wertschätzt, die HausmeisterInnen, die ihren Stellenwert in der Erbringung eines ganzheitlichen Angebots erleben und in diesem Sinne tätig sind u.v.m. Wollen wir diesen Anspruch ernst nehmen und verfolgen, bedeutet dies z.B. auch einiges an Überlegung für Einarbeitungspläne und MitarbeiterInnenführung. Qualitätsmanagement gut integriert in den Arbeitsalltag einer Einrichtung kann hier sehr hilfreich sein.

Im Hinblick auf eine die Nachhaltigkeit berücksichtigende Patientenversorgung stellen sich diese Fragen an das Setting ebenso. Eine überschaubare ökologische und soziale Umgebung bietet gute Lernbedingungen – dies ist z.B. eher der Fall, wenn auch in größeren Einrichtungen soziale Substrukturen existieren und gepflegt werden – aus der Sozialpsychologie wissen wir, dass familienähnliche Gruppengrößen (8-12 Personen) sowie die „Hordengröße“ einer übergeordneten Einheit zwischen 25 und 30 Personen dienlich ist, um ein differenziertes soziales Netzwerk während der Behandlung zur Verfügung zu stellen. Größere Menschenmengen, wie etwa die Klinikgesamtheit (z.B. bei Vorträgen) haben in

Bezug auf die Bindungskraft und soziale Dynamik untergeordnete Bedeutung; sie verfolgen eher die Ziele der Psycho- und Verhaltensedukation. Als Bezugspersonen bieten sich Bezugsarzt/ärztin und BezugstherapeutIn an für den/die PatientIn, manchmal auch eine Fachkraft aus dem Ergo- oder Sporttherapiebereich, wenn eine Passung hier besser und zielführender gelingt – zumindest vorübergehend oder zusätzlich.

Der Begriff der Abstinenzbefähigung (oder Kompetenz zur abstinenter Problembewältigung und zufriedenen Lebensführung ohne Suchtverhalten) könnte im Sinne einer zieloffeneren suchtspezifischen Behandlung eine Brücke sein, um auch künftige Entwicklungen von Zielen der Konsumkontrolle bzw. bei nicht-stoffgebundenen Abhängigkeitsstörungen eines kontrollierten Umgangs mit z.B. Internet und Computer/Medien als Ziele einzubeziehen. Derzeit wissen wir noch zu wenig darüber, bei welchen PatientInnen eine dauerhafte Wiederherstellung der Kontrollfähigkeit und einer stabilen psychischen Bewältigungsfähigkeit für den Lebensalltag möglich sind. Wir schätzen aus klinischer Sicht die Rückkehr zu einem normalen Konsumverhalten nach mittlerer bis starker Suchtausprägung als zu gering ein, um dieses Ziel bei diesen Menschen prognostisch günstig verfolgen zu können. Hinsichtlich leichter Ausprägung einer Abhängigkeitsstörung oder bei schädlichen Konsum- oder Verhaltensformen sollte meines Erachtens eine psychotherapeutische bzw. rehabilitative Behandlung ebenfalls indiziert sein und aus der Solidargemeinschaft heraus entsprechend den Kriterien finanziert werden. In diesem „Graubereich“ vor der Chronifizierung sind je nach Suchtmittel oder -verhalten unterschiedlich viele Menschen unterstützungsbedürftig

und es können damit gravierende, und die Gesellschaft deutlich teurer werdende Krankheitsentwicklungen vermieden werden.

Während der stationären Behandlung benötigen wir Rahmenbedingungen, unter denen ein(e) RehabilitandIn abstinenter bzgl. der Suchtmittel bzw. des Suchtverhaltens leben und lernen kann. Die oftmals anstrengende und wenig ergebnisbringende Diskussion um den Status der Abstinenz als von außen vorgegebenes (Dauer-)Ziel trifft letztendlich auch nicht den Punkt der Veränderungsziele: Diese können für das Individuum sehr unterschiedlich sein: vom angemessenen Umgang mit Emotionen, dem selbstwirksamen Einsetzen für sich selbst zur Befriedigung wichtiger Bedürfnisse, bis hin zur adäquaten und sinnstiftenden Integration in die soziale Bezugsgruppe am Arbeitsplatz und im Leben/der Familie. Auch aus dieser Blickrichtung zeigt sich noch einmal deutlich, dass Abhängigkeitsstörungen als vorrangig psychische Erkrankungen (natürlich mit physischen und sozialen Folgen) in der Behandlung entsprechender psycho- und sozialtherapeutischer Kernelemente bedürfen. Dass die „Abhängigkeitsstörungen“ in der Riege der psychischen Erkrankungen wieder etwas mehr angekommen sind, und auch psychotherapeutische Interventionen angemessene Beachtung finden, zeigen u.a.

- die Verleihung des Diotima-Preises 2017 der Bundespsychotherapeutenkammer an vier WissenschaftlerInnen und BehandlerInnen aus der Suchtforschung und -therapie,
- die zunehmende Aufnahme suchtspezifischer Lerninhalte in Aus- und Weiterbildungscurricula von ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen,

- die wachsende Berücksichtigung von Suchtgefahren und -risiken in politischen oder betrieblichen Programmen sowie in Präventionsprojekten,
- die verbesserte Vernetzung zwischen den Sektoren der Akut- und Reha-Behandlung,
- die Etablierung von stabilen und an Einfluss gewinnenden Verbands- und Fachgesellschaftsstrukturen, die sich der Versorgung Suchtkranker und der Forschung widmen.

Die Suchtbehandlung, die Arbeit mit Menschen, die unter den Folgen einer substanzgebundenen oder nicht-substanzgebundenen Abhängigkeitsstörung leiden, wird als Querschnittsdisziplin von medizinischen, psychologischen und psychotherapeutischen Weiterentwicklungen profitieren, ebenso von einer evaluationsoffenen, empirisch fundierten sozialen Arbeit sowie den begleitenden Professionen, wie Arbeits- und Ergotherapie, Kreativtherapie und Sport- und Bewegungstherapie sowie der Pflegekräfte im multidisziplinären Team. Diese Behandlungskomponenten in ein für den Patienten/die Patientin wirksames, individuell gestaltetes Behandlungskonzept zusammenzuflechten, ist immer eine kreative Leistung der beteiligten Fachpersonen. Nicht nur aus ökonomischer Sicht ist die Behandlung in Gruppen mit fachlich sinnvoller und für den Einzelnen überschaubarer Größe adäquat. Bewährt haben sich insbesondere Ansätze aus der verhaltenstherapeutischen Richtung, die auch systemische Aspekte berücksichtigt sowie interaktionell-psychodynamische Ansätze. Die Kombination beider habe ich als besonders vielversprechend im klinischen Setting erlebt, da sowohl Klärungsorientierung als auch Problembewältigung gleichermaßen bedeutsam sind. Eine grundsätzlich wertschätzende und

respektvolle Haltung gegenüber den PatientInnen sollte selbstverständlich sein.

Eine gute Ergänzung sind im stationären Setting die handlungsorientierten, fachlich differenzierten Angebote der Ergo-, Kreativ- und Arbeitstherapie, die therapeutische Wirkungen nicht nur unterstützen und differenzieren, sondern auch neue Themenstellungen bewirken, die dann in Psycho- und Soziotherapie aufgegriffen werden können. Die Sport- und Bewegungstherapien sind aus meiner Sicht unverzichtbar, da sie neben körperlichen Aspekten auch psychische und soziale Fähigkeiten und Erfahrungen vermitteln. In der medizinischen Behandlung stellen sich in der Zukunft besondere Herausforderungen, u.a. auch wegen der zu erwartenden Veränderungen in diesem Versorgungsbereich durch Fachkräftemangel und Ausweitung der technischen und elektronischen Bedingungen. Mehr denn je erfordert es eine(n) gut informierte(n) und aktiven Patienten/Patientin, um hier zurecht zu kommen. Insbesondere in der medizinischen Rehabilitation kann das Bezugsarztprinzip sowie eine fachlich auch autonom agierende Pflege die RehabilitandInnen auf diese Bedingungen vorbereiten. Nicht zuletzt ist die Einbeziehung sozialer Bezugspersonen aus dem Berufs- und Familienumfeld sinnvoll, aber manchmal nicht möglich oder mit hohen Kosten verbunden. Wie bei jeder chronifizierenden Störung spielen aber diese Kontexte eine erhebliche Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Problematik und bieten daher auch entsprechende Rückfallrisiken oder Unterstützungspotential zur Aufrechterhaltung von Veränderungen. Hierfür sollten mehr Ressourcen zur Verfügung stehen in der Behandlung (zeitliche und finanzielle), was auch insbesondere Kin-

dern aus suchtbelasteten Familien zugutekommen sollte.

Öfters habe ich während meiner beruflichen Tätigkeit Gedankenspiele und Fantasien entwickelt, was wäre, wenn ich ein Reha-Suchtbehandlungszentrum von Beginn seiner Entstehung an mit begleiten, konzipieren und ausbauen dürfte? Dies ist ein sehr faszinierender Gedanke, denn meist finden wir Gegebenheiten an unseren Wirkorten vor, die wir nur eingeschränkt, auf lange Sicht oder gar nicht verändern können. Natürlich spielen auch die Fragen der Wirtschaftlichkeit und Passung in das Gesundheitsversorgungssystem eine Rolle, aber in seinen Tagträumen darf man dies auch mal außer Acht lassen!

Meine „Traumeinrichtung“ wäre bereits aus (psycho-)ökologischer Sicht so konzipiert, dass sie Lernen und sich Begegnen erleichtert sowie Sicherheit und Kontrolle für den Einzelnen bietet. Das Bezugsgruppensystem mit 8-12 Teilnehmenden in der Behandlung ist meiner Meinung nach das effektivste Setting, dies sollte sich auch in der Unterbringung wiederfinden in Form einer modularen Bauweise, in der „Wohneinheiten“ für die einzelnen Bezugsgruppen mit Einzelzimmern, einem Gesellschaftsraum und einem Arbeitsraum mit entsprechender Ausstattung für therapeutische Zwecke angeordnet sind. Der/die BezugstherapeutIn hätte sein /ihr Zimmer ebenfalls in diesem Bereich, damit diese Kernelemente in der therapeutischen Arbeit auf kurzem Weg erreichbar sind. Darüber hinaus gibt es übergeordnet zusätzliche Gruppenarbeitsräume ausreichender Größe für Projektarbeiten, Angehörigen- und Paarseminare, Info-Abende und Plenumsveranstaltungen für 2-3 Bezugsgruppen als größere soziale Einheit. Sport- und bewegungstherapeutische

Angebote werden in der Bezugsgruppe und zusätzlich in Neigungs- und Indikativgruppen angeboten, die auf entsprechend ausgestattete Räumlichkeiten zurückgreifen und auch für die Freizeit zur Verfügung stehen sollten. Die Ergo-, Arbeits- und Kreativtherapie erfolgt über eigene Werkstätten/Arbeitsräume, in denen 1-2 Bezugsgruppen gleichzeitig arbeiten können und die ebenfalls im Freizeitbereich nutzbar sind. Neben den klassischen Materialien, die sich auch für den Hobbybereich eignen, sollten ausreichende elektronische Möglichkeiten zur Verfügung stehen, in denen auch virtual reality-Angebote möglich sind sowie Diagnostikprogramme durchgeführt werden können.

Es gibt je nach Größe der Einrichtung 2-3 öffentliche Begegnungsorte (Café, Arbeitsraum mit Computern und Drucker ausgestattet, wetterfeste Terrasse etc.) sowie Ruheräume (mit bequemen Sitzmöglichkeiten, Bibliothek, Videofilmraum) sowie größere Räumlichkeiten für Gesamtveranstaltungen, Feste, Theater- und Bühnenprogramme. Es gibt einen ausreichend großen Raum für Teambesprechungen, Fort-/Weiterbildungsangebote und externe wie interne Supervisionen, die auch über eine entsprechende technische Ausstattung für Videoaufnahme und -wiedergabe verfügen. Mein absoluter Traum wäre ein Gruppenarbeitsraum mit Einwegscheibe für Real-Supervision und Rollenspielbeobachtungen.

Die Medizin verfügt jeweils über entsprechende Arztbüros mit Untersuchungsmöglichkeiten, ein medizinisches Sekretariat sowie eine zentrale Ambulanz mit Sprech- und Behandlungsräumen. Optimalerweise gibt es Möglichkeiten zur Erbringung von physiotherapeutischen Angeboten, einen Fitnessraum unter me-

dizinischer Aufsicht und Ausstattungen zur Wasserbehandlung (Entspannungsbäder, Whirl- und Massageangebote, Wechselbäder/Wassertreten etc.). Es könnte einen Konsilraum geben, in dem auch von außen kommende FachärztInnen oder spezielle externe Pflegekräfte hinzugezogen werden könnten. Die Pflegekräfte sind aus meiner Erfahrung oft hervorragende Co-TherapeutInnen, die bezugsgruppenspezifisch, in Einzelinterventionen oder auch in Informationsveranstaltungen mitbeteiligt werden sollten. Sollten genügend – der Fantasie sei es gestattet – Pflegekräfte gefunden und finanzierbar sein, wäre eine stationsbezogene Zuordnung durchaus sinnvoll, da hiermit auch Alltagsaufgaben, Selbstfürsorge für PatientInnen und Unterstützung auf vertrauensvoller Ebene und kooperativ sowie co-therapeutische Aufgaben abzudecken wären.

In der personellen Ausstattung wären aus meiner Sicht für die 8-12 PatientInnen einer Bezugsgruppe 1,5 therapeutische Vollzeitkräfte mit psychotherapeutischer oder sozialtherapeutisch-suchtspezifischer Ausbildung angemessen, um personelle Kontinuität auch in Ausfallzeiten zu gewährleisten. Wenn ein Arzt/eine Ärztin bis zu drei Gruppen betreut, ergäbe sich hieraus eine Spiegelung der Patienteneinheiten zu der Mitarbeiterorganisation, so dass diese „Stationsteams“ sich gut vernetzen könnten und die ärztlichen KollegInnen auch Gesundheitsinformationen in den Gruppen, Einzelbetreuung für PatientInnen und bei entsprechender Ausbildung auch Einzelpsychotherapie anbieten könnten. Um eine Vermischung zwischen somatisch-medizinischer und psychotherapeutischer Funktion zu vermeiden, wäre hier eine „stationsübergreifende“ Zusammenarbeit wichtig, was aus meiner Sicht auch für die psychotherapeutische Einzelbehandlung

grundsätzlich gilt. Wenn es hierfür aus finanziellen und/oder Fachkräftemangel-Gründen nicht eine eigene Abteilung für Einzelbehandlungen Psychotherapie, Sozialtherapie und Sozialberatung gibt, könnten solche übergeordneten internen Kooperationen eine Lösung sein, was allerdings im Stellenplan zu berücksichtigen wäre. Eine 24-Stunden-Präsenz der Pflege ist bei entsprechend großen Einrichtungen mit PatientInnen, die auch somatische Begleiterkrankungen aufweisen, sinnvoll, eine ärztliche und therapeutische Rufbereitschaft außerhalb der Wochenarbeitszeit ebenfalls, auch wenn dies kostenintensiv ist.

Die Ergo-, Arbeits-, Kreativ- und Sport- und BewegungstherapeutInnen bilden ein internes Kompetenzzentrum, das Leistungen in den Bezugsgruppen oder auch in Einzelbehandlung übergreifend erbringt. Diese Lösung hat aus meiner Erfahrung heraus den Vorteil, dass hier eine eigene, teaminterne berufliche Identität und Selbstsicherheit entwickelt wird, was für die Wirksamkeit und die Weiterentwicklung der Angebote und beteiligten Personen sich positiv auswirkt. Sie werden konsiliarisch in Fallbesprechungen und -supervisionen hinzugezogen und dokumentieren ihre Arbeit patientInnenbezogen in der elektronischen Patientenakte bzw. im persönlichen Austausch mit den anderen BehandlerInnen.

Die Verwaltung ist in meiner Traum-Einrichtung als Servicecenter für PatientInnen und MitarbeiterInnen konzipiert und würde entsprechend ausgestattet und supervisorisch begleitet. So wäre Qualitätsmanagement für alle Beteiligten von der Aufnahmepreparierung bis zur Abschlussberichterstattung sicherzustellen und in einer Hand. Bezüglich Verpflegung und Hauswirtschaft stehen genügend klinikeigene Kräfte zur Verfügung, die PatientInnen versorgen und Mitarbeiter-

Innen unterstützen sowie für ein sicheres und ansprechendes Ambiente sorgen. Aus meiner Sicht ist ein 24-Stunden-Rezeptionsdienst in größeren Rehabilitationseinrichtungen sehr sinnvoll. Diese unterstützenden Kräfte könnten auch die 24-Stunden-Pflege unterstützen und begleiten – sie vermitteln Sicherheit und Präsenz für alle Anwesenden.

Bezüglich der Behandlungsdauern würde die Facheinrichtung das gesamte Spektrum anbieten zwischen 4 (Ultrakurzzeit in geschlossenen Gruppen, auch wenn dies belegungstechnisch eine Herausforderung darstellt) und 24 Wochen medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen sowie einer „Akutstation“ für neu aufgenommene, nur teilentgiftete oder pflegebedürftig während der Maßnahme erkrankter PatientInnen, die nicht in ein Akutkrankenhaus verlegt bzw. nach Hause entlassen werden müssen. Eine Fachambulanz, die auch ausbildet, ergänzt die Angebote. Hier können entlassene RehabilitandInnen aus der Region im Rahmen der Nachsorge, der ambulanten Rehabilitation (poststationär oder vollambulant) betreut sowie im Rahmen ambulanter Psychotherapie angebunden werden.

Ich habe in meinem Berufsleben sehr gute Erfahrungen mit dem methodenintegrierten Ansatz, aber auch mit der „Mischung“ von PatientInnen bezüglich Geschlechtsidentitäten, Altersgruppen und Störungsbildern gemacht. Wenn die Zielsetzungen für alle gleich sind (Abstinentzfähigkeit und Erwerbsfähigkeit sowie Integration in das gesellschaftliche und soziale Leben), so ist dies das einende Band, nur die individuellen Wege und Zeiten sind dabei durchaus unterschiedlich. Die Bestimmungen der Anteile verschiedener PatientInnengruppen ist dabei abhängig von ökologischen, personellen und weiteren Bedingungen.

Desiderata

Ich habe hohe Wertschätzung für die evidenzorientierte Optimierung von Rehabilitation – die immer wieder neu aufgelegten Leitlinien für die verschiedenen Krankheitsbilder und die Fortschreibungen von Behandlungs- und Reha-Standards sind wichtig und werden wiederum einen Fortschritt in der Professionalisierung der Abhängigkeitsbehandlung bringen -, aber aus Behaltersicht ist auch ein wenig „Wermut oder Wasser im Wein“. Immer noch sind die meisten Reha-Therapiestandards (RTS) nicht ausreichend empirisch belegt und ihr Anteil an einer guten Rehabilitationsqualität, insbesondere im Hinblick auf die Nachhaltigkeit von Ergebnissen, ungeklärt. Eine Rehabilitationsmaßnahme stellt ein komplexes Angebot dar, bei dem hinreichende und notwendige Bestandteile (noch) nicht eindeutig zu definieren sind, wenn es um die Ergebnisqualität geht, insbesondere, da die Katamnesen ein Jahr nach Maßnahmenbeendigung durch vielerlei mitwirkende Variablen beeinflusst werden. Die Behandlungsstandards können dabei Anhaltspunkte bieten, die die Vorstellung des Leistungsträgers bzw. den Anspruch an die Leistungserbringung definieren und für den Leistungserbringer deutlich machen, was in das Leistungspaket aus deren Sicht hineingehört. Damit sind sie Werkzeuge der Kontrolle des Produkts, das der Leistungsträger „einkauft“ und sollten in ihrer Einhaltung auch überprüfbar sein. Es ist jedoch im Sinne der Qualitätsentwicklung darauf zu achten, dass sie (zu begründende) Abweichungen und Veränderungen zulassen und nicht sanktionieren. Die bereits jetzt zu beobachtenden Deckeneffekte in den Qualitätspunkterankings sind wahrscheinlich nicht hauptsächlich auf eine Qualitätssteigerung zurückzuführen!

Noch kritischer sieht es aus meiner Einschätzung immer noch mit der fehlenden empirisch belegten Reliabilität und Validität der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) aus. Hier sollten Gütekriterien vorliegen, die bei einem „Messinstrument“ Mindestanforderungen darstellen. V. a. sollten wir die Speisekarte nicht mit dem Essen verwechseln. In der KTL wurde aus meiner Sicht aus einer Konfundierung von theoretischen, erfahrungsbasierten und aus anderen Forschungszusammenhängen stammenden Vermischung unterschiedlichster Variablen ein „Warenhauskatalog“ medizinischer Reha-Leistungen zusammengestellt – teilweise ex post facto abgeleitet, teilweise extrapoliert aus Bestehendem, teilweise konservativ bewahrt von als bewährt empfundenem Know-how. Dagegen ist prinzipiell nichts zu sagen, allerdings ist die Erwartung einer einigermaßen objektiven Erfassung des Reha-Geschehens zu hochgesteckt. Die Zeit- und Häufigkeitsangaben sind das einzig metrische und damit nachvollziehbare und reproduzierbare daran. Auch das wäre nicht das Problem, würde die KTL nicht jetzt bereits als Maßstab angelegt dazu, was unter „guter Reha“ zu verstehen ist und damit mittelbar für die Belegungssteuerung herangezogen. Wie ist hier Abhilfe zu schaffen? Zunächst einmal gebührt der Entwicklung eines fachlich so spannenden und politisch bedeutsamen Instruments deutlich mehr Fachaufmerksamkeit, Entwicklungs- und Methodensorgfalt aus der Wissenschaft sowie mehr Möglichkeiten und Unterstützung in der Validierung. Damit, dass die KTL als Grundlage der RTS dienen, potenziert sich die Ungenauigkeit, abgesehen von den deutlichen Schwächen der Abbildungsmöglichkeiten derselben für die reha-spezifischen Prozesse und Leistungen jenseits von Zeit und

Anzahl. Zwar sagt man bei der externen Qualitätssicherung der Einrichtungen durch die Leistungsträger, dass es sich nur um eine Komponente handle, aber ein Auto fährt selbst mit einem Plattfuß nicht rund. Werden sogenannte „weiche“ Qualitätskriterien, wie z.B. die „Atmosphäre“ einer Einrichtung, die Überschaubarkeit und Flexibilität der Angebote, die Qualität der Rehabilitanden- Einrichtungskommunikation, der respektvolle und wertschätzende Umgang aller Beteiligten miteinander oder eine zielführende, prinzipiell an den Belangen des Rehabilitanden orientierten Konfliktlösestrategie, nicht mit einbezogen in die Qualitätsbewertung, droht die Gefahr, dass Inhalte und Form, Qualität und Quantität nicht nur verwechselt werden, sondern zu Gefahren für eine Qualitätsweiterentwicklung werden.

Eine auch an der Optimierung der medizinischen Rehabilitation interessierte Qualitätspolitik und deren Umsetzung muss meines Erachtens auch weiterhin einem empirischen Überprüfungsansatz verpflichtet bleiben. Dazu können alle Beteiligten einen Beitrag leisten, u.a. durch:

- Schaffung eines feedback- und Dialogsystems zwischen Leistungsträger und -erbringer, das zeitnah und valide Informationen transportiert, die für eine Einschätzung der BehandlerInnen bzgl. ihrer internen Qualitätsentwicklung hilfreich sind;
- Etablierung einer Systematik, die neben „harten“ Daten aus RTS und KTL auch weiche Qualitätskriterien einbezieht (z.B. „Atmosphäre“ einer Einrichtung bzgl. einer guten Mischung von sicheren Rückzugsorten und offenen, einladenden Begegnungsstätten; Transparenz in der Behandlung wie Einbeziehung der PatientInnen in Aus-

und Bewertung von Behandlungsschritten und -ergebnissen, gastorientierter Service u.v.m.) sowie weitere empirische Fundierung von Standards und Leistungskatalogen;

- Optimierung der Erfassung von Ergebnisqualität und deren Einbezug in das Bewertungssystem von Konzepten und Einrichtungen;
- weiteres Bemühen darum, Subgruppen mit entsprechend individualisierten Behandlungsangeboten zu identifizieren (RMK (Reha-Management-Kategorien) sollten nicht die letzte Antwort auf die Differenzierung von Behandlungsbelangen sein); so können Lern- und Umstellungsfähigkeiten eine wichtige Voraussetzung für Behandlungsfortschritte sein oder auch die Zusammensetzung von lernenden, übenden und testenden Verfahren in der individuellen Anpassung von Behandlungsprogrammen;
- Etablierung technischer Hilfen für Dokumentation und Finanzierung entsprechender DokumentationsassistentInnenstellen zur Entlastung der BehandlerInnen; Flexibilisierung von Arbeitszeiten, etc.
- Stärkung sektorenübergreifender Lösungen (Nahtlosverfahren; Schnittstelle Justizvollzug-Klinik; Übergang in ambulante Psychotherapie, Klinik-Arbeitsmarkt etc.);
- gemeinsame Weiterentwicklung der Suchtkrankenversorgung mit allen Beteiligten, um der immer noch herrschenden Stigmatisierung von Menschen mit Suchtproblematik – und teilweise auch deren BehandlerInnen – entgegenzuwirken.

In den vergangenen Jahren scheint mir aus meiner subjektiven Bewertung gesehen die Vernetzung zwischen Selbst-

hilfe und BehandlerInnen etwas in den Hintergrund gerückt zu sein. Hier finde ich es sinnvoll und angemessen, seitens der Reha-Einrichtungen wieder mehr Augenmerk auf die wichtige Funktion von Selbsthilfe zu richten. Es findet in den Behandlungseinrichtungen – wie in der Selbsthilfe auch – derzeit ein Generationenwechsel unter den BehandlerInnen statt, die die Bedeutung und die Werthaltigkeit des Selbsthilfeansatzes nicht aus eigener Anschauung kennen. Vielleicht wäre es hilfreich, in den Einarbeitungsplänen neuer MitarbeiterInnen eine entsprechende Erfahrungsmöglichkeit zu verankern.

Nachwort

In kritischer Durchsicht meiner Ausführungen würde ich am liebsten noch ein weiteres Berufsleben anhängen. So hilfreich solche Reminiszenzen und Vorschläge sein mögen – was ich hoffe –, so werden neue Rahmenbedingungen, Herausforderungen und Zeiten (Globalisierung, Europäisierung, neue Ergebnisse aus Forschung und Wissenschaft, gesellschaftliche Veränderungen wie Rückkehr zu Insellösungen oder Öffnung der Gesellschaften u.v.m.) von den neuen Fachgenerationen sicher angegangen und den dann passenden Lösungen zugeführt werden. Mit Stolz schaue ich auf das in den letzten Jahrzehnten gemeinsam Erreichte – mit Hoffnung und guten Muts auf die Herausforderungen, die vor uns allen liegen.

LITERATUR

- Arakelyan, A., Kempkensteffen, J. & Verthein, U. 2023. Systematische Literaturübersicht der Wirksamkeit von Acamprosat, Naltrexon, Disulfiram und Nalmefen zur Trinkmengenreduktion und Aufrechterhaltung der Abstinenz bei Alkoholabhängigkeit. *Suchttherapie*, 34 (1), 36-48.
- Binswanger, M. 2010. *Sinnlose Wettbewerbe*. Freiburg: Herder.
- Funke, J., Keller, W., Klein, M. & Scheller, R. 1980. Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. *Medizinische Psychologie* 6, 275-292.
- Funke, W. 1990. Differentielle Psychodiagnostik des chronischen Alkoholismus. Entwicklung eines Klassifikationsmodells für die primäre Indikation psychotherapeutischer Intervention. *Bad Tönissteiner Blätter: Beiträge zur Suchtforschung und -therapie* 2 (1), 5-87.
- Funke, W. 2017. *Fallkonzeption und Therapieplanung. Interdisziplinäres Fallverstehen als Grundlage einer erfolgreichen Suchtbehandlung*. (= O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank & M. Klein (Hrsg.) *Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Track 1: Grundlagen und Interventionsansätze*) Stuttgart: Kohlhammer.
- Funke, W. & Scheller, R. 2004. Differentielle Indikation und Sucht: Einflüsse des Geschlechts auf die Alkoholentwöhnungsbehandlung. *abhängigkeiten*, 10 (3), 63-77.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. 1987. *Trierer Alkoholismusinventar (TAI)*. Göttingen: Hogrefe.
- Geyer, D., Funke, W. & Missel, P. 2012. *Meilensteine der Suchtbehandlung. Eine Bestandsaufnahme aus Sicht der Behandler*. *Sucht aktuell*, 19 (2), 10-13
- Geyer, D., Batra, A., Beutel, M., Funke, W., Görllich, P., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Kufner, H., Möllmann, C., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Spyra, K., Stetter, F., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A. & Schmidt, L.G. 2006. *AWMF-Leitlinie: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen*. *Sucht*, 52 (1), 8-34.
- Geyer, D., Beutel, M., Funke, W., Günthner, A., Hutschenreuter, U., Kufner, H., Mann, K.F., Müller-Fahrnow, W., Müller-Mohnssen, M., Soyka, M., Veltrup, C., Wiesbeck, G.A. & Schmidt, L.G. 2006. *Postakutbehandlung*. In: L.G. Schmidt, M. Gastpar, P. Falkai & W. Gaebel (Hrsg.) *Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen*. Kap. 2.3. S. 52-89. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Grawe, K. (2004) *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Jellinek, E.M. 1952. *Phases of alcohol addiction*. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 13, 673-684.
- Jellinek, E.M. 1960. *Alcoholism, a genus and some of species*. *Journal of the Canadian Medical Association* 83, 1341-1345.
- Keller, W. & Scheller, R. 1981. *Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen*. *Psychologie und Praxis* 25, 81-90.
- Kiefer, F., Hoffmann, S., Petersen, K.U. & Batra, A. (Hrsg.) 2022. *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung*

alkoholbezogener Störungen. Langfassung. Berlin: Springer.

Kiefer, F., Batra, A., Bischof, G., Funke, W., Lindenmeyer, J., Mueller, S., Preuss, U.W., Schäfer, M., Thomasius, R., Veltrup, C., Weissinger, V., Wodarz, N., Wurst, F.M., Leitliniengruppe AUD, Hoffmann, S. 2021. S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“, Aktualisierung 2021 – Kurzfassung. *SUCHT*, 67 (2), 1–27.

Linden, M. & Langhoff, C. 2010. Verhaltenstherapie-Kompetenz-Checkliste. Kompetenzerfassung, Qualitätssicherung und Supervision. *Psychotherapeut*, 55 (6), 477-484.

Marlatt G.A. & Gordon, J.R. 1985. *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Schewe, A. 2010. „Über meine Gefühle bestimme ich – aber erst nach Dienstschluß!“ <http://de.in-mind.org/content/emotionsarbeit> am 15.07.2010.

Autorin:

Dr. Wilma Funke

Anhang 1

Tabelle 1: Zusammenfassung wichtiger Aspekte in der Entwicklung der Behandlung der Abhängigkeitsstörungen (subjektive Auswahl).

Jahr	Ereignis	Implikationen
1952/1960	Jellineks Phasen- und Typenkonzept: Empirisch-statistische Analyse der Symptomatik im Verlauf einer Alkoholabhängigkeit	Vorbereitung für die Einordnung der Abhängigkeitsstörung der WHO als psychische Erkrankung
1979	Einstieg in die Suchtarbeit; Datenerhebung für eine erste deutsche 5-Jahreskatamnese der damaligen AHG-Fachklinik Bad Tönissteint	Veröffentlichung Keller & Scheller, 1981
1980	Gründung der Forschungsgruppe TRIAS (Trierer Forschungsgruppe Abhängigkeit und Sucht)	Hieraus entstand das Netzwerk Psychologische Suchtforschung und später die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (dgsp)
1984	Beginn der praktischen Tätigkeit in der Suchtfachklinik	Aufbau und Erprobung von diagnostischen Verfahren sowie frühe Evaluationsstrategien zur Optimierung der Behandlung
1985	Rückfallmodell von Marlatt und Gordon wird in der therapeutischen Arbeit zunehmend rezipiert.	Entstigmatisierung von Rückfall; Diskussion um Kontrolliertes Trinken/kontrollierten Konsum (Joachim Körkel u.a.)
1990	Promotion mit der Entwicklung einer Typologie auf empirischer Basis (Clusteranalyse) zur differentiellen Indikation von Behandlungsmaßnahmen	Differenziertere Betrachtung von Menschen mit Alkoholabhängigkeit auf der Basis eines objektiven Verfahrens
1996	Wechsel in eine methoden- und substanzintegrative Behandlungseinrichtung	erweiterte Möglichkeiten für Konzeptentwicklungen und -evaluationen

2000	Mitwirkung am Aufbau des ersten anerkannten akademisch-praktischen Studiengang M.Sc. (Master Suchthilfe) mit Anerkennung durch die Leistungsträger als Zusatzausbildung Suchttherapie Begleitung von 9 zweijährigen Zusatzausbildungskursen über 18 Jahre	KatHO Köln (Fachbereich für Sozialpädagogik/Sozialarbeit; Michael Klein u.a.) Mitwirkung in fachlichen Ausbildungsgängen für soziale, psychotherapeutische und ärztliche Curricula
2004ff	Entwöhnungsbehandlung unter geschlechtsspezifischen Aspekten gewinnt mehr Aufmerksamkeit	Nach bereits lang andauernder Diskussion gewinnen empirisch-fachliche Befunde an Bedeutung und bieten Ansätze zu einer reflektierten Indikationsstellung (s.a. Funke & Scheller, 2004)
2010	Verleihung der Professur für Psychologie an der KatHO NRW Köln	In Anerkennung der Jahrzehntelangen Tätigkeit in Aus- und Weiterbildung sowie in der angewandten Forschung und Entwicklung
2017	Diotima-Preis der Bundespsychotherapeutenkammer an vier Fachleute aus der Suchtforschung und -behandlung	Anerkennung der Leistungen auf psychotherapeutischem Gebiet der Suchtkrankenbehandlung
2021	Ende der aktiven Tätigkeit in der Suchtfachklinik und weiteres fachliches Engagement in Ausbildung und Lehre	... lfd.

Vita

Vom WS 1975 bis WS 1981 Studium der Psychologie an der Universität Trier_ Fachbereich I Psychologie; Klinische und Entwicklungspsychologie bei Profs. Leo Montada, Günter Reinert, Reinhold Scheller und Lothar Schmidt; Grundausbildung VT hochschulintern und extracurricular (MPI München und IFT München) bis 1990, wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG Köln) Abschluss 1989; Paar-und Familientherapeutin (IPF, Carole Gammer in Wiesbaden und Paris) Abschluss 1991; Coaching-Ausbildung (IWEPO Düsseldorf) Abschluss 1993, klinische Psychologin (HPG) seit 1991 und Psychologische Psychotherapeutin seit 1999 (Approbation), Mitglied der Landespsychotherapeutenkammer; Promotion Dr. rer. nat. an der Universität Trier 1991; Verleihung der Honorarprofessur an der Catholic University for Applied Sciences Köln 2011.

1981-1984

Wissenschaftliche Assistentin an der Universität Trier, zuletzt Vertretung einer W2-Professur in der Lehre (Allgemeine Psychologie); Forschungsgruppe TRIAS (Trierer Forschungsgruppe Abhängigkeit und Sucht; gemeinsam mit Prof. Dr. R. Scheller, Prof. Dr. J. Funke und Prof. Dr. M. Klein); 1978/1979 erste Katamnese bei stationärer suchtspezifischer Reha-Behandlung (frühe Publikationen z. B.: Funke, J., **Keller, W.**, Klein, M. & Scheller, R. 1980. Entwurf eines Forschungsprogramms zur Optimierung der Behandlung von Alkoholabhängigen. Medizinische Psychologie 6, 275-292; **Keller, W.** & Scheller, R. 1981. Ergebnisse einer katamnestischen Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Psychologie und Praxis 25, 81-90; bis 1984: Wilma Keller).



Dipl.-Psych. Dr. Wilma Funke

Jg. 1955, vh., fünf Kinder und Enkel

1984-1996

Psychologin und Psychotherapeutin in der Fachklinik Tönisstein, die letzten sechs Jahre als Ltd. Psychologin;

1996-2021

Therapeutische Leiterin der Kliniken Wied (bis zum Ruhestand);

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (8 Jahre im Vorstand);

Mitglied im Fachverband Sucht e.V. seit 1984, von 2011 bis 2022 im Vorstand als Stellvertretende Vorsitzende;

Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie (im Gründungsvorstand, entstanden aus dem Netzwerk Psychologische Suchtforschung seit 1981)

Initiatorin und Mitbegründerin des Vereins Respekt e.V. in 2002, gemeinnütziger Förderkreis und hier seitdem als Vorsitzende tätig (fördert Projekte, die suchtkranken Menschen direkt oder indirekt zugutekommen incl. Forschung/Wissenschaft);

Seit 1991 Dozentin und Supervisorin bei verschiedenen Ausbildungsinstituten (u.a. EVI Daun und Köln; Rhein-Eifel-Institut Andernach; Universität Mainz; Suchttherapeuten-Ausbildung als Masterstudiengang der Katholischen Hochschule Köln seit Gründung)

Mitwirkung in der Leitlinienentwicklung der Suchtbehandlung (Alkohol und Opioide)

Erstautorin des Trierer Alkoholismus-Inventars (Hogrefe) sowie zahlreiche Veröffentlichungen in Fachzeitschriften und als Monografie zuletzt 2017: Fallkonzeption und Therapieplanung. Interdisziplinäres Fallverstehen als Grundlage einer erfolgreichen Suchtbehandlung. (= O. Bilke-Hentsch, E. Gouzoulis-Mayfrank & M. Klein (Hrsg.) Sucht: Risiken – Formen – Interventionen. Track 1: Grundlagen und Interventionsansätze) Stuttgart: Kohlhammer.

Korrespondenzadresse:

Dr. Wilma Funke
Ringstraße 14
56244 Freirachdorf

E-Mail: wifu@wilmafunke.de,
Tel. +49 (171) 6939701,
www.wilmafunke.de

II. The Times They Were A-Changin'

Ralf Schneider

Wenn ältere Herrschaften aufgefordert werden, einen Erfahrungsbericht zu „Meilensteinen“ in ihrem Berufsleben zu schreiben, dann liefern sie meistens eine Aufzählung ihrer Erfolge ab. Das ist verständlich, denn die vielen Irrungen und Wirrungen auf dem Weg zu dem, was als Erfolg bewertet wird, geraten teils in Vergessenheit, teils erscheinen sie nachträglich als unbedeutend. So ging es jedenfalls auch mir beim Verfassen dieses Beitrags. Vieles erscheint rückblickend rationaler und logischer, als es tatsächlich war. Kontrollierte Praxis und Qualitätsmanagement verringern heute die Gefahr von wissenschaftlich unzureichend gesicherten Handlungen erfolgreicher als vor mehreren Jahrzehnten, aber in der konkreten Therapie wird man auch zukünftig ohne die Bereitschaft, überschaubare Risiken einzugehen, nicht weiterkommen. Ich gehe so weit zu sagen, dass ein Leben ohne Risiken nicht lebenswert ist. Und das gilt ebenso für eine lebendige Therapie. Deshalb ist Erfahrung nicht nur eine Summe von Erfolgen, die dem Ego schmeicheln, sondern in aller Bescheidenheit ebenso „die Summe der Dummheiten, die man machen durfte, ohne sich den Hals zu brechen“ (Paul Wegener). Hinzu kommt, dass Erinnerungen stets etwas sehr Persönliches sind und damit die eigene Person stärker im Zentrum der berichteten Ereignisse steht, als es tatsächlich der Fall war. Einige der Mitwirkenden werden namentlich genannt, aber es waren natürlich viel mehr Personen beteiligt, bei denen ich mich für ein erfülltes Berufsleben zu bedanken habe.

Erste Erfahrungen mit der Sucht: Versorgungssystem, Forschung und Therapie

Als ich es im Frühjahr 1974 in München am Max-Planck-Institut für Psychiatrie erstmals beruflich mit der Sucht zu tun bekam, ging es weniger um Suchthilfe als um Suchtforschung. Ich hatte keine persönliche Vorgeschichte mit Suchtkranken im Familien- und Freundeskreis und das Thema Sucht war auch weniger bedeutsam für meine Entscheidung als die attraktive Stadt, die hervorragenden Fortbildungsbedingungen in Verhaltenstherapie und die spannende Pionier- und Forschungstätigkeit in einem noch jungen Arbeitsfeld für Psychologen. Ich hatte das Glück gehabt, in der Universität Münster an einem der ersten dreisemestrigen Ausbildungsgänge für Verhaltenstherapie bei Dietmar Schulte und Margarethe Reiss teilzunehmen. Die Ausbildung schloss sogar die supervidierte Therapie eines echten Falles ein. Das war äußerst ungewöhnlich. Personen mit einer solchen Ausbildung waren seinerzeit rar, so dass ich gut in das Anforderungsprofil der Stelle am MPI passte. Ich war 26 Jahre alt und hätte hoch gegen die Prognose gewettet, dass mein ganzes berufliches Leben mit dem Thema Sucht verbunden bleiben würde. Die Wette hätte ich verloren.

Unsere Erfahrungen formen die Erwartungen, mit denen wir unserer Umgebung begegnen. Die Erwartungen summieren sich zu einer Art selektivem Filter. Diese „Brille“ kann sich zwar ein Leben lang ändern, aber frühe Erfahrungen prägen sie in besonderem Maße. Meine „Sucht-Brille“ erhielt ihre erste Form während meiner Zeit am MPI und IFT. Vier Erfahrungen waren besonders prägend.

1. Die „Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit“ (s. Teil B Meilensteine 1973) war in mehrere Projekte unterteilt. Das erste Projekt, an dem ich mitwirkte, bezog sich auf die Beschreibung, Bewertung und Verbesserung der Tätigkeiten in den von der Bundesregierung geförderten Drogenberatungsstellen (Bühringer, 1981). Die Drogenberatung war etwas ganz Neues und existierte eigenständig neben der allgemeinen Suchtberatung. Diese Sonderrolle hat sich bis heute weitgehend erhalten. Die Visitationen der Beratungsstellen gaben mir Gelegenheit, das Arbeitsfeld „Sucht“ aus einer distanzierteren Warte zu betrachten, Ideen zur Qualifizierung der Tätigkeiten zu entwickeln und die Notwendigkeit der Dokumentation für deren Beurteilung zu erkennen. Daraus entstand unter anderem die Basisdokumentation EBIS, die im Laufe der Zeit immer weiterentwickelt wurde, von der in Vergessenheit geratenen Randlochkarte zur heutigen Computer-Software, die eine bundesweit einheitliche Dokumentation ermöglicht (s. Teil B Meilensteine 1980 und 2007: KDS). Viele Beratungsstellen lehnten jede Art von Dokumentation ab, teils aus Sorge um die Sicherheit der Daten, teils aus einem grundsätzlichen Misstrauen gegenüber den Institutionen, von denen sie finanziert wurden. Drogenhilfe bestand für manche Berater in der Solidarisierung mit den vom „System“ in die Sucht getriebenen Personen und deren Schutz vor weiterer Repression. Die Einrichtung hatte in solchen Fällen den Charakter einer offenen Teestube mit einer „Komm“-Haltung („Drop-in“). Demgegenüber gab es auch hervorragend organisierte Beratungsstellen wie die in Essen, die sich als Vorbild für die weitere Entwicklung der Drogenberatung eignete: Aufsuchende Arbeit, professionelle Haltung, kompetentes Team mit Aufgabenteilung, klare Kommunikation, Dokumentation usw.

Diese Erfahrungen haben mir verdeutlicht, dass eine Einrichtung, die durch Steuern oder eine Solidargemeinschaft finanziert wird, ihr Tun dadurch rechtfertigen kann und muss, indem sie ihre Leistungen transparent gestaltet und dokumentiert. Auch für eine funktionierende Kooperation zwischen verschiedenen Akteuren der Suchthilfe sind Transparenz und Verlässlichkeit eine notwendige Voraussetzung. Von daher rührt mein Verständnis für die in der Praxis wohl niemals beliebt werdende Dokumentationspflicht.

Auf die Frage, warum man sich für das gewählte Konzept und die konkrete Vorgehensweise entschieden habe, bekam man oft zu hören: „Damit haben wir gute Erfahrungen gemacht.“ Die Nachfrage, mit welchen anderen Konzepten und Methoden weniger gute Erfahrungen gemacht wurden, stieß meistens auf Unverständnis, denn die Antwort war im Grunde genommen nur ein Synonym für „Das haben wir schon immer so gemacht“. Diese beiden Sätze sollten mir in meinem weiteren Berufsleben noch häufig begegnen und meine Allergie darauf verringerte sich keinesfalls. Neugierig bleiben und über den Tellerrand schauen, belastbare Hypothesen für alternatives Handeln entwickeln und diese Alternativen kontrolliert erproben, sind unerlässlich, wenn man weniger an sicherer Stagnation als an Verbesserungen in der Alltagspraxis interessiert ist, was natürlich stets das Risiko des Scheiterns beinhaltet. Aber solche Risiken muss man eingehen: wer nicht wagt, der nicht gewinnt.

2. Das zweite Projekt, an dem ich als Therapeut mitwirkte, war die Erprobung eines von F.-J. Feldhege entwickelten ambulanten Therapieprogramms für Drogenabhängige. Die Klientel wurde vom

körperlichen Entzug bis zur Stabilisierung therapeutisch betreut. Das Programm war hochgradig strukturiert, vom Programmieren Lernen sensu Skinner bis zur Schulung von Therapiehelfern, Laien, die bei der Integration in drogenferne Milieus helfen sollten. Wir haben anschließend ein ähnliches ambulantes Therapieprogramm für junge Alkoholabhängige entwickelt und erprobt (Vollmer et al., 1982). Aber trotz nachweislicher Erfolge und veröffentlichter Therapieanleitungen wurde keines der beiden Modelle in die allgemeine Praxis übernommen. Als projektfinanzierter Psychologe hatte ich mich bis dahin nie eingehend mit dem System der Gesundheitsversorgung beschäftigt. Von daher war es mir unverständlich, warum nachweislich Gutes nicht freudig willkommen geheißen und praktiziert wurde. Das war eine Lehre fürs Leben: Selbst die grandioseste Innovation verpufft sang- und klanglos, wenn sie unter dem geltenden Recht nicht praktiziert werden kann. Es war 1976 absehbar, dass die Finanzierung des körperlichen Entzugs bei den Krankenkassen und die der Entwöhnung bei der Rentenversicherung liegen würde (s. Teil B Meilensteine 1978). Da die Rehabilitation grundsätzlich auf stationäre Maßnahmen beschränkt war, hatten ambulante Suchttherapien seinerzeit keine breit gestreute Realisierungsmöglichkeit. Man muss in diesem Metier viel Geduld haben und „dicke Bretter bohren“, wenn man etwas erreichen will. Ich war nie ein Vereinsmeier und die in Gremien verbrachte Zeit schien mir oft verschwendete Zeit. Aber allein erreicht man bei großen Themen nur selten etwas.

3. Die dritte prägende Erfahrung resultierte aus dem erwähnten ambulanten Therapieprojekt für Alkoholabhängige. Die empirische Forschung hatte erhebliche Zweifel an der Notwendigkeit des Therapieziels Abstinenz für alle Alkohol-

abhängigen aufgeworfen. Deshalb hatten wir die ambulante Therapie zieloffen konzipiert, das heißt mit der Möglichkeit, sich für das Kontrollierte Trinken zu entscheiden. Im Therapieprozess konnte das Ziel verändert werden, was auch mehrfach geschah. Das alles wurde sorgfältig dokumentiert und es gab keine Suizide oder andere gravierenden Ereignisse, die Hinweise auf eine Gefährdung der Klientel durch diese Form der Therapie gegeben hätten. Deshalb verstörte mich der heftige Furor, der mir nach einem Vortrag auf einer internationalen Alkoholismus-Tagung in München (ETA 1977) von etlichen Teilnehmern aus dem Auditorium entgegenschlug. „Fahrlässige Körperverletzung“, „unverantwortliche Gefährdung aller genesenen Alkoholiker“, „Fälschung der Ergebnisse“, „Ruinierung ganzer Familien“ und ähnliche Vorwürfe wurden mir und meinen Kolleginnen und Kollegen an den Kopf geworfen. Die Vertreter der Selbsthilfe dominierten die Stimmung im Saal. Eine kritische Diskussion unserer Arbeit war unter diesen Bedingungen unmöglich. Jenseits des akademischen Elfenbeinturms herrschte mehr Ideologie als Wissenschaft, mehr konservatives Beharren als Offenheit für Innovation und Forschung. Die Lehre daraus: Wer in der Praxis „draußen“ zurechtkommen will, muss sich mit den herrschenden Meinungen ebenso beharrlich wie verständnisvoll auseinandersetzen und Kompromisse schließen können. Die Vorteile der Selbsthilfe für unsere Patientinnen und Patienten produktiv zu nutzen, wurde mir wichtiger als unproduktive Diskussionen über zieloffene Therapie oder Kontrolliertes Trinken. Meine innere Haltung zu diesem Thema war und bleibt jedoch, dass man gar nicht umhin kommt, zieloffen zu arbeiten: ich begegne doch jeder suchtgefährdeten oder -kranken Person so, dass es ihre eigene Entscheidung im Therapieprozess ist, für welchen Lebens-

stil sie sich entscheidet – unabhängig von den „offiziellen“ Zielen, die eventuell ein Versorgungssystem vorgibt.

4. Ein viertes einprägsames Erlebnis hatte ich im Rahmen der Weiterbildung. Das Personal in der Betreuung und Behandlung von Süchtigen bestand seinerzeit primär aus Diakonen, Theologen und Personen mit einer Ausbildung in Sozialarbeit/Sozialpädagogik, seltener in Psychologie und noch seltener in Medizin. Eine formale psychotherapeutische Ausbildung für Psychologen/innen war gerade erst im Entstehen. Deshalb hatte der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe ein psychoanalytisches Weiterbildungsprogramm zum Suchtkrankentherapeuten (später Sozialtherapeuten) in Zusammenarbeit mit Prof Heigl-Evers ins Leben gerufen, an dem alle Berufsgruppen teilnehmen konnten. Ergänzend dazu wurde das IFT – Institut für Therapieforschung, München – mit der Entwicklung eines verhaltenstherapeutisch orientierten Weiterbildungsprogramms beauftragt. Diese Aufgabe übernahm ich. Zielgruppe waren überwiegend ambulant tätige Suchtfachleute. Zur Vorbereitung hospitierte ich in zwei der im Gesamtverband als besonders gut und modern geltenden Kliniken für Männer und Frauen. Die Geschlechtertrennung war dort üblich. Ein psychotherapeutisches Konzept gab es nirgendwo, außer einer groben „Orientierung an Schultz-Hencke“ in einem dieser Fachkrankenhäuser. Es war üblicherweise so, dass die psychotherapeutische Überzeugung des Chefs bzw. der Chefin als offizielle Therapierichtung firmierte, ohne dass dies für die Praxis der Mitarbeiterschaft relevant zu sein schien.

In der ersten mehrjährigen Ausbildung, die in einwöchigen Blockseminaren stattfand, schulten Heinz Vollmer und ich das therapeutische Team einer Klinik für alkoholranke Männer. Der Hausvater,

der mit seiner Familie auf dem Gelände der Klinik lebte, war Diakon. Er hielt sich aus der Weiterbildung heraus und war dem Wunsch seiner Mitarbeiter wohl nur widerstrebend gefolgt. Der Wind der Veränderung begann aber durch die Fachkrankenhäuser zu wehen, was von einigen ersehnt und von anderen als „neumodischer Kram“ abgetan wurde. Teilnehmer waren die Leitende Ärztin, die Psychologin (bis dahin fast ausschließlich diagnostisch tätig), der stellvertretende Hausvater, zwei Sozialarbeiter und Arbeitstherapeuten. Das Team hatte sich mehrheitlich für die Weiterbildung entschieden, nur wenige schienen eher abkommandiert zu sein. Alle wirkten positiv gespannt und interessiert. Was sie allerdings nicht waren, war ein echtes Team. Jeder machte im Alltag „sei Sach“ nach den strukturierten Zeitplänen und mit viel Arbeit der Patienten im Gelände und am Haus. Wesentliche Elemente der Heilung schienen die drei A zu sein: Arbeit, Andacht, Abgeschiedenheit. Das bedeutete: Mit viel Abstand zu den Verlockungen des gewöhnlichen Lebens nüchtern im Kopf werden, spirituell erwachen und sich körperlich erholen. Die Behandlungsdauer von 6 Monaten war das festgelegte Minimum. Sie wurde verhängt und nicht verhandelt. Davon war die Atmosphäre spürbar geprägt. Ich fand sie trist, bedrückend und freudlos. Ich glaube, dass Heinz Vollmer und ich erfrischend und motivierend auf die Teilnehmer gewirkt und positive Änderungen angestoßen haben, aber am Ende der drei Jahre blieb bei uns Trainern der Zweifel bestehen, ob sich die eingeleiteten Änderungen festigen würden. Spätere Rückmeldungen bestätigten diesen Zweifel, denn die engagiertesten Teilnehmerinnen und Teilnehmer wechselten in den Monaten und Jahren danach ihren Arbeitgeber, um mehr von dem realisieren zu können, was sie gut und richtig fanden.

Die prägende Erkenntnis daraus war, dass jemand mit einer soliden therapeutischen Qualifizierung in einer arbeitsteiligen Institution auf verlorenem Posten steht, wenn sie bzw. er keine Unterstützung von oben und keine Kompetenz zur Mitgestaltung des Therapiesystems erhält. Ohne den Rückhalt der Leitung, ein gemeinsames Verständnis vom Störungsbild und den Wirkmechanismen sowie einer gemeinsam abgestimmten, respektvollen Aufgabenteilung wird man kein funktionierendes Team. Die große Chance einer ganzheitlichen Therapie, die ein multiprofessionelles Team bietet, wird ohne eine derartige Basis verschenkt.

Prof. J. C. Brengelmann, der Leiter der Psychologischen Abteilung am MPI, war einer der Pioniere und wenigen Experten der Verhaltenstherapie in Deutschland, der u.a. bereits 1968 in München die DGVT, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, gegründet hatte. Nach der Anerkennung der Sucht als Krankheit (s. Teil B Meilensteine 1968) wurden die bisher gemeinnützig betriebenen Heilstätten in Fachkrankenhäuser umbenannt und auch privaten Klinikträgern eröffnete sich die Möglichkeit, stationäre Einrichtungen zu betreiben, deren Behandlungskosten nicht ausschließlich privat, sondern durch Sozialleistungsträger finanziert wurden. Diese neuen Einrichtungen hießen meistens Fachklinik. Ein derartiger Träger war die GPT e.V., die 1974 in Bad Tönisstein eine Klinik nach US-amerikanischem Vorbild in Betrieb genommen hatte. Das hieß, ähnlich wie z.B. in Hazelden war die Therapie vom Programm der Anonymen Alkoholiker bestimmt und bei den Therapeuten handelte es sich ausschließlich um Ex-User, bis hinauf zur Leitenden Ärztin. Das Konzept der sechswöchigen Kurzzeittherapie war in sich stimmig, aber ungewöhnlich in der deutschen Be-

handlungslandschaft. Deshalb ließ die Anerkennung durch die Sozialleistungsträger lange auf sich warten. Aus diesem Grund änderte die rührige Trägergesellschaft GPT (später in Allgemeine Hospitalgesellschaft (AHG) umbenannt, heute MEDIAN) bei den anschließend entstehenden Kliniken deren Konzepte dahingehend, dass sie kompatibel mit den Anforderungen der Sozialleistungsträger sein sollten. Bei einer in strukturschwacher Lage Bayerns in Bau befindlichen Klinik gestaltete sich die Anerkennung schwierig. Dies war der Auslöser, um mit J.C. Brengelmann in Kontakt zu treten, einem der wenigen führenden Köpfe der Verhaltenstherapie in Deutschland, und ihn anfangs um Rat und später um aktive Unterstützung bei der Entwicklung eines innovativen und wissenschaftlich soliden Konzepts zu bitten, das die Sozialleistungsträger zur Belegung der Klinik bewegen könnte. Und damit kam 1977 meine Chance, etwas komplett Neues zu gestalten und zu verantworten. Ich nahm das Angebot an, obwohl die Lage der neuen Klinik am damals noch fest geschlossenen Eisernen Vorhang in Ostbayern keineswegs meinen Vorstellungen entsprach. Die Abgeschlossenheit hielt ich in meinem durch die ambulante Therapie geprägten Verständnis von moderner Suchtbehandlung für kontraproduktiv, aber andere Optionen zur Innovation mit einem VT-Konzept gab es nicht.

Anstelle der oben genannten drei A wurde mir von J.C. Brengelmann die für die Psychotherapie maßgebliche W-Trinität mit auf den Weg gegeben: Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit. „Wer heilt, hat recht“ heißt es. Aber das reicht nicht. Wie die Heilung zustande kommt, ob sie Bestand hat und ob sie von anderen replizierbar ist, muss wissenschaftlich nachgewiesen werden. Und jede Behandlung sollte mit dem geringstmöglichen

Aufwand an Zeit, Mühe und Finanzen für die Betroffenen, die Sozialkassen und die Gesellschaft erfolgen. Diese drei W habe ich ergänzt durch die Initialen H und R. Sie stehen für Humanität und Recht. Die Freiheit der Person ist zu wahren und nur mit ihrer Zustimmung vorübergehend einzuschränken, wenn das Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit prioritär erscheint. Und eine praxisrelevante Therapie muss kompatibel mit dem bestehenden Recht und den daraus abgeleiteten Vorschriften sein. Falls die potentiellen Qualitäten der Behandlung infolge der rechtlichen und vertraglichen Rahmenbedingungen nicht zur Entfaltung kommen können, muss die Gesellschaft über Mittel und Wege verfügen, um solche Bedingungen zu ändern. Dazu gibt es Interessenverbände wie den Fachverband Sucht.

Wirksamkeit, Wissenschaftlichkeit, Wirtschaftlichkeit, Humanität und rechtliche Rahmenbedingungen sind die Gebiete, in denen im Laufe der Jahre ab 1968 die wesentlichen Fortschritte erzielt wurden, aufgelistet als „Meilensteine“ im Beitrag von Volker Weissinger. In meinem Beitrag werde ich eher die kleinen Zwischenschritte in der klinischen Praxis schildern.

Innovation und Bewährung in der stationären Rehabilitation

Im August 1977 machte ich mich auf den Weg nach Furth im Wald, um das erste verhaltenstherapeutische Rehabilitationskonzept in Deutschland zu realisieren. Die Voraussetzungen schienen günstig: Der Klinikträger, die GPT e.V., hatte mit dem Institut für Therapieforchung (IFT) aus München vertraglich vereinbart, dass das IFT für das Konzept, die wissenschaftliche Begleitung und die Rekrutierung des therapeutischen Personals verantwortlich war. Die Konzept-

entwicklung und die Personalauswahl wurden mir vom IFT übertragen, aber angestellt war ich als Leitender Psychologe beim Klinikträger. Dass eine derartige Konstruktion nicht unproblematisch sein würde, ist für jeden erfahrenen Personaler offensichtlich. Ich hingegen war auch in dieser Hinsicht etwas blauäugig. Möglicherweise bedarf es einer gewissen Portion Naivität, wenn man etwas Neues wagt?

Im selben Jahr wurde in der Wiener Zeitschrift für Suchtforschung (1977/78, 4) der erste Teil des Suchtmodells eines amerikanischen Forschers veröffentlicht, der den wahrscheinlich größten Einfluss auf das Verständnis und die Behandlung der Sucht haben sollte: G.A. Marlatt. Der zweite Teil des Artikels „Alkoholverlangen, Kontrollverlust und Rückfall: Eine kognitive Analyse des Verhaltens“ folgte in der ersten Ausgabe des Jahrgangs 1978/79. Das komplette Modell inklusive der Anregungen für therapeutische Interventionen gab es in deutscher Übersetzung bereits sieben Jahre vor seiner viel beachteten Veröffentlichung in Buchform unter dem Titel „Relapse Prevention“ (Marlatt & Gordon, 1985)! Marlatts deutschsprachige Artikel fanden in der Fachöffentlichkeit verblüffend wenig Resonanz, aber für mein Verständnis von Sucht waren sie eine Art Offenbarung, weil endlich alle verfügbaren Kenntnisse der gesamten Psychologie in einem Modell zusammengeführt waren. Entsprechend enthusiastisch versuchte ich dieses Verständnis von Sucht zu verbreiten, unter anderem auf einem DHS-Kongress 1984 in Osnabrück (Schneider, R. 1985). In der Praxis aber war eine Bearbeitung von Rückfällen, wie von Marlatt vorgeschlagen, im damaligen Zeitgeist unmöglich. Wer rückfällig war, wurde entlassen. Wurde die Behandlung auch nur um wenige Tage verkürzt, wurde die Beendigung als irregulär eingestuft. Es

dauerte noch etliche Jahre, bis man sich ohne Furcht vor Belegungseinbrüchen mit dem Thema Rückfallbearbeitung beschäftigen konnte. Einen inspirierenden Anstoß dafür erhielten wir 1984 bei einem mehrtägigen Workshop mit Alan Marlatt und Ruth Gordon. Völlig neu waren für uns therapeutische Übungen, die sich aus der buddhistischen Tradition herleiteten. Ruth Gordon hatte sich mit dieser Thematik – heute weit verbreitet unter dem Titel Achtsamkeit – eingehend beschäftigt und Alan Marlatt hat später daraus die „Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors“ entwickelt.

Die klinische Praxis ist ein Ort der Kompromisse. Ideen wie die von Marlatt etablieren sich erst mit großer Verzögerung im Versorgungssystem und man braucht oft einen langen Atem, bis man in großer Übereinstimmung mit seinen wahren Überzeugungen handeln kann.

Unser Wille zur Innovation auf Basis des aktuellen Wissensstandes sah sich oft mit dem starken Willen zur Beharrung auf dem Bestehenden konfrontiert. Wo man wenig weiß, wird viel geglaubt. Und damit der Glaube nicht beliebig erscheint, formuliert man daraus Dogmen, die für die Gläubigen evident und nicht hinterfragbar sind. Weit verbreitete und häufig auch von Leistungsträgern vertretene Glaubenssätze lauteten: Behandlungsdauern von Alkoholabhängigen unter sechs Monaten sind untauglich; wer so etwas macht, handelt zumindest fahrlässig. Fachkrankenhäuser für Alkoholabhängige dürfen keinesfalls mehr als 100 Behandlungsplätze haben. Männer und Frauen sind in getrennten Einrichtungen unterzubringen. Der stationäre Schutzraum darf während der gesamten Zeit der Rehabilitation nicht verlassen werden. Vor Antritt der stationären Behandlung hat der Antragsteller seine Motivation unter Beweis zu stellen, indem er

eine Entgiftung macht und anschließend längere Zeit abstinent bleibt (einige Einrichtungen verlangten vor der Rehaaufnahme 6 Monate Abstinenz mit Anschluss an eine Selbsthilfegruppe). Dass wir nicht die einzigen waren, die an der Berechtigung dieser Vorgaben zweifelten, erleichterte deren Änderung etwas, aber es blieb ein mühsames Geschäft. Beispielsweise erforderte es unzählige schriftliche Eingaben und Gespräche, um die Regelung für Familienheimfahrten dahingehend zu ändern, dass sie auch bei Verweildauern unter sechs Monaten ermöglicht wurden und nicht zwangsläufig an Wochenenden stattzufinden hatten. Wir ersetzten die Familienheimfahrt, von der alle Personen ohne intakte Familie ausgeschlossen waren, durch das Realitätstraining. Zu den Pflichtaufgaben dieses Trainings gehörten das Aufsuchen der ambulanten Einrichtung, die an der Vorbereitung beteiligt war bzw. die Weiterbetreuung übernehmen sollte, der Besuch einer Selbsthilfegruppe und ein Kontakt mit dem Arbeitgeber bzw. der Agentur für Arbeit. Diese Aktivitäten waren am Wochenende nicht möglich, jedoch erlaubten die Richtlinien der Rentenversicherung keine Absenz der Rehabilitanden an Werktagen. So dauerte es eine Weile bis zu der Entscheidung, dass ein Realitätstraining bei Fortsetzung der Zahlung des pauschalierten Pflegesatzes auch an mehreren Werktagen stattfinden konnte.

Damals war ich oft unzufrieden und verständnislos wegen des langsamen Tempos und des zähen Ringens in solchen – in meinen Augen kleinen - Angelegenheiten. Erst im Nachhinein wurde mir klar, wie wichtig dieses Ringen um produktive Lösungen war, denn sie bildeten die Basis für die im späteren Verlauf hervorragende, vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der für uns zuständigen Landesversicherungsanstalt, von denen es allein

in Bayern fünf gab. Ein anekdotisches Erlebnis am Rande: Zwei Repräsentantinnen der damaligen BfA (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, heute DRV Bund), von der wir nicht belegt wurden, suchten uns zwecks Begehung und Beurteilung an einem Donnerstag auf, der in Berlin ein Werktag, in Bayern hingegen ein Feiertag war. Dieser Umstand war ihnen bei der Reiseplanung wohl nicht präsent. Personell war nur die Wochenendbesetzung im Haus und dementsprechend gering ausgeprägt war die Willkommenskultur. Ich war im Urlaub, der Verwaltungsdirektor nicht erreichbar – die Mobiltelefone waren noch nicht erfunden – und nur der Leitende Arzt konnte aus der Rufbereitschaft herbeieilen. Bis zu seinem Eintreffen hatte sich der Unmut der Damen nach der Inspektion einer Besuchertoilette, die ihnen hygienisch nicht einwandfrei erschien, und des Schwimmbads, das sie als nicht ausreichend gesichert betrachteten, bereits so weit gesteigert, dass kein offener Austausch mehr zustande kam. Über das Ergebnis der Begehung wurden wir nie informiert. Wir wurden „wegen mangelnden Bedarfs“ in den folgenden Jahren nie mehr in Anspruch genommen. Das nenne ich „Kooperation“ nach Gutsherrenart. Gut, dass diese Zeiten längst der Vergangenheit angehören.

Das Vertrauen des federführenden Leistungsträgers wurde wahrscheinlich auch durch die maximale Transparenz unserer Arbeit gestärkt. Wir waren die ersten, die Basisdaten erhoben und in Form von Jahresberichten veröffentlichten sowie kontinuierlich Standardkatamnesen an der gesamten Klientel erhoben. Katamnesen ohne Basisdaten sind wenig aussagekräftig und ohne Katamnesen gibt es keine ausreichende Rechtfertigung der Maßnahme. Bis sich diese Erkenntnis bei allen Verantwortlichen in den Einrichtungen

und Verbänden durchsetzte, vergingen noch etliche Jahre. Die einrichtungsübergreifenden Dokumentationen des FVS wurden ein Meilenstein. Der Grundstein dafür wurde 1977 in Furth im Wald gelegt.

Unter den zahlreichen Neuerungen und Projekten, zum Beispiel zur Einschätzung der Abbruchgefährdung, zu sexuellen Störungen bei Männern (Fahrner 1982), zur Exposition in Form der „Nicht-Trink-Übung“, zum Umgang mit Scham und Schuld mit der Lebensbilanz-Übung, zur frauenspezifischen Therapie oder zur Reintegration Arbeitsloser, ist mir ein kleiner Meilenstein der klinischen Praxis besonders erwähnenswert: Das Partnerseminar (Schneider, R. 1993). Dies schon deshalb, weil dessen Bedeutung nicht nur von den Behandelnden hoch eingeschätzt wurde, sondern auch von den Behandelten. Der Katamnese eines Jahrgangs hatten wir einen kurzen Fragebogen beigefügt, in dem Einschätzungen dazu abgegeben werden konnten, wie bedeutsam einzelne Behandlungsmodule für das Ergebnis der Therapie waren, also Einzel- und Gruppentherapie, Sport- und Bewegungstherapie usw. Eindeutig an erster Stelle wurde das Partnerseminar von denjenigen genannt, die daran teilgenommen hatten (Schneider, 1991). Das Realitätstraining und alle Maßnahmen mit aktivem Bezug zum Lebensalltag waren besonders bedeutsam für unsere Klientel. Davon konnten wir die Leistungsträger überzeugen und pauschale Kosten für Fahrt und Übernachtung wurden erstattet. Im ländlichen Raum mit günstigen Übernachtungsmöglichkeiten war das problemlos, im Rhein-Main-Gebiet sollte ich später erfahren, dass man das Partner- und Angehörigenseminar anders gestalten muss.

Von Beginn an zeigte sich, dass es äußerst schwierig war, qualifiziertes therapeutisches Personal zu finden, das bereit

war, weit entfernt von Ballungszentren und Universitäten dauerhaft tätig zu sein. In der Gründungsklinik der GPT (später umbenannt in AHG) waren in der Therapie ausschließlich selbst Betroffene tätig und auch in der Geschäftsleitung waren sie vertreten, weshalb es in Furth im Wald zu dem Kompromiss kam, dass jedes Viererteam aus zwei Psychologen, einem Sozialpädagogen bzw. -arbeiter und einem Suchtkrankentherapeuten bestehen sollte. Es war schon bei der Berufsgruppe der Psychologen schwer möglich, ausreichend ausgebildete Therapeuten/innen zu finden, und bei den anderen beiden Berufsgruppen war es nahezu unmöglich. Positiv gewendet bedeutete dieses Problem, dass wir in der therapeutischen Diaspora mit Unterstützung des IFT und des MPI so viel Weiterbildungsangebote mit internen und externen Referenten/innen erhielten, wie es sie in keiner anderen Klinik gab. Als ständiger Mentor fungierte F.H. Kanfer, der Begründer der Selbstmanagementtherapie. Er kam zweimal im Jahr mit den neuesten Erkenntnissen der Kognitiven Psychologie, der Sozialpsychologie und der Therapieforschung im Gepäck zu uns und coachte das Team mit praktischen Übungen. Seine humanistische therapeutische Haltung drückt sich treffend in den Titeln von zwei seiner Bücher aus, die leider nie übersetzt wurden: „Helping People Change“ und „Guiding the Process of Therapeutic Change“. Diese Haltung entspricht weitgehend derjenigen, die später von Miller & Rollnick in der „Motivierenden Gesprächsführung“ populär gemacht wurde. Für mich ist diese Grundhaltung für die Arbeit mit Süchtigen entscheidender als jede einzelne Technik, so spektakulär sie auch daherkommen mag. Wenn man bei der Personalsuche auf dem Arbeitsmarkt die Chance zur Auswahl zwischen mehreren Kandidaten erhält, sollte man auf deren

Fähigkeit zur Realisierung dieser Haltung achten, denn sie passt nicht zu jedem Persönlichkeitstyp und zu jedem Berufsverständnis. Eine Botschaft von Fred Kanfer, die mir immer im Gedächtnis geblieben ist, lautet: Wenn ein Patient im Anschluss an eine erfolgreiche Therapie bei einer Nachbefragung sagt: „Mir geht es rundum gut, aber ich weiß gar nicht so recht, was mein Therapeut dazu beigetragen hat; eigentlich habe ich doch alles selbst gemacht!“ – dann hast Du als Therapeut gute Arbeit geleistet. Eine weitere Meilenstein-Satz, den das gesamte Team als geflügeltes Wort verinnerlichte, nachdem er mit schöner Regelmäßigkeit fiel, wenn sich jemand in Fallgesprächen darüber beklagte, dass ein Patient nicht motiviert sei: „Nicht motiviert“ gibt es nicht! Jeder Mensch ist jederzeit zu irgendetwas motiviert; deine Aufgabe ist es herauszufinden, zu was diese Person motiviert ist und ihr zu helfen, ihre oft unbewussten Motive zu erkennen und daran eventuell etwas zu ändern.

Als Beispiel für die Unterstützung durch Weiterbildung sei hier die Gruppentherapie erwähnt. Gruppen existierten Anfang der Siebziger lediglich als Trainingsgruppen für die Einübung von sozialer Kompetenz. Die in der Sucht üblicherweise Ton angegebene Gruppentherapie wurde in der VT gerade erfunden: das früheste Lehrbuch zur VT-Gruppentherapie wurde erst 1980 von Klaus Grawe herausgegeben. Der darin enthaltene Beitrag von Krumboltz & Potter (1980) ist von praktischem Nutzen und zeitlos gültig, so dass ich ihn immer noch gerne zur Lektüre empfehle. Klaus Grawe kam mehrfach zu Workshops nach Furth im Wald, so dass wir mit der „interaktionellen Problemlösungsgruppe“ und der „vertikalen Verhaltensanalyse“ auf dem neuesten Stand der Gruppentherapie waren. Den Kontakt zu Klaus Grawe habe ich bis zu

seinem bedauerlich frühen Tod 2005 aufrechterhalten und die Entwicklung seines Modells von Psychotherapie von der Psychologischen Psychotherapie (1998) zur Neuropsychotherapie (2004) halte ich für den bedeutendsten Fortschritt in unserem Fach. Einige Aspekte des Modells fanden nach seinem Workshop im Jahr 2000 in Friedrichsdorf Eingang in das Konzept der salus klinik und in die Suchtfibel (2022, 21.).

Das Modell der Gruppentherapie (Schneider, 1982) bildete einen Rahmen, innerhalb dessen das interne Manual ständig aktualisiert wurde. Von einer lupenreinen Verhaltenstherapie konnte man aber nicht sprechen, da Vorerfahrungen vieler Teammitglieder in die reale Praxis einfließen mit Elementen von Irvin Yalom, Virginia Satir, Ruth Cohen, Fritz Perls, Jacob Moreno, Klaus Vopel sowie Klaus Antons, den wir für Workshops zur Gruppendynamik in die Klinik holten. Vieles war in dieser Sturm- und Drangzeit im Fluss. Engagierte Diskussionen über Ideen zur Verbesserung der Therapie waren an der Tagesordnung. Was während der ersten zehn Jahre nie in Frage gestellt wurde, war das Konzept der geschlossenen Gruppe. Alle Mitglieder einer Gruppe wurden dabei gemeinsam im Laufe einer Woche aufgenommen und nach 17 Wochen gemeinsam entlassen. Der Therapieprozess war gemäß den sieben Phasen der Selbstmanagementtherapie gegliedert. Jede Gruppe wurde von zwei Therapeuten/innen geleitet, die sich in Urlaubs- und Krankheitszeiten gegenseitig vertraten. Einzelgespräche fanden vorwiegend zu diagnostischen Zwecken, zur Krisenintervention oder auf Wunsch der Patienten/innen statt. Aufgrund der Rückmeldung unserer Patienten/innen am Behandlungsende und in der Katamnese haben wir später der Einzeltherapie mehr Raum gegeben.

Als gravierende Zäsur erlebten die therapeutisch Tätigen die Umstellung von der geschlossenen auf die halb-offene Gruppe, mit der sich die Möglichkeit individueller Verweildauern eröffnete. In Kliniken, die das Arbeiten mit geschlossenen Gruppen gewohnt waren, regte sich erheblicher Widerstand gegen diese Änderung, insbesondere dann, wenn sie vornehmlich ökonomisch begründet zu sein schien. Es war offensichtlich, dass eine konstante Belegung mit diesem Gruppendesign einfacher zu gewährleisten war. Befürchtet wurde eine Verringerung der Solidarität und des Zusammengehörigkeitsgefühls in der Gruppe, weil es keinen gemeinsamen Entwicklungsprozess mehr gibt, in dem man sich wechselseitig unterstützt. Und die Therapeuten und Therapeuten konnten es sich kaum vorstellen, mit ständig wechselnden Personen in unterschiedlichen Therapiephasen zu arbeiten. Außerdem fehlten ihnen die kurzen Pausen zwischen Beendigung und Beginn der geschlossenen Gruppen. Die therapeutischen Chancen der halb-offenen Gruppen wurden jedoch bald erkannt und genutzt. Das Konzept musste dafür tiefgreifend verändert werden. Der curriculare Aufbau der geschlossenen Gruppe wurde durch individuelle Entwicklungsprozesse ersetzt, die im Gruppensetting gleichzeitig nebeneinander stattfinden. Drei nützliche Botschaften an die Klientel sind implizit in der Offenheit der Gruppe enthalten. Erstens: Nicht die Zeit allein heilt alle Süchte, sondern es sind primär die Erfahrungen, die Du mit Dir und in der Begegnung mit anderen machst. Zweitens: Du bist verantwortlich dafür, diese Erfahrungen zu machen; Therapeut und Gruppe unterstützen dich dabei, aber tun musst du es selbst. Drittens: Die stationäre Behandlungszeit ist ein individuelles Geschenk und keine Standardstrafezeit, die du reuig gemeinsam mit anderen Sündern absitzen musst.

Erheblichen Anteil an dieser Entwicklung hatte Uwe Zemlin, nachdem er von Furth im Wald in eine leitende Position bei einer Klinik desselben Trägers in der Eifel wechselte, in der das Konzept der individualisierten Therapiedauern mit wissenschaftlicher Begleitung durch Professor K.-H. Bönner erprobt wurde. Insgesamt war der Aderlass an qualifizierten und engagierten Kollegen in den Achtzigern ganz erheblich. Um nur einige bekanntere Namen zu nennen: Johannes Lindemeyer, Andreas Rothe, Monika Konitzer-Feddersen, Klaudia Winkler, Hans Lieb und viele andere weniger bekannt gewordene Kolleginnen und Kollegen. Das war nicht nur ein bleibendes Manko für die Klinik, sondern es betrückte mich oft persönlich. Aus dieser Erfahrung verfestigte sich meine Überzeugung, dass der Standort einer zeitgemäßen Suchtklinik nicht primär unter dem Aspekt günstiger Bauplätze und großzügiger Wirtschaftsförderung gewählt werden sollte. Priorität muss den günstigen Bedingungen für die Personalbeschaffung zukommen, der Integration in das Suchthilfesystem und dem Netzwerk von Aus- und Weiterbildung. In der Nähe von Ballungszentren mit Hochschulen ist dies am leichtesten zu gewährleisten.

Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung der stationären Gruppentherapie waren die Indikativen Gruppen. In diesen Gruppen kommen Patienten der gesamten Klinik zusammen, die neben der Sucht unter einer weiteren Störung leiden oder spezielle Kompetenzen entwickeln wollen. Die Indikation zu diesen Gruppen kann diagnostisch begründet sein (Angststörungen, Depression usw.) oder sich an Kompetenzen orientieren (soziale Kompetenz, Genuss und Genießen, Entspannung, Meditation usw.). Diese Gruppen erleichtern es, den Fokus der Basisgruppen auf der Bearbeitung

der Sucht zu halten, sie nehmen Druck aus der Einzeltherapie und sind ein wesentlicher Bestandteil einer personenorientierten Therapie, die den Menschen nicht auf seine Einweisungsdiagnose reduziert. Die ursprünglich manchmal geäußerte Befürchtung, die Indikativen Gruppen würden die Basisgruppe entwerten, hat sich meiner Erfahrung nach nicht bestätigt.

Ein spezielles therapeutisches Angebot bestand in der muttersprachlichen Behandlung von Personen jugoslawischer Herkunft. Die Initiative dazu ergriff der Leitende Arzt Dr. „Gino“ Zamlic, der sich bis dahin ehrenamtlich um diese Klientel gekümmert hatte. Das Angebot blieb nach seinem Ausscheiden kontinuierlich weiterbestehen und überlebte sogar den Zerfall Jugoslawiens Anfang der Neunziger. Von den im Krieg explodierenden Differenzen zwischen den verschiedenen Bevölkerungsgruppen hatten unsere Therapeuten/innen in ihren Gruppen trotz offizieller Friedenszeit schon manches Mal etwas zu spüren bekommen. Ihrem außerordentlichen Einsatz war es zu verdanken, dass für diese Minderheitengruppe mit fehlenden bzw. unzureichenden Deutschkenntnissen dauerhaft ein qualifiziertes Rehabilitationsangebot bereitstand. Wer etwas Vergleichbares für andere Minderheiten organisieren möchte, sollte bedenken, dass der Aufwand sehr viel größer ist, als einen speziellen Bezugstherapeuten einzustellen. Mindestens zwei, am besten vier sind nötig, um das Angebot sicherzustellen. Darüber hinaus ist weiteres sprachlich qualifiziertes Personal bereitzuhalten. Die Therapeuten können schließlich nicht als Dolmetscher jeden ihrer Patienten/innen in alle Abteilungen begleiten. In der Ergo- und Bewegungstherapie mögen rudimentäre Deutschkenntnisse in vielen Fällen ausreichen, nicht aber

in der Medizin. Zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit sind Sprachkurse vorzuhalten, die Angehörigen müssen oft gesondert betreut werden und die Bezugstherapeuten haben viele weitere kleine Mehrbelastungen zu bewältigen, so dass die Zahl der zu betreuenden Patienten entsprechend angepasst werden muss. Trotzdem lohnen sich derartige Spezialisierungen für alle Beteiligten!

Die Gründerzeit war herausfordernd und anstrengend, aber sie war auch sehr lebendig und anregend. Ein wenig mehr von diesem „Spirit“ habe ich mir in der Zeit ab 1996 nach Beginn des externen Qualitätssicherungsprogramms der Leistungsträger so manches Mal zurückgewünscht. Aber je expliziter und detaillierter die Vorgaben von außen, desto stiller, braver und im schlimmsten Fall resignierter wird es innen. Die Justierung eines verträglichen Maßes von verlässlichem Standard und kreativer Abweichung bleibt eine dauerhafte Aufgabe von Klinikleitungen und Leistungsträgern.

Es gab wenig therapeutische Literatur Mitte der Siebziger. Aus Büchern wie dem bekannten Werk „Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit“ von W. Feuerlein konnte man viel medizinisches Grundwissen beziehen, aber sehr wenig zur Therapie. Noch weniger Material gab es für Betroffene, mit Ausnahme der AA-Schriften. Weil gemäß dem Prinzip „Der Patient soll sein eigener Therapeut werden“ die Vermittlung von Grundwissen über die Suchterkrankung und deren Überwindung ein Bestandteil der Therapie war, schrieb ich 1977 ein kleines Büchlein mit den Informationen über Alkoholismus, die ich für ausreichend und passend zur Rehabilitation hielt. Aus diesen bescheidenen Anfängen wuchs die „Suchtfibel“ heran, in der auch auf Medikamente und später auf Drogen eingegangen wurde. Zur Veröffentlichung

motivierte mich schließlich Karl-Heinz Bönner, nachdem das Büchlein in anderen Einrichtungen viel Zuspruch gefunden hatte. In Anbetracht der raschen Veränderungen auf dem Büchermarkt hätte ich nicht erwartet, dass die Suchtfibel 21 Auflagen erleben würde (Schneider, R. 2022). Aber wer hat heute schon noch ein Bücher-, Schallplatten- oder CD-Regal? Die Art der Informationsvermittlung hat sich geändert und ich registriere mit Interesse die Entwicklung von Innovationen in Form von Podcasts und dergleichen.

Eine Stärke der Verhaltenstherapie ist ihr aktiver Elan, mit dem sie Änderungsprozesse anregt, fördert und bestärkt. Das Hinnehmen von Dingen, die man nicht ändern kann, wird in der VT eher selten thematisiert. Ein Ex-User in unserem Team, der wegen einer Leberzirrhose gesundheitlich eingeschränkt war und gelegentlich unter depressiven Verstimmungen litt, brachte mich auf die Idee, dass wir zu diesem Thema etwas von der Logotherapie lernen könnten (Kern, P. 1986). Die bekannte Logotherapeutin Elisabeth Lukas kam zu einem mehrtägigen Seminar in die Klinik. Die Resonanz in der Mitarbeiterschaft war gespalten. Auf der einen Seite begeistertere Interesse, auf der anderen Seite Ablehnung des als abgehoben-philosophisch bewerteten Ansatzes, der nicht zu unserer Klientel passe. Ich fand das logotherapeutische Gedankengut und einige Techniken bereichernd und der interessierte Teil des Teams nahm an einem weiteren Workshop teil. Unabhängig vom Bildungsstand wird jeder Mensch in seinem Leben gelegentlich an einen Punkt gelangen, an dem er um eine existentielle Bilanzziehung nicht herumkommt. Die Zeit einer Sucht-Reha ist oft so ein Punkt und diesbezüglich kann man von der Logotherapie eine Menge lernen.

Eine weitere erhellende Erfahrung im therapeutischen Bereich habe ich in der NLP-Ausbildung (Neurolinguistisches Programmieren) gemacht. Hypnotherapeutische Verfahren sind mittlerweile Bestandteil der Psychotherapeutenausbildung, aber häufig eher theoretisch als praktisch. Für die Therapie im Suchtbereich halte ich praktische Grundfertigkeiten wie „Pacing und Leading“ und „Ankern“ für sehr hilfreich, denn dann merkt man unmittelbar, ob ein tragfähiger therapeutischer Kontakt besteht oder ob es beim üblichen Gespräch bleibt, in dem bestenfalls viele nützliche Informationen ausgetauscht werden.

Psychotherapeutisch waren wir solide aufgestellt und hatten uns einen guten Ruf erworben. Und dann erschien 1989 die multizentrische Katamnese von Küfner & Feuerlein (1992), deren Ergebnis dem therapeutischen Stolz auf den ersten Blick einen gehörigen Dämpfer verpasste. Kurz gesagt trug die Art der Therapie nur einen verschwindend kleinen Teil zur Erklärung der Varianz des Erfolgs bei. Den größten Anteil hatten soziodemografische Variablen, vor allem stabile Verhältnisse in Bezug auf Arbeit, Wohnung und Familie sowie suizidale Krisen und Suchtbehandlungen in der Vorgeschichte. Für die gesamte Patientengruppe zeigten folgende Einzelmerkmale der Einrichtung einen positiven Zusammenhang mit der Abstinenzrate: Zuweisung aus psychosozialen Beratungsstellen, längere Wartezeiten, wenig Patienten mit Sozialamt als Kostenträger, keine Teilzeitkräfte unter den Mitarbeitern, getrennte Behandlung von Männern und Frauen, physikalische Therapie und Entlassung bei Rückfälligkeit. Bei der prognostisch günstigeren Gruppe kamen noch hinzu: Höhere Altersgrenze als Aufnahmekriterium, regelmäßige Einzeltherapie, intensive Einbeziehung der Angehörigen, umfassendes Spektrum therapeutischer Medien. Das Ergebnis

der Studie ließ sich als Anleitung zur Steigerung des Behandlungserfolgs mittels Selektion der Klientel verstehen. Unsere Klientel bestand ausschließlich aus Rehabilitanden der damaligen LVA (Landesversicherungsanstalt) mit vergleichsweise niedrigem Bildungs- und Erwerbsstatus, in den ersten Jahren gab es keine Wartezeit und es kamen überproportional viele Klienten direkt aus Psychiatrischen Stationen, so dass man sich fatalistisch mit mickrigen Erfolgsquoten hätte abfinden können. Man konnte daraus aber auch schlussfolgern, dass sich die Behandlung noch stärker auf die Veränderung der beeinflussbaren soziodemografischen Variablen ausrichten sollte. Ich nehme an, dass eine methodisch verbesserte Replikation der Küfner & Feuerlein-Studie andere Ergebnisse erbringen würde. Die Leistungsträger müssten im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung ein starkes Interesse daran haben.

Einer besonderen Erwähnung wert ist die fachlich wie menschlich hervorragende Zusammenarbeit mit dem Verwaltungsdirektor Bernhard Bröckelmann. Er war nicht völlig frei in seinen Entscheidungen, weil die Zentrale des Konzerns als oberste Instanz z.B. die finanziellen Rahmenbedingungen diktierte, aber er war immer zugänglich für Ideen zur Verbesserung und Weiterentwicklung und ein verlässlicher Partner bei deren Umsetzung, zum Beispiel bei der Erweiterung der Klinik um eine psychosomatische Abteilung. Er bremste keine Initiativen mit verschleierte Argumenten aus, sondern äußerte gegebenenfalls seine finanziellen Bedenken klar und offen. Das Gute nimmt man nur allzu leicht als selbstverständlich hin, aber mir war aus Berichten von Kollegen durchaus klar, dass nicht jeder dasselbe Glück mit seiner Geschäftsleitung hatte wie ich. Deshalb fiel es mir schwer, ihm Ende 1992 meine Entscheidung mitteilen

zu müssen, dass ich die Klinik verlasse. Nach der Wende hatten sich in den neuen Bundesländern finanziell attraktive Möglichkeiten für Investoren eröffnet. In diesem Kontext veräußerte die AHG zwei Kliniken im Westen, darunter Furth im Wald. Nach dem Wechsel der Trägerschaft fühlte ich mich in der Klinik nicht mehr so heimisch und zukunftsoptimistisch wie zuvor. Ein herausforderndes Angebot von Alfons Domma gab dann den letzten Anstoß, mit Mitte Vierzig noch einmal einen Neuanfang zu wagen, unser schönes Haus zu verkaufen und meine Frau und die beiden Söhne aus der vertrauten Heimat zu reißen. Ich konnte nur hoffen, dass die Entscheidung es wert sein würde.

Auf dem Weg zur „idealen Klinik“

Anfang März 1993 stand ich vor der Fachklinik Landgraf Friedrich. Beim Anblick des beeindruckend hohen, schäbig aussehenden Klinikgebäudes kamen mir doch ernstliche Zweifel, dass die Entscheidung gut war. Aber von größter Bedeutung war ja nicht das Gebäude, sondern die Lage am Rande des Rhein-Main-Ballungszentrums am Marktplatz einer Kleinstadt: das komplette Kontrastprogramm zu den üblichen Zauberbergen. Eine Weiterbildungsstätte für Verhaltenstherapie war in der Klinik ansässig, die Fachhochschule bzw. Universität für Angewandte Wissenschaften war kooperationsbereit (Happel et al. 2015), Professor Lauterbach vom Psychologischen Institut der Universität Frankfurt war an einer Zusammenarbeit interessiert (Hoyer et al. 2003; Heidenreich et al. 2006) und in den umliegenden Universitäten Gießen, Marburg und Mainz wurden Psychologen mit positiver Einstellung zu einer Weiterbildung in Verhaltenstherapie ausgebildet. Als wahrscheinlich wichtigste günstige Vorbedingung erwies sich der Rückhalt beim federführenden Leistungsträger.

Diese positiven Rahmenbedingungen machten Mut. Gleichwohl lag in der Klinik eine Herkulesarbeit vor uns. Im Vergleich zum kompletten Umbau einer Klinik ist der Aufbau einer neuen Klinik mit klarem Konzept, dem sich alle neuen Mitarbeiter/innen verpflichtet fühlen, ein arbeitsreiches Vergnügen. Mit Umbau ist ein Prozess der umfassenden Transformation gemeint: Struktur, Organisation, Inhalte und Prozesse müssen harmonisieren. Das ist die entscheidende Qualität. Die Strukturqualität hatte Alfons Domma seit April 1992 bereits erheblich verbessert. Sie alleine hat aber wenig Aussagekraft für die Qualität der Leistungen einer Klinik, ebenso wie jede andere isoliert betrachtete Qualität.

Wie schafft man die Transformation von einer in mehrfacher Hinsicht heruntergewirtschafteten Einrichtung zu einer prosperierenden Klinik, in der das Personal gerne und compliant arbeitet, die Klientel sich gut aufgehoben und erstklassig behandelt fühlt, das Versorgungssystem die Klinik gerne in Anspruch nimmt, die Leistungsträger zufrieden mit der Qualität sind und der Ertrag ausreicht, um alle erforderlichen Investitionen zu tätigen?

Man braucht eine Vision, wohin der Weg führen soll, Gelassenheit, wenn es mal nicht so leicht vorangeht, und ein Leitungsteam, das an einem Strang zieht. Meine Vision von einer idealen Therapie hatte ich bereits dabei (Schneider, R. 1991) und Alfons Domma und ich waren uns einig, die Klinik zu einem Suchtzentrum auszubauen, in dem eines Tages alle Möglichkeiten der Rehabilitation von Süchten und deren Co-Morbiditäten verfügbar sein sollten. Davon musste ich „nur noch“ die Kolleginnen und Kollegen überzeugen und eine solide Mehrheit mit ins Boot holen.

Als großer Pluspunkt erwies sich, dass Alfons Domma Geschäftsführer und

Unternehmer zugleich war. Das machte uns autonom in unseren Entscheidungen, nachdem sie miteinander abgestimmt waren. Ich erhielt freie Hand in allen inhaltlichen Entscheidungen, die die Therapie betrafen, im Personalwesen des Klinischen Bereichs bei Investitionen in bestimmtem Umfang. Dem entsprach die Funktionsbezeichnung „Direktor“. Alfons Domma und ich wohnten über ein Jahr lang in Wohnungen, die zur Klinik gehörten, kannten das Gebäude vom Keller bis zum Dach und hatten viel Zeit, um uns auszutauschen und die geplanten Entwicklungsschritte von Verwaltung und Therapie zu synchronisieren. Im Laufe meines ersten Jahres komplettierte sich das Leitungsteam mit Dr. Eckhard Roediger, dem Leitenden Arzt, und Gertrud Hogl, der Assistentin der Geschäftsführung und Verwaltungsleiterin. Eine große Entlastung und Hilfe für mich war der Wechsel meiner langjährigen Assistentin Karin Traxler aus Furth im Wald nach Friedrichsdorf. Das alles kann man nur als Glücksfall bezeichnen.

Eckhard Roediger war jung, kompetent, voller Elan, überzeugt von unserem Therapiekonzept und frei von Scheuklappen infolge langjähriger Berufstätigkeit in der traditionellen Suchtkrankenversorgung. Querdenken und Neues wagen schienen ein Lebenselixier für ihn zu sein – genau die richtigen Eigenschaften, um den vielen Umbrüchen und Neuerungen der folgenden Jahre gewachsen zu sein. Gegen ihn wirkte ich geradezu bedächtig. Die Mischung funktionierte prächtig. Die richtige Mischung ist wohl auch ein Geheimnis des Erfolgs von Leitungsgremien.

Die Lage der Klinik nahmen wir als Chance und Stärke wahr, nicht als Handicap. Deshalb wurde z.B. die Einschränkung der Aufnahme von Patienten/innen, die innerhalb eines 30-km-Umkreises wohnen, aufgehoben. Das war zugleich die Vorbedingung für unsere integrierte statio-

när-ambulante Therapie ISAT (Schneider et al., 1998), ein wesentlicher Grund für meine Entscheidung, nach Friedrichsdorf zu gehen. Eine weitere wichtige Änderung betreffs Humanität war die Lockerung der Ausgangsbeschränkungen. Da es innerhalb der langjährigen Mitarbeiterschaft erhebliche Vorbehalte gegen eine Verkürzung der Ausgangsbeschränkung gab, wurden Art, Zeitpunkt und Schwere der Rückfälle ein Jahr vor und nach der Änderung protokolliert. In der Regelversorgung kann man bei komplexen Maßnahmen keine Doppelblindstudien durchführen, aber für die Rechtfertigung von derartigen Änderungen an der Konzeption genügen auch solche einfachen Untersuchungsdesigns, sofern die Klientel in beiden Zeitstichproben vergleichbar ist. Die erhebliche Verkürzung des Einzelausgangs vom dritten Behandlungsmonat auf die dritte Woche zog zum Erstaunen vieler keine signifikante Erhöhung der Rückfallhäufigkeit nach sich (Roediger, E., 1997)! Es geht dabei um mehr als die Zulässigkeit der Einschränkung von persönlichen Freiheiten, es geht um die Therapiephilosophie: Ein ausgewogenes Verhältnis von Schutz und Exposition ist von zentraler Bedeutung. Zuviel Schutz kann entmündigen und schwächen. So wie ein Gips am Bein die Muskeln schwinden lässt, so können Schonung, Vermeidung und Schutz die Resilienz und Selbstwirksamkeitserwartung verringern. Das Ausmaß an Schutz richtet sich im Idealfall nach dem individuellen Bedarf. Wesentliche Faktoren sind die Fähigkeit zur Impulskontrolle, die Anfälligkeit für psychosomatische Störungen, die Selbstwirksamkeitserwartung, der Abstand zum Entzug und das Stadium im Änderungsprozess. Das Ausmaß an Exposition mit virtuellen oder realen Auslösern von Verlangen und Risikoverhalten kann gar nicht groß genug sein. Die Dosierung und das Umfeld, in dem die Exposition stattfindet, richtet sich nach den ge-

nannten Faktoren. Deshalb wird z.B. der Einzelausgang nicht automatisch nach einer festgelegten Zeit gewährt, sondern er wird bei medizinischer Unbedenklichkeit individuell von Therapeut/in und Patient/in gemeinsam vereinbart.

Die Lage der Klinik mit S-Bahn- und Autobahnanbindung erleichtert den Kontakt zu vielen Selbsthilfegruppen, die sich abwechselnd jede Woche in der Klinik vorstellen. Dieser Kontakt muss gepflegt werden, gerade in Zeiten, in denen die Selbsthilfe an Volumen zu verlieren scheint. Da sich viele jüngere Therapeuten/innen mit den meist älteren Personen der Selbsthilfe im Kontakt oft schwertun, haben wir eine Position geschaffen, die für die gesamte Klinik Ansprechpartner der Selbsthilfe ist und gemeinsame Treffen und Tagungen organisiert. Ein weiterer Vorteil der Lage ist die Nähe zur vielfältigen Rhein-Main-Arbeitswelt. Zu einem Meilenstein wurde die intensive Einbeziehung der Arbeitgeber durch spezielle Seminare und einen Arbeitskreis der betrieblichen Suchtberater/innen. Zwei Kollegen, Reimund Witt und Ferdinand Leist, entwickelten die Konzepte, organisierten die Betriebsseminare und hielten den Arbeitskreis mit langem Atem all die Jahre am Leben. An den Seminaren nahmen auch die jeweils zugehörigen Patienten/innen und ihre Therapeuten/innen teil. Diese Seminare wirkten oft wie ein Katalysator auf die Behandlungsmotivation und die Arbeitshaltung in der Therapie, weil Vorbehalte und Ängste, mit denen man ansonsten die Klinik verlassen hätte, fast immer verringert oder sogar beseitigt wurden.

Die gesamte Struktur wurde Schritt für Schritt verändert. Die Größe der Teams wurde auf vier Gruppen reduziert, damit Supervision und Fallbesprechungen verlässlich stattfinden können. Zeitfresser wie Großteamsitzungen und Morgenbesprechungen in großer Runde wurden ge-

strichen. Stattdessen wurde eine interne Fortbildung eingeführt, an der sich alle Mitarbeiter/innen als Referent/in beteiligen, indem sie z.B. ihr Arbeitsgebiet und Neuerungen vorstellen. Unser Programm der halbjährigen Einarbeitung von Bezugstherapeuten/innen schließt die Hospitation in anderen Abteilungen – Aufnahmemanagement, Medizinische Station, Ergo- und Sporttherapie – ein, um ein Verständnis für das Funktionieren des Systems und Respekt vor den Leistungen dieser Kolleginnen und Kollegen zu schaffen, aber auch die zusätzliche Auffrischung dieser Kenntnisse in der Fortbildung ist fruchtbar. In ähnlicher Weise erwiesen sich die internen Audits als eines der produktivsten Elemente in dem ansonsten – für meine Begriffe – zu aufgeblasenen Qualitätsmanagement: Sie schufen quer durch alle Abteilungen Verständnis, Respekt und Anerkennung für die Arbeit der anderen, wenn z.B. Mitarbeiter/innen der Hauswirtschaft die Ärzte/innen oder Bezugstherapeuten/innen die Küchenmitarbeiter/innen auditierten und v.v..

Die meisten Teams wurden auf Untergruppen spezialisiert: Senioren/innen, Kurzzeit und Kombi, erneute Behandlung nach Rückfall, polyvalente Abhängigkeit und Sozialtherapie/Arbeitslosigkeit. Das Aufnahmemanagement wurde dadurch kompliziert mit unterschiedlichen Wartezeiten, aber der Aufwand hat sich gelohnt.

Die zunehmende Individualisierung der Psycho- und Sozialtherapie weitete sich in alle übrigen Bereiche aus. Leitender Arzt seit 2002 und mein Nachfolger als Direktor ist Dr. Dietmar Kramer. Zusammen mit dem Leiter der Sport- und Bewegungstherapie Sven Bühler individualisierte er diesen Bereich, indem mithilfe einer speziellen Eingangsdiagnostik die Fitness (Kraft, Kondition, Beweglichkeit und Koordination) und im Gespräch die Interessen, Wünsche und Vorbehalte ermittelt wurden.

Vergleichbares geschah in der Ergotherapie und im Sozialdienst. Die Ergotherapie wurde im Bereich der berufsbezogenen Maßnahmen der realen Arbeitswelt unserer Klientel angepasst, das hieß insbesondere, dass die landwirtschaftliche Arbeit aufgegeben und unter anderem durch EDV-Schulung und Büroarbeitsplatztraining ersetzt wurde. Ausführlicher dazu siehe Schneider & Nels (2013).

Mitten in die Zeit der Planung einer kostenintensiven Renovierung aller Klinikräume, verbunden mit Neubauten, platzte die Bombe des Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetzes ((WFG) s. Teil B Meilensteine 1996). Wir waren von den beschlossenen Kürzungen nicht so schwer betroffen wie mancher andere, weil unsere Behandlungsdauern bereits in dem neu festgesetzten Bereich lagen, aber der Schock saß auch uns in den Knochen. Die Nervenstärke des Unternehmers, die Renovierung nicht zu verschieben, erwies sich als richtig. Die Räume und Wege in der Klinik wurden erheblich attraktiver und wir verfügten ab 1997 über ein EDV-Netzwerk, das die Kommunikationsstruktur, die Berichtserstellung und das Informationssystem revolutionierte. Sie war die Vorbedingung für einen Entwicklungsschritt mit Siebenmeilenstiefeln: Die elektronische Patientenakte, in die alle therapeutischen Mitarbeiter/innen jederzeit Einblick haben und dort kontinuierlich ihre Eintragungen machen (Kramer & Schneider, 2008). Das verschafft maximale Transparenz, erübrigt viele Telefonate oder Kurzkontakte wegen irgendwelcher Sachfragen und vergrößert damit das Zeitbudget für wichtigere Tätigkeiten und Patientenkontakte. Wenn alle Eintragungen komplett sind, erstellt die EDV den Entwurf des Entlassungsberichtes, den der Patient noch vor dem Ende der Behandlung einsehen und gegebenenfalls kommentieren kann. Die anfänglich von

uns selbst mit einem IT-Fachmann entwickelte Software „salusDoc“ sprengte schon bald die Grenzen unserer Möglichkeiten, so dass die Weiterentwicklung der EDV gemeinsam mit uns extern erfolgte (navacom IT Solutions, Hürth).

Ein weiteres Beispiel: Die immer wieder neu zu druckenden Informationshefte, die in jedem Zimmer auslagen, wurden durch ein Info-Terminal ersetzt, das tagesaktuell alle kurzfristigen Änderungen auf dem Begrüßungsbildschirm präsentiert. Schon das war ein kleiner technischer Meilenstein. Seit der flächendeckenden Versorgung mit Smartphones haben wir mit der Entwicklung der salus-App einen Hinkelstein gesetzt. In der App sind alle Inhalte des Info-Terminals jederzeit verfügbar, aber das ist nur eine ihrer vielen Funktionen. Die salus-App ist im Google und Apple-Store für jeden verfügbar, außerhalb der Klinik allerdings ohne die Therapie-Tools. Die App kann unsere Patienten/innen nach Hause begleiten und dort weiter von Nutzen sein.

ISAT war der Startpunkt für die Öffnung zur ambulanten Behandlung. Als die „Kombi“-Therapie als Variante allgemein zugelassen wurde, verringerte sich der Bedarf an ISAT und wir eröffneten eine Fachambulanz. Für stationäre Patienten/innen aus dem Rhein-Main-Gebiet bietet sich dadurch die sichere Möglichkeit, ihre Therapie nahtlos ambulant fortzuführen, und auch im Hochtaunuskreis gibt es damit ein Angebot für alle, bei denen eine rein ambulante Behandlung indiziert ist. Mit den bundesweit von den Leistungsträgern zugelassenen Formen der ambulanten und ganztägig ambulanten Rehabilitation haben wir zwei wohnortnahe Angebote geschaffen. Solange diese beiden Formen der Rehabilitation noch nicht existierten, wurde häufig über die Vor- und Nachteile der Wohnortnähe einer stationären Behandlung

diskutiert. Spätestens seit der flächen-deckenden Verbreitung der modernen Kommunikationsmittel, die das Internet nutzen, scheint mir diese Frage obsolet. Die sich heute stellende Frage lautet eher: Werden alle bereits vorhandenen technischen Mittel, wie suchtspezifische Apps, Foren, Chat-Rooms, Chat-Dienste, Suchmaschinen usw. von der Suchthilfe produktiv eingesetzt und werden neu auf den Markt kommende Möglichkeiten proaktiv geprüft und gegebenenfalls gefördert?

Ein sehr wertvolles und heute nicht mehr wegzudenkendes Behandlungsangebot ist die Adaption. Im Gegensatz zu den meisten externen Adaptionseinrichtungen können unsere Patienten/innen ohne erneute Eingewöhnungsphase sehr zeitnah mit der Arbeitserprobung beginnen und darauf bereits während der Zeit vor Aufnahme in die Adaption vorbereitet werden. Es gibt in unserer Region Arbeitsstellen in vielen Branchen, in denen Arbeitserprobungen unter realen Bedingungen möglich sind.

Die Suchtklinik hatte anfangs eine „psychosomatische Abteilung“ für die Klientel mit Doppeldiagnosen. Aus diesen Anfängen entstand eine veritable Psychosomatische Klinik in einem neuen Gebäude mit dem Unterbringungsstandard, der ab dem Umzug nach Bad Nauheim 2024 allen Patienten zur Verfügung steht: Einzelzimmer. Oft entwickelt sich bei Ängsten, somatoformen Störungen und Depressionen ein Medikamentenmissbrauch. Für diese Klientel ist eine Klinik in unmittelbarer Nachbarschaft einer kooperierenden Suchtklinik besonders geeignet. Umgekehrt profitiert die Suchtklinik von der klinischen Kompetenz der anderen Kollegen/innen. Die oft nicht eindeutig zuzuordnenden Verhaltenssüchte (Glücksspiel, Kaufen, Gaming) können in beiden Häusern behandelt werden.

Was zur Vervollständigung meiner „idealen Klinik“ bis zum Ende gefehlt hat, war die offizielle Möglichkeit des Entzugs in der Medizinischen Station. Ich bin gespannt, ob das trotz der vorwiegend rechtlichen Probleme eines Tages doch noch gelingt.

Organisationen, Institute, Interessenverbände, Gremien, Vereine

Als Therapeut/in und leitende/r Mitarbeiter/in ist man mit seinem täglichen Arbeitspensum vollauf ausgelastet. Was kann einen dazu bewegen, sich darüber hinaus extern zu engagieren?

Während der ersten 25 Jahre meiner Berufstätigkeit war ich in Sachen Fort- und Weiterbildung gerne und häufig unterwegs auf Kongressen und Tagungen des IFT in Riva und Freiburg, der DHS (Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) und DGS (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.) oder des FVS (Fachverband Sucht e.V.) in Heidelberg, bei Selbsthilfeorganisationen, bei Weiterbildungsinstituten für Psychotherapeuten/innen sowie in Hochschulen. Diese Aktivitäten boten die Gelegenheit, mal aus dem Alltagsstrott herauszukommen, und die Vorbereitung auf Seminare, Workshops und Kongresse veranlasste mich stets aufs Neue, mein Tun zu reflektieren und gedanklich zu präzisieren. Außerdem wirkt sich die Begegnung mit Personen, die aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen mit anderem Erfahrungshintergrund kommen, fast immer bereichernd und anregend aus. Eine erwünschte Nebenwirkung solcher Veranstaltungen ist die indirekte Werbung für die Klinik und die Suchtarbeit insgesamt. Und sie dienen der Bildung und Festigung von Netzwerken. So war beispielsweise die Fortbildung und Supervision für Psychologen/innen des TÜV im Rahmen der Kurse für alkoholauffällige Kraftfahrer/in-

nen in Regensburg nicht nur ein direkter Anknüpfungspunkt zwischen der Arbeit des TÜV und der Klinik, sondern außerdem ein Impuls, über gestufte Interventionsprogramme bei sicherheitsrelevanten Berufsgruppen nachzudenken.

Ich empfehle allen Kolleginnen und Kollegen, gerade diejenigen, die nicht in einer leitenden Funktion tätig sind, sich in einer persönlich angemessenen Dosis in die Fort- und Weiterbildung einzubringen. Die Leitung sollte für entsprechende Anreize und Förderung sorgen.

Die Mitwirkung in Gremien und Organisationen war weniger mein Ding. So etwas empfand ich stets als lästig oder gar als Strafarbeit. Oft ist ein solches Engagement jedoch von großer, manchmal existentieller Bedeutung. Von den Mitarbeitern in den Einrichtungen wird der Stellenwert der Arbeit von Verbänden wie dem FVS allerdings nur selten angemessen eingeschätzt. Man profitiert davon, ohne etwas dafür tun zu müssen. „Fragt nicht, was euer Land für euch tun kann – fragt, was ihr für euer Land tun könnt“, hat J.F. Kennedy in seiner Antrittsrede 1961 gesagt. Diese Frage stellte sich mir, bezogen auf den Fachverband Sucht e.V., als ich 2001 aufgefordert, für den Vorstand des FVS zu kandidieren. Bis 2013 übernahm ich das Amt des Vorstandsvorsitzenden. Die großen Ereignisse in diesem Zeitraum sind in den Meilensteinen von V. Weissinger nachzulesen. Es wurde eine sehr viel interessantere und angenehmere Zeit, als ich Vereinsmuffel anfangs erwartet hatte. Das lag zum einen an dem guten Klima im Vorstand, zum anderen an der guten Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle in Bonn und insbesondere am Geschäftsführer Volker Weissinger, dessen enorme Schaffenskraft und politische Klugheit wesentlich zum heutigen Renommee des Fachverbands beigetragen hat.

Bedauerlich fand und finde ich die Vielzahl von unzureichend koordinierten Akteuren in der Suchthilfe. Das beginnt bei der Selbsthilfe und endet bei den großen Verbänden. Einer der Gründe für diese Situation liegt in der Tradition der Suchthilfe. Neben der staatlichen und kommunalen Gesundheitsversorgung und Sozialhilfe waren ursprünglich die katholische und evangelische Kirche die eigentlichen Träger der Suchthilfe. Deshalb gibt es in der Selbsthilfe den Kreuzbund, das Blaue Kreuz in Deutschland, das Blaue Kreuz in der Evangelischen Kirche, die Freundeskreise, die Guttempler, zudem die Anonymen Alkoholiker, Al-Anon, Narcotics Anonymous und viele freie regional gebundene Angebote – absolut verwirrend für Neueinsteiger in der Suchthilfe. Die Anzahl von Organisationen und Verbänden ist mittlerweile etwas übersichtlicher geworden: Dazu gehören beispielsweise die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Bundesverband Suchthilfe (bus, bis 2021 buss), Caritas-Suchthilfe (CaSu), Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr+), Fachverband Glücksspielsucht (fags). Es war mir in meiner Amtszeit beim FVS ein wichtiges Anliegen, dass sich die relevanten Verbände in wichtigen Fragen vor gemeinsamen Terminen mit Politikern und anderen Entscheidungsträgern zumindest austauschen und möglichst zu einem Grundkonsens kommen, denn in solchen Verhandlungen gilt immer noch das römische Prinzip des „divide et impera“ (teile und herrsche): Untergruppen mit widersprüchlichen Interessen besitzen keine Durchsetzungsfähigkeit. Ebenso ist es in aller Interesse, wenn die Termine von Kongressen und Tagungen miteinander koordiniert werden. Das ist tatsächlich immer besser gelungen.

Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) wurde 1978 als interdisziplinäre Fachgesellschaft gegründet. Sie ist für alle an dem Thema interessierten Berufsgruppen of-

fen. Wissenschaftler und Praktiker aus den Fachgebieten der Medizin, Psychologie, Sozialpädagogik, Sozialer Arbeit, Soziologie, Rechtswissenschaften, Theologie und anderen Berufsgruppen sind in der interdisziplinären Fachgesellschaft aktiv vertreten. Ich fand es bedauerlich, dass mit Gründung der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin dem einigenden Interesse der DG-Sucht ein starkes Partikularinteresse entgegengesetzt wurde. Es war dann kaum verwunderlich, dass bald darauf die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie ins Leben gerufen wurde. Obwohl ich selbst zur vorbereitenden Versammlung nach Friedrichsdorf eingeladen hatte, wünschte ich mir nach wie vor, dass die beiden Gesellschaften sich eher als Untergruppen der DG-Sucht verstehen würden. Ein frommer Wunsch, wie man so sagt.

Ein persönlicher Meilenstein war meine Berufung in die Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (Reha-Kommission) beim Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (VDR, heute DRV Bund). Ausgehend von einer problemorientierten Bestandsaufnahme sollten Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Reha-Konzepte ausgesprochen werden. Das war der Startpunkt der Qualitätsentwicklung und -sicherung in der DRV. Die Arbeitsgruppe „Sucht“ traf sich zwischen 26.6. 1989 und 29.7.1991 mehrfach in Frankfurt am Main. Die Teilnehmerschaft war aus verschiedenen Berufsgruppen der Rentenversicherung und des professionellen Suchthilfesystems zusammengesetzt. Die Erfahrungs- und Interessensunterschiede waren durchaus spürbar, aber das gemeinsame Interesse an der Verbesserung der Rehabilitation überwog. Die Empfehlungen wurden veröffentlicht (VDR 1991), aber außerhalb der Rentenversicherungsträger kaum zur Kenntnis genommen. Wichtige Empfehlungen bezogen sich auf die ambulante

Rehabilitation Sucht und die Adaption. Wie mit den übrigen Empfehlungen verfahren wurde, haben wir nicht im Detail in Erfahrung bringen können, denn ein offizielles Feedback fand nicht statt. Die letzte Empfehlung in unserem Bericht lautete: „Die Entwöhnungseinrichtungen sollten zu einer Basisdokumentation ihrer Tätigkeit verpflichtet werden“. Das ist irgendwann in der Folgezeit geschehen. Die Umsetzung der vorletzten Empfehlung „Im Pflegesatz der Entwöhnungseinrichtungen sollte ein fester Betrag für Dokumentation und Forschung vorgesehen werden“ wurde wohl übersehen.

Zur Auswahl einer geeigneten Einrichtung

Das Wunsch- und Wahlrecht in der Rehabilitation beschränkte sich während meiner ersten 15 Arbeitsjahre allenfalls auf ein Wunschrecht. Im Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme, die seinerzeit auf die stationäre Behandlungsform beschränkt war, konnte die ambulante Suchtberatungsstelle eine Einrichtung mit mehr oder weniger ausführlicher Begründung vorschlagen. Wenn die Rentenversicherung diesem Vorschlag nicht folgte, sondern die Genehmigung für eine andere Einrichtung aussprach, konnten die Versicherten und ihre Beratungsstellen zwar Widerspruch einlegen, aber dies geschah selten, weil sich dadurch die Wartezeit bis zum Antritt der Maßnahme weiter hinausgezögert hätte. Und es gab gelegentlich auch gute Gründe für eine Ablehnung durch die Leistungsträger, z.B. wenn Beratungsstellen ausschließlich stationäre Einrichtungen ihres eigenen Trägers vorschlugen oder wenn die vorgeschlagene Einrichtung eine erheblich längere Wartezeit als vergleichbare andere hatte. Prinzipiell verstand sich der RV-Träger auf Basis der rechtlichen Vorgaben als Herr des Ver-

fahrens, der Ort, Zeit und Umfang der Maßnahme nach sachgerechtem Ermessen zu bestimmen hatte.

Mittlerweile stellt sich die Situation völlig anders dar: Es gibt ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Formen der Rehabilitation mit verschiedener Dauer und Kombination, das Internet ermöglicht einen frühzeitigen Einblick in die Einrichtungen und das Wunsch- und Wahlrecht der Versicherten wird weitgehend respektiert. Es besteht eine echte Wahlmöglichkeit für die Betroffenen. Es geht also heute weniger um die Auswahl einer geeigneten Einrichtung als um die Auswahl der richtigen Verfahren in der richtigen Kombination. Das „Stepped Care“-Prinzip mit seiner scheinbar bestechenden Logik, mit der geringfügigsten Intervention zu beginnen und deren Ausmaß schrittweise zu steigern, sehe ich in diesem Zusammenhang mit kritischen Augen. Erstens lässt dieses Prinzip außer Acht, dass eine der gravierendsten Folgen psychischer Störungen in einer oft tiefgreifenden Demoralisierung besteht. Sie ist eine Folge der fehlgeschlagenen Selbsthilferversuche und ist für viele Suizide verantwortlich. Schon Jerome Frank (1985) hat in seinem noch immer absolut lesenswerten Buch „Die Heiler“ die große Bedeutung der Remoralisierung in frühen Phasen der Therapie hervorgehoben. Je öfter man bei den ersten „kleinen Schritten“ stolpert, desto schwerer wird es, sich wieder aufzurappeln und den Mut und die Kraft aufzubringen, einen neuen Versuch zu wagen: Die Demoralisierung wird stärker statt schwächer. Deshalb ist es in vielen Fällen besser, „Nägel mit Köpfen zu machen“ und damit die Remoralisierung zu fördern. Zweitens ist nicht nur die Schwere des Falles, wie sie sich z.B. in den Rehabilitanden-Management-Kategorien (s. Teil B Meilensteine) widerspiegelt, bei der Auswahl des Verfahrens und der be-

teiligten Einrichtungen entscheidend, sondern insbesondere das Ausmaß des Sicherheitsbedürfnisses der Betroffenen, der Familien und der Arbeitgeber. Man denke nur an Piloten, Berufskraftfahrer, Soldaten, Polizisten und im Hochsicherheitsbereich Tätige.

Auf dem Heidelberger Kongress 2007 hatte ich meinem Vortrag zur Qualität der Suchtbehandlung die Frage vorangestellt „Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“, um damit dem fachlichen Thema einen persönlichen Aspekt hinzuzufügen: In guter Kenntnis deiner Person, deiner Eigenarten und Bedürfnisse – was brauchst du und was tut dir gut? Die Beantwortung dieser Frage ist für das Gelingen einer Therapie oft ausschlaggebender als die Bewertung der Einrichtung in einem zertifizierten Ranking. Ich selbst habe am liebsten solche Einrichtungen empfohlen, in denen ich wenigstens eine Person kannte, von der ich erwarten durfte, dass sie sich um die von mir vermittelte Person kümmert. Das Sich-Kümmern und Ernstnehmen der persönlichen Bedürfnisse sind nicht alles, aber sie sind von zentraler Bedeutung für einen guten Start in einer unbekanntenen Umgebung. Im Übrigen sind für mich die im o.g. Vortrag aufgestellten 10 Qualitätskriterien nach wie vor gültig (Schneider, R. 2008).

Was ich bedaure

Ich mag das derzeitige Gejammere in allen Branchen und vielen Teilen der Bevölkerung unseres Landes manchmal nicht mehr hören. Früher war alles besser, jetzt geht es nur noch bergab mit Deutschland und so weiter und so fort. In dieses Horn möchte ich hier nicht stoßen, denn in der Suchthilfe hat sich während der vergangenen 50 Jahre viel Positives getan. Gleichwohl gibt es einige Dinge, die ich vermisse.

Erstens: Die persönliche Begleitung. Es gab für mich kaum ein besseres Kriterium für einen guten Therapieverlauf, als wenn eine Patientin oder ein Patient in Begleitung eines Mitglieds der Selbsthilfe oder der Beratungsstelle in die Klinik kam. Die Begleiter kannten uns, man war vertraut miteinander und positiv eingestellt. Diese Atmosphäre übertrug sich auf die Klientel und gab ihr das Gefühl der Sicherheit und des Willkommen-seins. Umgekehrt war es in der Zeit der geschlossenen Gruppe möglich, dass ein/e Therapeut/in seine Patienten/innen nach Hause fuhr und dabei ein gemeinsames Gespräch in der Ambulanz einplante. So etwas ist sehr zeitintensiv, denn dafür werden die Stunden eines ganzen Tages verbraucht und die vorgeschriebenen Leistungen gemäß Therapiestandard können nicht erbracht und dokumentiert werden. Die sozialen Medien treten zwar vermehrt an die Stelle persönlicher Kontakte, aber vollkommen ersetzen können sie sie sicherlich nicht.

Zweitens: Vertrautheit mit dem System der Suchthilfe. Mitte der Siebziger durfte ich drei Monate lang als Gast an einer Schwabinger Gruppe der AA teilnehmen. Das war ungewöhnlich und es war auch keine typische AA-Gruppe, denn während der gesamten Zeit meiner Teilnahme blieb die Besetzung der Gruppe gleich. Die älteren Herren kannten sich schon lange und gingen herzlich-hart miteinander um, was einen tiefen Eindruck bei mir hinterließ. Man wusste um die wunden Punkte der anderen und sprach sie schonungslos an, wenn es notwendig erschien, ohne dass dies Verletzungen hinterließ. Es herrschte eine völlig andere Atmosphäre als in der üblichen Gruppentherapie. Etwas davon fand ich später in den Gruppentherapien der Ex-User wieder. Den Unterschied zwischen einer Selbsthilfegruppe ohne zeitliche Begren-

zung und einer Therapiegruppe sollten Behandler aus persönlicher Erfahrung kennen. Für diese Erfahrung fehlen leider oft die Zeit und manchmal auch das Interesse. Dasselbe gilt für die Tätigkeit in Fachambulanzen, in der betrieblichen Suchthilfe und in Entzugseinrichtungen. Für das wechselseitige Verständnis und eine sektorenübergreifende Planung des Änderungsprozesses ist es sinnvoll, die Möglichkeiten und Grenzen der Arbeit in allen Bereichen der Suchthilfe zu kennen (Schneider, R. 2006). Ansonsten hält sich jeder Sektor für den Nabel der Welt und alle anderen sind nur Zuarbeiter, obwohl heute jeder wissen müsste, dass es viele Wege aus der Sucht gibt und dass in vielen Fällen das professionelle Hilfesystem dafür überhaupt nicht in Anspruch genommen wird. Um das wechselseitige Verständnis zu fördern, hielt ich unser Haus stets offen für Hospitationen und habe sogar aktiv dafür geworben. Aber von Jahr zu Jahr ist das Zeitbudget für solche Aktivitäten immer geringer geworden. Schade.

Zu guter Letzt

Unmittelbar vor Beginn der Corona-Pandemie habe ich Ende 2019 aufgehört, in der Klinik zu arbeiten, und ich habe auch mit allen sonstigen Tätigkeiten und Engagements im Therapie- und Suchtbereich abgeschlossen (Diese Zeilen sind eine absolute Ausnahme). Von daher habe ich die Entwicklungen der vergangenen vier Jahre nicht mehr intensiv verfolgt, hatte aber den Eindruck, dass die Bewältigung der Pandemie viel Energie in den Kliniken gebunden hat, die jetzt hoffentlich wieder für die inhaltliche Arbeit und Innovation zur Verfügung steht.

Was bringt die Zukunft? Im Großen und Ganzen dürfte alles seinen gewohnten Gang gehen, weil die Prozesse durch

die Leistungsträger verbindlich geregelt sind, bis hin zum Entlassmanagement und zur Adaption (s. Teil B Meilensteine 2019). Die Qualitätssicherung der DRV bestimmt weitgehend, was bleibt und was sich ändert. Das QS-Gebäude ist fest verputzt und wasserdicht, während das Fundament – die Zusammenstellung der zu erbringenden Leistungen (KTL) und die daraus abgeleiteten Bewertungskriterien (Reha-Therapiestandards) – keineswegs auf empirisch gesichertem Grund steht. Hier gibt es noch eine Menge zu tun, um für ausreichend Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit des QS-Systems zu sorgen. Gleichwohl hoffe und wünsche ich uns, dass die Trägerschaft der Entwöhnungsbehandlung bei der Rentenversicherung verbleibt, weil in ihrem Rahmen die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte der Krankheit angemessen und integrativ gewürdigt werden. Wünschenswert bleibt die Reduzierung der Bürokratie und des Zwangs zur Erzeugung von Datenfriedhöfen. Die freiwerdenden Ressourcen wären in der direkten Arbeit mit den Rehabilitanden sinnvoller eingesetzt. Vielleicht wird in den Bereichen der Datenerhebung und im Berichtswesen die Künstliche Intelligenz gute Dienste leisten.

Praxisrelevante Fortschritte in der Suchtbehandlung würde ich davon erwarten, wenn die Suchtforschung neben der „evidence-based practice“ vermehrt auf die „practice-based evidence“ setzt, dass also neben den meist im universitären Rahmen auf Grundlage empirischer Evidenz entwickelten pharmako- und psychotherapeutischen Methoden und Techniken häufiger die im Rahmen der alltäglichen Versorgung gewonnenen therapeutischen Erfahrungen Berücksichtigung finden. Herausragende Beispiele für eine gelungene Kombination beider Strategien

hat u.a. Johannes Lindenmeyer in Lindow in Kooperation mit niederländischen Hochschulen geliefert. Davon sollten sich möglichst viele deutsche Universitäten und Kliniken inspirieren lassen.

Alles steht und fällt mit dem Personal. Im Laufe der letzten Jahrzehnte hat sich der Anteil des psychologisch ausgebildeten Personals in stationären Einrichtungen immer mehr vergrößert. Das Arbeitsfeld war für Psychologinnen und Psychologen ursprünglich deshalb besonders interessant, weil die Suchtrehabilitation ihnen ausnahmsweise die Möglichkeit bot, weitgehend selbständig Psychotherapie auszuüben. Das 1999 in Kraft getretene Psychotherapeutengesetz hat die Attraktivität der Arbeitsplätze in den Suchtkliniken deutlich gemindert. Infolge der erleichterten Möglichkeit zur Niederlassung in eigener Praxis wurde es erheblich schwieriger, die Psychotherapeuten/innen über die Weiterbildungszeit hinaus dauerhaft an die Kliniken zu binden. Eine neue Herausforderung stellt der derzeitige Wandel von der postgradualen Weiterbildung zu einer universitären Ausbildung dar. Die Ausbildung endet mit der Approbation. Das wird in vielerlei Hinsicht als Vorteil für die Auszubildenden gewertet, nicht zuletzt wegen der finanziellen Vergütung. Im Anschluss an die Ausbildung sind – analog zur Facharztweiterbildung – noch einige Weiterbildungsjahre im ambulanten und stationären Setting zu leisten. Damit die Nachteile dieser Regelung für die Kliniken nicht zu einem dauerhaften Problem werden, müssen die Fachverbände gemeinsam mit den Leistungsträgern nachhaltige Lösungen erarbeiten, die gewährleisten, dass die Behandlungsteams mit erfahrenen Fachleuten besetzt sind. Dazu gehört an vorderer Stelle ein angemessenes Gehalt. Die neue Aus- und Weiterbildungsordnung verdeutlicht noch plastischer als bisher die Parallelität der Qualifizierung

von Fachärzten/innen und Psychotherapeuten/innen. Eine dementsprechende Vergütung der Mitarbeiter/innen wie der Kliniken ist eine Voraussetzung für den Fortbestand qualifizierter Behandlungen in der Suchtrehabilitation.

Wenn sich eine Person entschließt, psychotherapeutisch in der Suchthilfe/-behandlung tätig zu werden, dann sollte man ihre Erwartungen in Erfahrung bringen, sie respektieren, aber gegebenenfalls auch klären und lenken, zum Beispiel durch eine Begrüßung wie diese: „Herzlichen Glückwunsch zu Deiner Entscheidung, Dich mit Süchten und Süchtigen zu befassen. Es lohnt sich dreifach! Es lohnt sich für Dich, weil Du etwas Befriedigendes, Sinnstiftendes tust. Es lohnt sich für die Betroffenen und alle, die ihnen nahestehen, weil ihre Leiden gemindert und die Chancen für ein gelingendes Leben erhöht werden. Und es lohnt sich für das Gemeinwohl, weil sich Lasten verringern und produktive Mitglieder zurückgewonnen werden. Du behandelst hier keine Störung, sondern Du hilfst Menschen, sich zu ändern. Diese Menschen sind in jeder Hinsicht sehr verschieden und entsprechend individuell sind die Therapien. Spezielle Kenntnisse und Fertigkeiten im Bereich der Sucht sind wichtig, aber Deine therapeutische Tätigkeit ist nicht darauf reduziert.“ Die Haltung, die vermittelt werden soll, lautet: Die Therapie hat sich der Person anzupassen und nicht umgekehrt! Wer diese Auffassung teilt, mag störungsspezifische Behandlungsmodelle und ihre Manuale gerne verwenden, aber er wird sie nicht als Kern seines therapeutischen Handelns betrachten. Die Personorientierung hat für mich klare Priorität vor der Störungsorientierung, obwohl ich mich selbst immer intensiv um störungsorientierte Konzepte und Manuale gekümmert habe, zum Beispiel für die

Indikativen Gruppen. Manuale sind in diesem Kontext schon deshalb sinnvoll und notwendig, weil die Transparenz unabdingbar für die kollegiale Vertretbarkeit und damit für die Kontinuität und Verlässlichkeit der Maßnahmen ist. Aber Transparenz taugt nicht als Argument für eine Standardisierung aller therapeutischen Prozesse! Das wäre eine Sackgasse, denn auch und gerade die Psychotherapie lebt von Überraschungen, Aha-Momenten und unvorhergesehenen Erweiterungen des Horizonts. Deshalb mein Appell zu guter Letzt: Lasst der Therapie die Luft zum Atmen, ihre notwendigen Freiheitsräume, und erstickt sie nicht mit immer mehr Reglementierungen und Standards! Es klingt paradox, aber es ist tatsächlich möglich, dass die Qualitätssicherung Qualitäten beeinträchtigt oder verhindert. Das sollte man ernst nehmen und unter diesem Aspekt die Qualitätssicherung überprüfen.

Zum Schluss noch ein Tipp für alle Verantwortungsträger und Praktiker. Versetze dich gelegentlich in die Zukunft und lass deiner Fantasie freien Lauf zu folgender Frage: „Über was in unserem heutigen Umgang mit Süchten könnte man sich in 10, 20 oder 50 Jahren köstlich amüsieren oder verständnislos den Kopf schütteln?“ Wenn dir nichts einfällt, solltest du mal eine Auszeit nehmen.

Nachwort

Als ich damit begann, mich auf Volker Weissingers Idee für diesen Beitrag einzulassen, musste ich meinem Gedächtnis erst einmal auf die Sprünge helfen. Neben den fachlichen Artikeln fand ich sogar ein verloren geglaubtes Tagebuch aus der Anfangszeit in Furth im Wald. Besonders schön und hilfreich war es, in den 50 Ausgaben unserer Klinikzeitung salü zu blättern, die seit 1994 zweimal

im Jahr über aktuelle Themen und Neuerungen berichtet. Ich hätte Monate damit verbringen können, in Erinnerungen zu schwelgen, musste aber irgendwann das Stöbern beenden und mit dem Schreiben beginnen. Ob die hier getroffene Auswahl an persönlich wichtigen Wegmarkierungen meines Berufslebens valide ist, weiß ich nicht. Noch weniger sicher bin ich mir, ob jemand aus den Erfahrungen anderer lernen kann. Die Geschichte der Menschheit lässt daran zweifeln.

LITERATUR

- Bühringer, G. (1981) *Planung, Steuerung und Bewertung von Therapieeinrichtungen für junge Drogen- und Alkoholabhängige*. München
- Fahrner, E.-M. (1982). *Sexualstörungen bei männlichen Alkoholabhängigen: Häufigkeit, Erklärungskonzepte, Behandlung*. In: *Suchtgefahren*, Heft 1, 27-37.
- Frank, J.D. (1985). *Die Heiler. Klett-Cotta (Persuasion and Healing. Baltimore-London, 1961)*
- Heidenreich, T., Schneider, R., Michalak, J. (2006). *Achtsamkeit: Ein neuer Ansatz zur Psychotherapie süchtigen Verhaltens*. *Sucht* 52 (2), 140-149
- Hoyer, J., Heidenreich, T., Fecht, J., Lauterbach, W., Schneider, R. (2003). *Stadien der Veränderung in der stationären Alkoholentwöhnungstherapie*. *Verhaltenstherapie* 13, 31-38.
- Kern, P. (1986). „*Meinem Leben einen Sinn geben*“. *Suchtgefahren*, 32., 4, 254-268.
- Kramer, D., Schneider, R. (2008). *Time is tight ... und deshalb: ein EDV-System zur Steuerung des Rehabilitationsprozesses*. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Qualitäten der Suchtbehandlung*. Geesthacht. 337-344.
- Krumboltz, J.D. & Potter, B. (1980). *Verhaltenstherapeutische Techniken für die Entwicklung von Vertrauen, Kohäsion und Zielorientierung in Gruppen*. In: *Grawe, K. (Hrsg.). Verhaltenstherapie in Gruppen*. München, 56-65.
- Küfner, H., Feuerlein, W. (1992). *Evaluation der stationären Behandlung von Alkoholabhängigen – Ergebnisse einer 4-Jahreskatamnese*. In: *Häussler, B. et al. (Hrsg.). Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*. Berlin, 320-338.
- Roediger, R. (1997). *Wieviel „Struktur“ braucht der Süchtige wirklich?* *Salü*, 1, 2.
- Schneider, R. (1985). *Suchtverhalten aus lerntheoretischer und verhaltenspsychologischer Sicht*. In: *Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). Süchtiges Verhalten – Grenzen und Grauzonen im Alltag*. Hamm, 48-65.
- Schneider, R. (1981). *Grundannahmen deutscher Suchttherapiekonzepte*. In: *Heide, M., Klein, T., Lieb, H. Abhängigkeit zwischen biochemischem Programm und steuerbarem Verhalten*. Bonn, 97-
- Schneider, R. (1991). *Wirkfaktoren in der Therapie*. In: *Heigl-Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C. (Hrsg.). Suchttherapie - psychoanalytisch verhaltenstherapeutisch*. Göttingen, 85-107.
- Schneider, R. (1993). *Die Einbeziehung der Partner in der stationären Verhaltenstherapie*. In: *Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.). Sucht und Familie*. Freiburg, 193-212.
- Schneider, R., Ulbrich, K., Sheade, B., Costa, M., Kluger, H. (1998). *Integrierte stationär-ambulante Therapie ISAT*. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Suchttherapie unter Kostendruck*. Geesthacht.

Schneider, R. (2006). *Integrative Behandlung in der Suchthilfe*. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Integrierte Versorgung*. Geesthacht. 18-49.

Schneider, R. (2008). „Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?“ oder: *Was die Qualität der Suchtbehandlung im wirklichen Leben ausmacht*. In: *Fachverband Sucht (Hrsg.). Qualitäten der Suchtbehandlung*. Geesthacht. 62-92.

Schneider, R., Nels, C. (2013). *Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation bei Suchterkrankungen*. *Sucht Aktuell*, 49-57.

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (1991). *Reha-Kommission, Abschlußberichte Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“, Teilband 3*. Frankfurt, 633-722.

Vollmer, H., Kraemer, S., Schneider, R., Feldhege, F.-J., Schulze, B., Krauthan, G. (1982). *Ein verhaltenstherapeutisches Programm zur Behandlung junger Alkoholabhängiger*. In: *Vollmer, H., Kraemer, S. Ambulante Behandlung junger Alkoholabhängiger – Beschreibung und Ergebnisse eines verhaltenstherapeutischen Programms*. München, 45-78.

Autor:

Ralf Schneider

Vita

Vom SS 1968 bis 1973 Studium der Psychologie an der Wilhelms-Universität Münster; Klinische Psychologie bei Prof. L. Kemmler, 3-semestriige Grundausbildung in Verhaltenstherapie durch I. Reiss und D. Schulte, Gesprächspsychotherapie als Zweitverfahren bei H. Bommert. Anschließend 1974-1977 Fortsetzung der VT-Ausbildung u.a. bei F.H. Kanfer, R.P. Liberman, R. Ullrich & R. Ullrich de Muynck, M.E.P. Seligman. Später Fortbildung u.a. in NLP (Thies Stahl) und Hypnotherapie; suchtspezifisch u.a. bei Alan Marlatt und Ruth Gordon.

1974-77

Forschungsassistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, in der Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit (Leitung: Prof. Dr. J.C. Brengelmann). Am IFT, Institut für Therapieforschung, 1974 Ausarbeitung des ersten Curriculums für die Weiterbildung zum Suchtkrankentherapeuten im Rahmen des Gesamtverbands für Suchthilfe, Kassel. Mit H.C. Vollmer Weiterbildung des Teams der Fachklinik Am Hellweg in Oerlinghausen.

1977-1992

Leitender Psychologe der Fachklinik Furth im Wald, Entwicklung des ersten therapiespezifischen Konzepts im Suchtbereich, das empirisch überprüft wurde (Schneider, R.: Stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen. München, Gerhard Röttger Verlag, 1982). Daneben von 1985 bis 1992 Psychotherapeut in eigener Praxis.



Dipl.-Psych. Ralf Schneider

Jg. 1947, vh., zwei Kinder und Enkel

Seit 1981

Dozent bei verschiedenen Ausbildungsinstituten (u.a. VFV München, BAP / CIP München und Bamberg, IFKV Bad Dürkheim, VT-Wochen des IFT in Riva und Freiburg). Ab 1993 Dozent und Supervisor für die AWKV Marburg und Friedrichsdorf (Aus- und Weiterbildungseinrichtung für klinische Verhaltenstherapie) sowie APV bzw. GAP Frankfurt, Universität Frankfurt a.M., Universität Mainz u.a.

1991

Anerkennung als Ausbilder und Supervisor in Verhaltenstherapie durch die KV Bayern. Mit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 Approbation.

Von 1993 bis 2019

Direktor der salus klinik Friedrichsdorf; ab 2009 auch Geschäftsführer der salus kliniken. Die Klinik in Friedrichsdorf ist im Bereich der Rehabilitation tätig. Sie besteht aus

- a) einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen mit 220 Behandlungsplätzen, die in spezialisierte Teams und Gruppen unterteilt ist (u.a. Senioren, polyvalent Abhängige, Medikamentenabhängige, Verhaltenssüchte, posttraumatische Belastungsstörungen, Langzeitarbeitslosigkeit),
- b) einer Klinik für psychosomatische Störungen mit 36 Plätzen (primär depressive Störungen, Anpassungsstörungen, Angststörungen und funktionelle bzw. somatoforme Störungen),
- c) einer Adaptionseinrichtung zur Reintegration ins Erwerbsleben,
- d) einer Fachambulanz zur ambulanten und kombiniert stationär-ambulanten Behandlung Suchtkranker sowie zur Nachsorge von Patienten aus der psychosomatischen und Sucht-Rehabilitation.

Von 2001 bis 2013 Vorstandsvorsitzender im Fachverband Sucht (FVS), Bonn.

Autor der „Suchtfibel“ (21. Auflage, insgesamt mehr als 370.000 Exemplare) sowie zahlreicher Veröffentlichungen in Fachzeitschriften.

Korrespondenzadresse:

Ralf Schneider
 Am Salzpfad 2
 61381 Friedrichsdorf
 E-Mail: ralf.schneider47@t-online.de,
 Tel. +49 (160) 96396520

III. Entwicklung der Suchtbehandlung/-rehabilitation und deren Qualität: Persönliches Fazit und Resümee

Herbert Ziegler

Anm. Die nachfolgenden Ausführungen von Herbert Ziegler entstanden in Form eines halbstrukturierten, offenen Interviews, das in der Folge transkribiert und bearbeitet wurde. Der Text wurde darauf zur nochmaligen Korrektur Herrn Ziegler zugeleitet und dessen Zustimmung eingeholt. Die Leitfragen des Interviews sind nachfolgend kursiv und in Farbe beigeführt.

Volker Weissinger

1. Meilensteine der Suchtbehandlung

Wenn Du an Dein Berufsleben zurückdenkst, was waren die wesentlichen Meilensteine der Suchtbehandlung aus Deiner persönlichen Sicht, die bedeutsame Veränderungen mit sich gebracht haben? Wie würdest Du die positiven und negativen Auswirkungen der genannten Meilensteine aus heutiger Sicht bewerten?

Persönlich war für mich ein wichtiger Meilenstein, dass ich 1952 als Kind zu den Guttemplern, einer Abstinenz- und Selbsthilfeorganisation für Suchterkrankungen, aufgrund einer Alkoholabhängigkeit in der Familie gekommen bin. Dort war ich dann ehrenamtlich in der Kinder- und Jugendarbeit tätig, diese Erfahrung hat mich sehr geprägt. Deshalb bin ich später auch Lehrer geworden, da ich gemerkt hatte, dass ich ganz gut mit jungen Menschen umgehen kann. Von 1970 bis 1975 war Ich im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit bei den Guttemplern ehrenamtlich tätig, das war eine ganz

wichtige Aktivität, um auf die Suchtproblematik und die abstinente Lebensführung aufmerksam zu machen und die Akzeptanz in der Gesellschaft dafür zu fördern. Es ging darum der Stigmatisierung Suchtkranker entgegenzuwirken und deutlich zu machen, dass Sucht eine behandelbare Erkrankung ist. Für diese Sichtweise war die Anerkennung von Sucht als Krankheit im Jahr 1968 durch das Bundessozialgericht ein wichtiger Meilenstein.

Sucht war auch ein Thema in meiner späteren Berufstätigkeit, als ich als Referent im Personalwesen bei AEG Telefunken tätig war und dort im Jahre 1976 einer alkoholabhängigen Führungskraft dabei helfen konnte, abstinent zu werden. Es gelang eine Vermittlung des Betroffenen in die damalige stationäre Fachklinik Landgraf Friedrich (spätere salus klinik Friedrichsdorf). Über eine Guttempler Selbsthilfegruppe wurde damals dann die Nachsorge geleistet.

Zu dem Zeitpunkt waren in der öffentlichen Wahrnehmung bezogen auf Sucht vorwiegend sozial deprivierte Menschen im Blickfeld, aber nicht solche, die noch im Arbeitsleben standen. Sucht am Arbeitsplatz war von daher noch kein Thema, die betroffenen Arbeitnehmer/innen waren von daher eine unterversorgte Gruppe.

Ein deutlicher Einschnitt in meinem Leben war, als ich dann meinen Arbeitsplatz in der Industrie verlassen habe und zu einem gemeinnützigen Verein wechselte. Es war ein gewagter Schritt als ich im Juli 1978 zur Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (heute: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)) als Geschäftsführer gegangen bin und Sucht damit zu meinem Hauptthema im Berufsleben gemacht habe. Gewechselt hatte ich, da mich das Thema

Sucht reizte, mich emotional ansprach und es für mich Sinn machte - aufgrund der familiären Erfahrung – hier zu helfen. Der Einstieg in diese Arbeit war günstig verlaufen, da ich 1977 bereits beim Jahreskongress der DHS „Jugend und Sucht“ in meiner vorherigen Funktion zum Thema `Auszubildende und Sucht am Arbeitsplatz` ein Referat gehalten hatte. Der Jahreskongress 1978 befasste sich mit dem Thema „Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Das war dann auch im Weiteren mein Leitthema in der Tätigkeit bei der DHS.

Anfangs war es allerdings nicht einfach, in dieser Funktion die gesamte Bandbreite der Sucht abzudecken. Damals waren der Alkohol- und Drogenbereich noch deutlich getrennt. Es gab so gut wie keinen gegenseitigen Austausch zwischen diesen Arbeitsfeldern. Persönlich wurde mir dies im Dezember 1978 deutlich, denn bei einer Tagung des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe der Diakonie hatte ich erstmals Kontakt zu Mitarbeitern/innen im Drogenbereich. Ich konnte vieles in der Arbeit mit Drogenabhängigen nicht verstehen sowohl in der Kommunikation als auch ihrer Fachlichkeit. Denn es war in diesem Bereich noch nichts gefestigt, es gab viele inhaltliche, z.T. kontroverse Diskussionen - im Unterschied zum vergleichsweise relativ klar strukturierten Feld der Arbeit mit Alkoholabhängigen. Für die Betreuung und Unterbringung von Alkoholabhängigen existierte hingegen bereits eine längere Tradition und Entwicklung - ausgehend von den Trinkerheilstätten zum Beginn des 20. Jahrhunderts hatten sich in den folgenden Jahrzehnten, insbesondere nach 1968 dann bereits fachlich basierte Konzepte entwickelt.

Das damalige Beratungs- und Behandlungssystem war im Übrigen bei Weitem

noch nicht so ausgebaut wie heute, es gab zwar auch einige gut ausgestattete Beratungsstellen der Wohlfahrtsverbände, aber insgesamt deutlich weniger Angebote, so existierte noch keine ambulante oder teilstationäre Suchtbehandlung, auch den Begriff der Adaptionsbehandlung gab es noch nicht.

Die Selbsthilfegruppen spielten hingegen damals eine bedeutsame Rolle, diese verfügten zudem auch über einzelne Beratungsstellen und Fachkliniken im Alkoholbereich.

Im Fokus der Politik und der öffentlichen Diskussion stand aber in den 70er und Anfang der 80er Jahre das Thema ‚Drogenabhängigkeit‘ und hierbei insbesondere die `Opiatabhängigkeit` (Fixer/innen). Heroin spielte zu der Zeit bei den Drogentodesfällen die Hauptrolle, politisch verschrieb man sich dem `Kampf gegen die Drogen`. Man befand sich hinsichtlich der Behandlung Drogenabhängiger damals noch in einer `Experimentierphase`, es gab zu diesem recht neuen Phänomen noch keine fachlich fundierten Antworten, geschweige denn strukturierte Angebote. Zunächst entstanden damals therapeutische Wohngemeinschaften. Die Release-Bewegung - eine Selbsthilfebewegung von Drogenabhängigen, die 1967 in London entstand - gründete ab 1970 entsprechende Zentren in der Bundesrepublik Deutschland. 1971 wurde zudem Synanon in Berlin - als deutscher Ableger der amerikanischen Initiative - eröffnet. Im Weiteren entwickelten sich dann sog. Stufenmodelle, z.T. in Zusammenarbeit von Ex-Usern und professionellen Therapeuten/innen - etwa in Häusern von Daytop, Four Steps oder der Therapiekette Niedersachsen. Hierbei fanden insbesondere Therapieverfahren aus dem Bereich der humanistischen Psychologie Anwendung. Die

DHS selbst verfügte damals über kein entsprechendes know how in diesem Bereich, sie war eher auf Alkoholprobleme fokussiert, das traf auch auf das wissenschaftliche Kuratorium der DHS zu. Deshalb hat sich im Jahr 1979 dann auch ein eigener Fachverband für die Drogenarbeit gegründet, der Fachverband Drogen und Rauschmittel (- heute: Fachverband Drogen- und Suchthilfe (fdr)). Viele Jahre später wurde der fdr dann auch Mitglied der DHS. Meine Arbeit als Geschäftsführer sah ich eher als Moderator und Vermittler von Informationen sowie als Netzwerker, durch das Zusammenbringen von Fachleuten aus verschiedenen Bereichen der Suchtprävention und Suchthilfe. Die DHS war in fachlichen und therapeutischen Fragen eher als Berater und nicht als fachliche Anlaufstelle gefragt, denn hierzu äußerten sich die entsprechenden Mitglieds- bzw. Fachverbände wie der Verband der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke (später: Bundesverband Suchthilfe e.V. (bus.)) oder fdr. Wichtig war aus Sicht der DHS nicht direkt in die jeweilige Verbandspolitik der Mitglieder und deren Aufgaben einzugreifen.

Die DHS fungierte über das Aufgreifen entsprechender Themen von Fachtagungen – wie etwa Frauen und Sucht, Sucht am Arbeitsplatz, Medikamentenabhängigkeit, Nachsorge- und dazu eingeladene Referenten/innen eher als Ideengeber. Es gab in der Zeit der 70er und 80er Jahre wie erwähnt viel Bewegung in der Suchtarbeit, es war eine Zeit des Aufbruchs, der Entwicklung von Ideen, Konzepten und der Neugründung von Einrichtungen. Beispielsweise gab es von der DHS aus 1982 eine Tagung in Bad Kissingen, bei der mehrere therapeutische Ansätze nebeneinander gestellt wurden. Miteinander verglichen wurden beispielsweise das `Herrenalber Modell`, das im Wesentlichen nach Daniel Casriel auf der Theorie der ungenügenden

Befriedigung von kindlichen Grundbedürfnissen basiert, mit einem tiefenpsychologisch – analytischen Ansatz der Fachklinik Höchsten und einem verhaltenstherapeutischen Konzept, das in der Fachklinik Furth i.W. Anwendung fand.

Ein wichtiger Meilenstein für die Weiterentwicklung der Suchtbehandlung war sicherlich dann die Vereinbarung von Renten- und Krankenversicherung von 1978 – auf Basis des Urteils des Bundessozialgerichts von 1968. Dies war eine sinnvolle Entwicklung, denn sie schaffte Klarheit hinsichtlich der Finanzierung und Zuständigkeiten der Leistungsträger. Damit waren Psychiatrien und entsprechende Fachabteilungen in Krankenhäusern zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zuständig für den Entzug bzw. die Entgiftung. Die Patienten kamen somit entgiftet in die sich anschließende stationäre Entwöhnungsbehandlung, für welche dann die Rentenversicherung bei vorliegender Erwerbstätigkeit bzw. entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen zuständig war.

Insgesamt kam es im Zuge der Vereinbarung der Leistungsträger von 1978 zu einer zunehmenden Professionalisierung der Suchtbehandlung. Im Zuge der Anforderungen als Teilbereich der medizinischen Rehabilitation kamen beispielsweise zunehmend Forderungen der Leistungsträger auf, dass ein Arzt/eine Ärztin in Vollzeit beschäftigt werden muss bzw. die Einrichtung zu leiten hat. Dieser Wandel – zuvor hatten beispielsweise auch qualifizierte Sozialarbeiter eine Drogenklinik geleitet – und der damit verbundene zunehmende Einfluss von Ärzten/innen in der Behandlung Suchtkranker wurde in der Fachwelt heiß diskutiert. Denn zuvor hielten Ärzte/innen oftmals lediglich Sprechstunden in den Einrichtungen ab, Sucht wurde damals eher als psychisches und soziales

Problem gesehen, der somatische Teil stand nicht so sehr im Fokus.

Auch der Einsatz von Ex-Usern in der Behandlung, ohne eine entsprechende berufliche Basisqualifikation und Weiterbildung, wurde nach und nach ausgeschlichen. Zu den Anfangszeiten der Entwicklung eines Suchtkrankenhilfesystems hatten Ehemalige – nicht nur im Rahmen der Selbsthilfe – eine besondere Bedeutung. Allein die eigene Suchterfahrung wurde häufig bereits als ausreichende Kompetenz und Qualifikation angesehen. Mit der Etablierung professioneller Beratungs- und Behandlungsangebote hat sich dies deutlich verändert.

Zunehmend entstanden spezifische therapeutische Weiterbildungsangebote, für den Zugang zu diesen waren entsprechende berufliche Grundqualifikationen erforderlich.

Hinsichtlich der Qualifizierung der professionell arbeitenden therapeutischen Mitarbeitern/innen spielten anfangs die Sozialtherapiewochen des Caritasverbandes in Freiburg i.B. eine wichtige Rolle. Umfassendere Weiterbildungsangebote entstanden in der Folge. Seit 1973 führte der Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe der Diakonie die später auch von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anerkannten Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeut/innen im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (psychoanalytisch und verhaltenstherapeutisch orientiert) durch. Von der damaligen GPT (Gesellschaft für psychosomatische Therapie mbH - aus der später die Allgemeine Hospitalgesellschaft hervorging), einem privaten Träger, wurden unter Leitung von Prof. Karl H. Bönner auch geeignete ehemalige Patienten/innen im Rahmen einer spezifischen 2-jährigen Weiterbildung geschult, um als Suchtkrankentherapeuten zu arbeiten.

Zudem boten verschiedene Institute Weiterbildungen für Personen mit entsprechender Grundqualifikation - wie etwa Sozialarbeiter/innen, Psychologen/innen etc. – vorrangig in humanistischen Therapieverfahren (z.B. Gestalttherapie, Psychodrama) ohne engeren suchtspezifischen Bezug an. Dieses bunte Bild änderte sich spätestens dann, als die Renten- und Krankenversicherungsträger im Jahr 1992 entsprechende Anforderungen hinsichtlich der erforderlichen Grundqualifikation (Sozialarbeiter/-pädagogen, Psychologen), der therapeutischen Ausrichtung einer suchtspezifischen Weiterbildung und deren Inhalte festlegten (s. Auswahlkriterien zur Prüfung von Weiterbildungen für Gruppen- und Einzeltherapeuten im Tätigkeitsfeld der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Rentenversicherung). Damit wurden längerfristig bestimmte Berufsgruppen – wie etwa Diplompädagogen/innen – aber auch Ex-User – sofern sie nicht über entsprechende berufliche Qualifikationen verfügten - aus der Behandlung von Suchtkranken gedrängt. Die Entwicklung von Anforderungen an die Weiterqualifikation für in der Suchtbehandlung Beschäftigte halte ich vom Grundsatz her für sinnvoll, auch wenn einzelne Aspekte sicherlich diskussionswürdig sind. Denn dies trug nicht zuletzt auch zur fachlichen Anerkennung und Stabilisierung des Indikationsbereiches Sucht innerhalb der medizinischen Rehabilitation bei.

Infolge der Vereinbarung von 1978 und der damit verbundenen gesicherten Finanzierung kam es zudem nicht nur im Drogenbereich, sondern auch in der stationären Alkoholbehandlung über die Folgezeit hinweg zu einer deutlichen Ausweitung und Veränderung der Angebote und Konzepte. Vor ca. 40 Jahren gab es beispielsweise in der stationären Alkoholentwöhnung häufig noch feste bzw.

geschlossene Therapiegruppen mit einer einheitlichen Behandlungszeit für alle Patienten/innen von 6 Monaten. Auch der Umgang mit dem Rückfall in den Einrichtungen wurde in den Folgejahren flexibler gehandhabt und führte nicht mehr direkt zur Entlassung, sondern es wurde damit therapeutisch gearbeitet und somit verstärkt der Einzelfall betrachtet.

Das Abrücken von starren Behandlungsmustern und festen Glaubenssätzen ging insgesamt mit einer stärkeren Individualisierung der Behandlung einher.

Von übergreifender Bedeutung war, dass sich das Versorgungssystem der Suchthilfe und -behandlung über die weiteren Jahre und Jahrzehnte hinweg weiter ausgedehnt hat, um möglichst eine flächendeckende Versorgung zu erreichen. Im Jahr 1982 gab es immerhin bereits 450 ambulante psychosoziale Beratungsstellen für Suchtkranke, 150 stationäre Einrichtungen für Alkoholranke und 100 für Drogenabhängige - heute gibt es im Vergleich dazu ca. 1300 ambulante Suchtberatungsstellen und 325 stationäre Einrichtungen. Stationäre Drogeneinrichtungen waren von der Anzahl der Behandlungsplätze her zum damaligen Zeitpunkt deutlich kleiner als Einrichtungen für Alkohol-/Medikamentenabhängige, in der Regel hatten sie bis zu ca. 30 Betten. Ambulante Nachsorge wurde damals zwar auch bereits von den bestehenden Suchtberatungsstellen durchgeführt, aber die Selbsthilfegruppen spielten im Alkoholbereich zu dieser Zeit, wie bereits erwähnt, eine bedeutsamere Rolle. Die ambulante Nachsorge wurde zwar fachlich als ein wichtiger Bestandteil der Behandlungskette angesehen, um die Integration der Patienten/innen nach der stationären Entwöhnungsbehandlung zu fördern und um Rückfälle zu vermeiden, wurde aber erstmals erst im Jahr 1987 hinsichtlich der leistungsrechtlichen Zuständigkeit

geregelt. Zudem entstanden damals auch verschiedene stationäre Nachsorgeangebote im Drogenbereich, als Teil einer Therapiekette, welche ambulante Suchtberatung, Entgiftung, stationäre Entwöhnung und Nachsorge umfasste.

Zur Flexibilisierung der Behandlungsangebote gehört auch, dass es 1982/3 erste Initiativen - etwa in Düsseldorf - gab, ambulante Behandlungszentren für Suchtkranke aufzubauen. Diese wurden dann zunächst von einzelnen Krankenkassen (Verband der Ersatzkassen (vdak - später vdek)) finanziert. Im Jahr 1991 ist dieser ambulante Ansatz dann in der Vereinbarung ambulante Rehabilitation Sucht der Kranken- und Rentenversicherungsträger aufgegangen und auf eine breite Basis gestellt worden.

Ein weiterer Meilenstein und eine entsprechende Erweiterung des Behandlungsspektrums war, als in den 80er Jahren die Substitutionsbehandlung mit Methadon im Rahmen von Modellprojekten erprobt und später dann auch bundesweit eingeführt wurde. Das war für viele Mitarbeiter/innen in der Alkohol- und Drogentherapie damals ein eklatanter Tabubruch. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wurde von Vielen damals als `Königsweg` der Suchtbehandlung bezeichnet. Eine Droge in der Behandlung von Sucht einzusetzen, wo man doch ein Abstinenzkonzept hat, das passte inhaltlich aus dieser Perspektive überhaupt nicht zusammen.

Erst viel später im Jahr 2001 ist es dann auch zum zeitlich befristeten Einsatz von Substitutionsmitteln im Rahmen der stationären Rehabilitation gekommen. Lange Zeit hat man die Substitution grundsätzlich aus der Entwöhnungsbehandlung herausgehalten.

Ein weiteres Beispiel für das Aufweichen von starren Denkmustern ist der Ansatz

des `Kontrollierten Trinkens`, der Ende der 90er und Anfang der 2000er Jahre von Prof. Dr. Joachim Körkel und Kollegen/innen entwickelt wurde. Auch dieser Ansatz war in der Fachwelt heftig umstritten. Es gibt auch heute noch Anhänger der Auffassung, dass generell nur die Abstinenz bei Alkoholproblemen – und dies nicht nur bei einer manifesten Abhängigkeit, sondern auch bei riskanten Konsummustern- als Ziel zu sehen ist.

Mit der Ausweitung und Differenzierung der Behandlungsangebote ist insgesamt mehr Flexibilität entstanden, sodass sich die Therapieziele stärker an der individuellen Situation und dem jeweiligen Bedarf von Menschen mit problematischen stoffgebundenen und -ungebundenen Verhaltensweisen und den unterschiedlichen Schweregraden ausrichten konnten.

Wichtig war auch die Einführung von Dokumentationssystemen in der ambulanten und stationären Suchtkrankenhilfe, um darstellen zu können, was in den Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und -behandlung passiert und geleistet wird, wie auch um entsprechende Entwicklungen der Inanspruchnahme und der Klientel darstellen zu können. Das trug auch zur Legitimierung des Suchthilfesystems gegenüber der Öffentlichkeit, der Politik und den für die Finanzierung zuständigen Stellen bei. EBIS wurde in den Varianten zur ambulanten (A) und stationären (S) Suchtkrankenhilfe bereits 1980 als Papierversion im Rahmen eines Bundesmodells und in Kooperation mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege ins Leben gerufen. In diesem Einführungsjahr wurde es bereits in 218 ambulanten Suchtberatungsstellen als Dokumentationssystem angewendet. Im Drogenbereich gab es damals übrigens erhebliche Widerstände gegen eine klientenbezogene Erfassung und Sammlung von Daten. Das stationäre einrich-

tungsbezogene Dokumentationssystem SEDOS ging dann 1992 auf der Grundlage verschiedener Vorläufersysteme - wie etwa EBIS - hervor. Parallel dazu waren auch weitere Dokumentations- und in der Folge auch Katamnese-systeme (z.B. Bado Sucht und Katamnese Sucht der AHG), insbesondere in Einrichtungen in privater Trägerschaft, entwickelt. Diese Entwicklungen bildeten im Gesamten die Basis für die später entstandene bundesweite und einrichtungsübergreifende Suchthilfestatistik.

Ein ganz gravierender Eingriff in den `Markt` der medizinischen Rehabilitation und damit auch der Suchtbehandlung durch die Politik war im Jahr 1996 das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG). Die sog. `Spargesetze` führten nicht nur zu einer Reduktion des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation, sondern auch zu einer deutlichen Therapiezeitverkürzung. Dadurch entstand die Situation, dass plötzlich zu viele Betten in der medizinischen Rehabilitation vorhanden waren. Das war ein ganz massiver Einschnitt in die Versorgungslandschaft, auch wenn sich in der Folgezeit die Belegungssituation wieder etwas eingependelt hat.

Insgesamt kann man sagen, dass in der Zeit der 70er bis 90er Jahre die Grundpfeiler für die Suchtbehandlung gelegt wurden, in den Folgejahren bis heute geht es dann eher um die Ausdifferenzierung und Verfeinerung des Behandlungssystems. Beispielsweise wurde das Nahtlosverfahren hinsichtlich der Verbesserung des Zugangs zur Entwöhnungsbehandlung etabliert, die ambulante und ganztägig ambulante Behandlung verankert bzw. ausgebaut, die Adaption als Phase 2 der stationären Entwöhnung eingeführt, oder es wurden Apps etwa im Bereich der Nachsorge als zusätzliches Element entwickelt.

2. Das Suchthilfesystem: Einschätzung und Verbesserungsvorschläge

Wenn Du das Suchthilfesystem betrachtest, was sind dessen Vorzüge und welche Veränderungen und Verbesserungen würdest Du gerne vornehmen?

Generell geht es darum, die suchtspezifischen Hilfen und den Zugang dazu möglichst flexibel und bedarfsgerecht zu gestalten. Hier wurde bereits Vieles erreicht, eine solide und klar geregelte Finanzierung stellt für ein funktionierendes Suchthilfe- und Behandlungssystem im Übrigen eine wesentliche Grundlage dar. Die Probleme, welche den frühzeitigen Zugang zu einer fachgerechten Behandlung, die nahtlose Weiterbehandlung und Reintegration betreffen, liegen häufig an den Schnittstellen der unterschiedlichen Versorgungssysteme, den damit verbundenen jeweiligen Zuständigkeiten der involvierten Leistungsträger und der Vielzahl an beteiligten Akteuren. Hier gibt es eine Vielzahl an Verbesserungsmöglichkeiten, die an vielen Stellen bereits von den Suchtverbänden in die fachliche Diskussion eingebracht wurden.

Ergänzend dazu möchte ich im Weiteren einzelne Aspekte ansprechen.

Hinsichtlich der Frage, ob Suchterkrankungen generell in das psychotherapeutische bzw. psychiatrische Versorgungssystem eingegliedert werden sollten, bin ich skeptisch.

Dies betrifft etwa das Thema, ob eine Kombination von psychosomatischen Abteilungen und Suchtabteilungen innerhalb einer Rehabilitationsklinik Sinn macht. Im Rahmen der betrieblichen Suchtarbeit habe ich bereits die Erfahrung gemacht, dass der Versuch beide Bereiche zu integrieren, dazu führte, dass

der Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen einen übergeordneten Stellenwert eingenommen hat und Suchterkrankungen dem dann untergeordnet wurden. Es sind aber zwei deutlich verschiedene Erscheinungsformen psychischer Störungen, die beispielsweise auch eine unterschiedliche Ansprache der jeweils betroffenen Personen von Seiten der Führungskräfte benötigen. Wichtig im Bereich der Rehabilitation ist, dass man innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung integrativ arbeitet, und nicht zwei getrennte und ggf. sogar miteinander konkurrierende Bereiche innerhalb einer Klinik geschaffen werden. Die Integration ist unter anderem dadurch erschwert, dass die aktuellen Rahmenbedingungen unterschiedlich sind, sei es, dass in der Psychosomatik ausschließlich psychologische und ärztliche Psychotherapeuten/innen psychotherapeutisch tätig sein dürfen, in der Suchtbehandlung aber zudem auch Suchttherapeuten/innen mit einer Grundausbildung in sozialer Arbeit und mit entsprechender suchtspezifischer Weiterbildung suchtherapeutisch arbeiten können. Zudem unterscheiden sich auch die Behandlungszeiten, Hausordnungen etc. aufgrund der unterschiedlichen Krankheitsbilder. Eine Ausnahme stellt allerdings dar, wenn auch in der psychosomatischen Abteilung einer Rehabilitationsklinik Menschen mit einer zusätzlichen Sucht- oder Missbrauchsdiagnose, die neben der psychischen Hauptdiagnose besteht, behandelt werden. Dann können sich beide Bereiche sogar ergänzen. Dieser Ansatz entspricht auch den Vorstellungen des Fachverbandes Sucht*.

Von den Ansätzen der Kombinationsbehandlung – zunächst war ich ein Fan von solchen Modellen – bin ich zunehmend abgerückt, da diese mit den entsprechenden Wechseln zwischen ambulan-

ten und stationären Anteilen ausgesprochen schwer zu managen sind. Zudem halte ich nichts davon, wenn in deren Rahmen feste Behandlungsblöcke vorgegeben werden, etwa nach dem Motto: Zunächst fängt man als Patient/in ambulante an, dann folgt eine stationäre Phase, wenn diese gut gelaufen ist geht man wieder in das ambulante Setting zurück etc. Ich glaube, es kann bei entsprechenden Ausgangsbedingungen des /r Patienten/ in beispielsweise mehr Sinn machen, mit der `stärksten` Phase – also stationär – anzufangen, um dann zum passenden Zeitpunkt in die ambulante Phase zu vermitteln. Aus diesem Grund halte ich auch das Stepped Care-Modell – das zunächst eine niedrigschwellige Behandlung und erst danach intensivere Behandlungsmodule vorsieht – für problematisch.

Hinsichtlich der inhaltlichen Ausrichtung einzelner Bausteine des Behandlungs- und Versorgungssystems, sollte man darauf achten, nicht nur auf Innovationen zu setzen, sondern Ansätze, die gut funktionierten und auch aktuell immer noch bedeutsam sind, zu bewahren. In der stationären Behandlung Drogenabhängiger spielt beispielsweise – auch angesichts der leistungsrechtlichen Zugehörigkeit zur medizinischen Rehabilitation – nach wie vor der ursprüngliche Gedanke der therapeutischen Gemeinschaft auch heute noch eine wichtige Rolle. Dies betrifft Aspekte wie die Förderung von sozialem Verhalten in der Gemeinschaft, von Lebenskompetenzen sowie von lebenspraktischen und sozialen Fertigkeiten. In abgeschwächter Form haben wir diesen Ansatz auch 2001-2018 in einer eigenen Drogeneinrichtung für junge Suchtkranke, in der Zeit als ich dort Geschäftsführer war, umgesetzt.

Auch darf man nicht vernachlässigen, welchen spezifischen Auftrag man inner-

halb einer Einrichtung im gegliederten Versorgungssystem zu erfüllen hat. Mein Ansatz war im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung immer, Rehabilitation heißt insbesondere `Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit` und nach Möglichkeit Integration in Arbeit. Das erfordert dann aber auch, während der Behandlung die Entwicklung und das Einüben von Basics im sozialen Miteinander oder von beruflichen Grundfertigkeiten, wie Durchhaltevermögen, Frustrationstoleranz, Umgang mit Konflikten im Team etc., zu fördern.

Ich habe zudem bereits frühzeitig Seminare mit Patienten/innen – noch vor der Einführung der gemeinsam von Rentenversicherung und Suchtverbänden verabschiedeten Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) - durchgeführt, in denen es darum ging, welche Bedeutung Arbeit hat, und welche Tätigkeiten von einem selbst als sinnvoll erlebt werden. Hier Perspektiven im Rahmen der Suchtbehandlung zu eröffnen und für deren Umsetzung die Patienten/innen entsprechend zu motivieren, halte ich für ausgesprochen wichtig. Gerade in der heutigen Zeit des zunehmenden Fachkräftemangels wäre es eine vergebene Chance, wenn jungen Menschen nicht die Möglichkeit eröffnet würde, noch 30 und mehr Jahre einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen und somit nicht ein Leben in der Grundsicherung vor sich zu haben.

Zum Rehabilitationsauftrag gehört auch, dass die ehemaligen Patienten/innen nach einer Rehabilitationsleistung ein möglichst unabhängiges Leben führen können sollten. Von daher sollten sie dann über lebenspraktische Fertigkeiten wie etwa Kochen, Kleidung wa-

schen und für sich selbst und andere zu sorgen, verfügen. Um einen Bezug zum späteren Lebensalltag herzustellen, hatten wir beispielsweise auch keinen eigenen Fitnessraum mit teuren Geräten in der Einrichtung, weil ich der Ansicht bin, dass die meisten ehemaligen Drogenabhängigen sich später den Mitgliedsbeitrag für ein teures Fitnessstudio - zumindest für einige Zeit - nicht leisten können. Die Sporttherapeutin hatte deshalb ein Sportprogramm entwickelt, das den Patienten/innen ermöglicht, ohne große Gerätschaften den eigenen Körper zu trainieren und die persönliche Verbesserung im Laufe des Trainings feststellen. In der Lehrküche konnten Patienten/innen unter fachlicher Anleitung beispielsweise zudem lernen, auch eigene Gerichte zu kochen.

Ferner sind aber auch die Rahmenbedingungen für die Erfüllung des Versorgungsauftrags entscheidend. Hierzu möchte ich vor dem Hintergrund des bereits erwähnten WFG auf die erheblichen Auswirkungen von solchen politischen Eingriffen auf das damalige Versorgungs- und Behandlungssystem hinweisen. Zwar waren die reduzierten Behandlungszeiten infolge des WFG in der stationären Suchtrehabilitation verglichen mit anderen Indikationsbereichen - mit bis zu 16 Wochen (z.T. bis zu 12 Wochen) für Alkoholabhängige und mit bis zu 6 Monaten für Drogenabhängige mit zusätzlicher Möglichkeit einer anschließenden Adaptionsbehandlung - immer noch deutlich länger. Die stationären Regelbehandlungszeiten betragen allerdings früher in der Folgezeit der Vereinbarung von 1978 für Alkohol Kranke 6 Monate, im Drogenbereich sogar in der Regel 18 Monate, davon 12 Monate in der stationären Therapie. Bei Bedarf schloss sich eine 6monatige stationäre Nachsorgephase (spätere Phase 2 „Adaptionsbehandlung“) an. Auch wenn diese

Behandlungszeiten bereits vor dem WFG, um einiges kürzer waren, kam es infolge dieses Gesetzes zu einer kurzfristig umzusetzenden deutlichen Reduktion der stationären Phase im Suchtbereich.

Meine Auffassung dazu ist, dass man grundsätzlich die Behandlungszeiten - gerade auch im Bereich der Entwöhnungsbehandlung - flexibel gestalten können muss und diese von Seiten der Behandler am jeweiligen Bedarf der Patienten/innen ausrichten sollte. Die aktuelle Kontingentlösung, d.h. die Möglichkeit, die durchschnittlich zur Verfügung stehenden Behandlungstage aller Patienten/innen nutzen zu können, um die Behandlung individuell zu verlängern oder zu verkürzen, finde ich vom Grundsatz her für sinnvoll. Für junge Drogenabhängige halte ich die durchschnittliche stationäre Behandlungszeit von 6 Monaten allerdings für zu kurz.

Derartige politischen Entscheidungen wie das WFG müssen im Übrigen sehr wohl überlegt sein, denn die vielfältigen Auswirkungen können ganz erheblich sein und mit fundamentalen Veränderungen einher gehen. Dies trifft beispielsweise auch auf spätere Überlegungen zu, wie etwa den glücklicherweise nicht umgesetzten Vorstoß, medizinische Rehabilitationsleistungen europaweit auszuschreiben. Denn dieses Vorhaben hätte dazu geführt, dass beispielsweise auch ausländischen Investoren über günstige Preise der Zugang zu unserem Rehabilitationssystem offenstehen würde. Das mag aus europarechtlicher Sicht oder der eines Bundesrechnungshofes vielleicht sinnvoll sein, aber wesentliche Aspekte und damit verbundene negativen Auswirkungen auf das Rehabilitationssystem und die Qualität der Behandlung in Deutschland sind dabei nicht mitgedacht.

3. Qualität der ganztägig ambulanten und stationären Suchtbehandlung und -einrichtungen

3.1 Welche Rahmenbedingungen und Gestaltungsmöglichkeiten würdest Du aus Deiner Erfahrung heraus für besonders wichtig erachten, um in einer (ganztägig) ambulanten oder stationären Rehabilitationseinrichtung für abhängigkeitskranke bzw. psychosomatisch erkrankte Menschen eine möglichst hochwertige Qualität der Behandlung zu ermöglichen? Welche Veränderungen bzw. Innovationen der Rehabilitationsleistung würdest Du in der Rückschau für wichtig halten, um die Qualität der Behandlung und deren Effektivität insgesamt und/oder auch für spezifische Zielgruppen zu erhöhen

Hinsichtlich der Qualität spielen die entsprechenden Rahmenbedingungen der Behandlung, wie etwa die Ausrichtung der Behandlungsangebote an Kriterien wie Alter, Geschlecht, Suchtmittel eine wichtige Rolle. Auch die Gestaltung der jeweiligen Settings, wie etwa Gruppengröße und Behandlungszeiten sind von Bedeutung.

Generell würde ich die Behandlung eher am Alter und der jeweiligen Lebensphase der Patienten/innen ausrichten und weniger am Suchtmittel. Als eine eigene Gruppe würde ich die Kinder von Suchtkranken mit eigenem Behandlungsbedarf betrachten.

Sinnvoll fände ich des Weiteren hinsichtlich der Spezifität der Angebote zu unterscheiden zwischen folgenden Gruppen:

- die sehr jungen Abhängigen mit ca. 13 bis 16/17 Jahren,
- die Jugendlichen/jungen Erwachsenen mit einer Abhängigkeit mit ca. 17 - 27 Jahren,

- die erwachsenen Suchtkranken ab 28 Jahre
- Senioren/innen mit einer Abhängigkeit ab ca. 55-60 Jahre.

Die Gruppengröße sollte bei den sehr jungen bis 16/17 Jahre und den jungen Suchtkranken bis 27 Jahren bei 6 bis maximal 8 Personen liegen. Erwachsene Suchtkranke und Senioren können in Gruppen von 10 bis 12 Personen behandelt werden.

Die Behandlungszeiten sollten grundsätzlich die Möglichkeit bieten, die unterschiedlichen individuellen Bedarfe zu berücksichtigen. Gerade bei den jungen Menschen sollten hierbei entsprechend große individuelle Spielräume möglich sein.

- Für die sehr jungen Suchtkranken sollten grundsätzlich längere Behandlungszeiten als die derzeit geltenden, zur Verfügung stehen.
- Für Jugendliche/junge Erwachsene mit Abhängigkeit sollte man sich an den aktuell bestehenden Zeiten im Bereich der Drogentherapie orientieren.
- Für ältere Suchtkranke ab 28 Jahre und Senioren könnte man sich hinsichtlich Dauer an den Zeiten der Alkoholentwöhnung anlehnen. Unterscheiden würde ich hierbei aber, ob es sich bei den älteren Patienten/innen mit Drogenabhängigkeit um eine Erstbehandlung oder eine Wiederholungsbehandlung handelt. Bei den Erstbehandelten würde ich eine längere Behandlungsdauer wie für die Jugendlichen/jungen Erwachsenen ansetzen. Wiederholer mit Drogenabhängigkeit haben in der Regel bereits andere Rehabilitationsangebote durchlaufen, auf diesen Erfahrungen kann man aufbauen.

Zudem sollte sich je nach Bedarf bei allen Patientengruppen eine Adaption, Nachsorge oder auch betreutes Wohnen anschließen können, um bedarfsgerecht die jeweils erforderliche Unterstützung

leisten zu können, damit man wieder Fuß im sozialen Umfeld und in der Gesellschaft fassen kann.

Eine stärkere Orientierung der Behandlung an der jeweiligen Lebensphase würde auch dazu führen, dass man bezogen auf die unterschiedlichen Klientel und eine damit verbundene Ausrichtung der Behandlungskonzepte und Angebote bestimmte Berufsgruppen hinsichtlich der Mitarbeitergewinnung gezielt ansprechen könnte, wie etwa Erzieher/innen und Pädagogen/innen für das jüngere Klientel bis 27 Jahre.

Allerdings gibt es bei einer altersorientierten Gliederung der Behandlung zu beachten, dass es zudem deutliche Unterschiede nicht nur zwischen Männern und Frauen, sondern auch von einem `klassischen` Alkoholabhängigen, der über 40 Jahre alt, ggf. verheiratet, im Berufsleben stehend und noch sozial integriert ist, zu einem 40-jährigen Drogenabhängigen gibt, der eine ganz andere Geschichte hat, gekennzeichnet etwa durch Gefängnisaufenthalte, eine gebrochene Ausbildungs- und Berufsbiographie und eine soziale Desintegration. Zudem weisen auch pathologische Glücksspieler und Online-Abhängige eigene Spezifika im Unterschied zu den stoffgebundenen Abhängigkeitskranken auf. Diesen unterschiedlichen Bedarfen und Biographien muss man versuchen - beispielsweise durch die Einrichtung indikativer Gruppen mit entsprechender Anzahl und Dauer pro Woche - in der Behandlung gerecht zu werden.

Aus fachlicher Sicht würde ich zudem dafür plädieren, dass das Mischverhältnis in den Behandlungsgruppen zwischen Drogenabhängigen und Alkohol-/Medikamentenabhängigen zu beachten. Bei den älteren Suchtkranken sollte dieses beispielsweise nicht die Anzahl von 7:3

bzw. 8:4 von Alkohol- Medikamentenabhängigen zu Drogenabhängigen in der Basistherapie-/Bezugsgruppe übersteigen. Wenn der Anteil Drogenabhängiger in einer Suchtklinik deutlich höher liegen sollte, würde ich dazu raten, eine eigene Bezugsgruppe für Drogenabhängige einzurichten. Ansonsten drohen die vorrangig alkoholabhängigen Patienten/innen in der Gruppe mit ihrer Problematik eher unterzugehen, das trifft auch auf Abhängige von stoffgebundenen Suchtformen zu. Aus fachlicher Sicht sei darauf hingewiesen, dass ökonomische Aspekte, mit der Zielsetzung eine möglichst volle Belegung der Einrichtung zu erreichen, manchmal konträr zu den therapeutischen Inhalten - welche eben auch die Zusammensetzung der Basistherapiegruppen betreffen - stehen können.

Im Drogenbereich mit den - im Vergleich zu Alkoholabhängigen deutlich jüngeren Patienten/innen - spielt es zudem hinsichtlich der Qualität der Behandlung eine wesentliche Rolle, dass der/die Patient/in an eine Bezugsperson andocken kann, es steht hier viel mehr die Beziehungsarbeit im Vordergrund als im Alkoholbereich. Gerade bei besonders jungen Drogenabhängigen - wir haben in der eigenen Einrichtung junge Drogenabhängige von 17 bis 27 Jahren behandelt - geht es darum, dass diese von den Therapeuten/innen nicht nur als ein `Fall` gesehen werden, sondern eine Bindung ähnlich der Vater-/Mutter Beziehung entsteht, die ihn/sie auch in der Behandlung hält. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass im Einzelfall beispielsweise ein/e gute/r Arbeits- oder Sporttherapeut/in eine höhere Bindungsfähigkeit aufweisen kann, als der/die verantwortliche Psychotherapeut/in und diese Person dann für den/die Patienten/in ausgesprochen bedeutsam hinsichtlich des Behandlungserfolges und einer regulären Behandlungsbeendigung ist.

Der bereits erwähnte Ansatz der therapeutischen Gemeinschaft und insbesondere die pädagogische Arbeit spielen gerade bei Patienten/innen, deren Persönlichkeit noch nicht voll entwickelt ist, eine besonders wichtige Rolle. Diese ist nach meiner Einschätzung bei dieser Patientengruppe sogar bedeutsamer als Psychotherapie im engeren Sinne. Wir hatten beispielsweise in der stationären Drogentherapie auch theaterpädagogische Arbeit im Freizeitbereich angeboten, wodurch den Patienten/innen ermöglicht wurde, sich neu zu erfahren, in verschiedene Rollen zu schlüpfen, mit Verhaltensweisen zu experimentieren, sich bei öffentlichen Auftritten zu präsentieren und in einem Ensemble mit anderen unter Anleitung zusammenzuarbeiten. Diese Tätigkeit förderte den Zusammenhalt in der Einrichtung, mit dem Effekt, dass die Abbruchquote deutlich sank. Im Unterschied dazu machte ich zuvor die Erfahrung, dass länger dauernde therapeutische Encountergruppen zwar zunächst den Effekt für die Patienten/innen hatte, etwas Tolles erlebt zu haben, aber danach die Abbrüche zunahmen. Die Patienten/innen wurden dadurch emotional überfordert und konnten das Erlebte gar nicht entsprechend verarbeiten. Wichtig war deshalb aus meiner damaligen Sicht als Geschäftsführer, dass die Patienten/innen alltagstauglich blieben, das bedeutet therapeutisch eher vorsichtig zu agieren.

Hinsichtlich der Frage, ob Einzel- oder Zweibettzimmer in einer Fachklinik vorgehalten werden sollten, würde ich für den bestehenden Bereich der stationären Drogentherapie sagen, dass es aufgrund der besonderen Situation und des Alters der Patienten/innen Sinn macht, auch über eine begrenzte Anzahl von Einzelzimmern zu verfügen, das Verhältnis würde ich aber bei etwa 1/3 Einzel- und 2/3

Doppelzimmer ansetzen. Einzelzimmer würden dabei insbesondere für Patienten/innen, die schon eine längere Zeit in der Einrichtung verbracht haben, vorgehalten werden. Das schafft zum einen Anreize für den längerfristigen Aufenthalt in der Einrichtung und fördert zum anderen bei neuen Patienten/innen die Integration in die Gemeinschaft. Zudem kann durch das Zusammenwohnen mit einem/r bereits stabileren Patienten/in zur Verhinderung von Rückfällen beigetragen werden.

Im Alkoholbereich und der Psychosomatik würde ich generell empfehlen, Einzelzimmer vorzuhalten.

3.2 Was zeichnet aus Deiner Sicht eine gute Suchtrehabilitationseinrichtung bzw. psychosomatische Rehabilitationseinrichtung aus? Welche Merkmale und Eigenschaften würdest Du in diesem Zusammenhang besonders hervorheben?

Was sind aus Deiner Sicht wesentliche inhaltliche und therapeutischen Aspekte einer qualitativ hochwertigen Behandlung?

Die Unterschiede zwischen Einrichtungen hinsichtlich der Frage, was eine gute Suchtklinik ausmacht, fangen beim Erstkontakt und bei der Rezeption an. Wie klingt die Stimme am Telefon oder im Empfangsbereich, also handelt es sich eher um eine gestresste Stimme bzw. Atmosphäre, oder ist diese freundlich und zugewandt?

Weiterhin ist der äußere Eindruck der Einrichtung wichtig. Ist es ein helles und freundliches Haus, oder eher ein dunkles Gebäude? Wie ist es strukturiert, übersichtlich und überschaubar, oder hinterlässt es eher den Eindruck von Ungeordnetheit und Durcheinander? Auch die Größe einer Einrichtung spielt eine Rolle, manche Patienten/innen benötigen –

wie etwa gerade auch jüngere Drogenabhängige – überschaubare Häuser mit einer engen Anbindung.

Wie steht es etwa um die Sauberkeit auf dem Gelände, wie ist die Ausstattung der Einrichtung insgesamt, wie sind die Patientenzimmer und Gruppenräume gestaltet?

Kann man sich dort wohl fühlen? Wie ist die Küche eingerichtet und wie der Speisesaal gestaltet? Geht man gerne dorthin zum Essen?

Auch die Ausstattung der Mitarbeiter/innenbüros ist von Relevanz, handelt es sich beispielsweise um Einzel- oder Zweierzimmer – auch mit entsprechender technischer Ausstattung und gibt es insgesamt genügend Räumlichkeiten, um Einzelgespräche durchzuführen?

Wenn es hinsichtlich der Ausstattung und Räumlichkeiten der Einrichtung Probleme, etwa im Rahmen von Visitationen durch den Leistungsträger, geben sollte, muss man diese als Einrichtung verlässlich in den vereinbarten Zeiträumen beiseitigen.

Auch die Lage der Einrichtung und deren Erreichbarkeit spielen als Qualitätsmerkmal – insbesondere für die Patienten/innen und deren Angehörige - eine wichtige Rolle.

Ebenso stellt sich die Frage - beispielsweise im Rahmen einer Visitation - , wie treten die Patienten einem gegenüber auf - freundlich oder gar abweisend, wenn man diese anspricht?

Ferner ist ein entscheidender Qualitätsfaktor: Wie ist die Sichtweise der Mitarbeiter/innen auf die Patienten/innen? Mögen sie die Patienten/innen, machen sie die Arbeit gerne und lassen sich beispielsweise nicht runterziehen von `bockigen` oder `schwierigen` Patienten/

innen? Oder sind sie von diesen eher gestresst und stoßen sich an deren Verhaltensweisen? Wenn man den Patienten/innen vorrangig aversiv gegenübertritt, sollte man ggf. den Beruf wechseln, eine Auszeit nehmen, eine Weiterbildung oder ein Einzelcoaching buchen. Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen wäre mir aus externer Sicht heraus auch wichtig, inwieweit diese einen reflektierten und ausgewogenen Blick auf ihre Arbeit haben, oder ob diese möglicherweise vorrangig eher negative Aspekte in den Vordergrund stellen.

Von Bedeutung ist zudem, dass die ärztliche und therapeutische Leitung gut in die Behandlungsteams integriert ist und in der Einrichtung Präsenz zeigt. Geht sie bei einem/r neuen therapeutischen Mitarbeiter/in auch mal in die Bezugsgruppe mit und schaut, wie er/sie sich dort darstellt? Erfolgt das ggf. auch bei einem/r Mitarbeiter/in, der/die aufgrund einer absolvierten Fortbildung mal ein neues Behandlungsmodul ausprobiert? Die eigene fachliche Kompetenz sollte von Seiten der Leitung aktiv ins Team eingebracht werden, und dadurch die Mitarbeiter/innen fortentwickelt werden. Es erhöht letztlich auch deren Bindung ans Unternehmen, wenn gute Arbeit durch Fortbildung und Schulung gefördert wird.

Ein weiterer Qualitätsaspekt wäre aus meiner Sicht: Wie flexibel sind die Mitarbeiter/innen hinsichtlich der Reaktion auf externe Anforderungen, beispielsweise hinsichtlich der Einführung eines Qualitätsmanagement(QM) - Programms oder neuer Therapieelemente? Sind sie bereit dazu, sich darauf einzulassen, wie gehen sie damit um? Meine Einstellung zum QM war, dass man solche externen Anforderungen dazu nutzen sollte, die eigene Arbeit zu reflektieren und ggf. auch zu erleichtern. Wichtig ist hierbei,

sich mit den Themen zu befassen, die für uns als Einrichtung und für das Team sinnvoll sind. Meine Erfahrung war etwa, dass die internen Audits ein wichtiges Instrument sind, um die gegenseitige Wertschätzung innerhalb der Einrichtung zu verbessern. Also wenn beispielsweise der Arbeitstherapeut von Seiten der Psycho-/ Suchttherapie intern auditiert wird und man dadurch tiefere Einblicke in die Tätigkeit der jeweils anderen Berufsgruppen gewinnt.

Auch das Feedback der externen Auditoren war wichtig, um einschätzen zu können, wo man im Vergleich mit anderen mit der eigenen Einrichtung steht und wie sich die eigenen Mitarbeiter/innen im Audit verhalten haben. Wenn das QM als ein Rahmen gesehen wird, der mit verschiedenen Puzzlesteinen entsprechend ausgefüllt werden kann, macht das nach meiner Erfahrung Sinn. Dadurch lässt sich die eigene Qualität verbessern und auch nach außen hin darstellen. Anders ist es, wenn QM als von außen aufgedrückt und nur als reine Pflichterfüllung erlebt wird.

Wir hatten im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements in der Drogentherapieeinrichtung beispielsweise ein Modul „Einarbeitung neuer Mitarbeiter“ etabliert. Das beinhaltet ganz einfache Aspekte, wie etwa ein persönliches Gespräch mit dem Brandschutzbeauftragten oder dem Datenschutzbeauftragten zu führen, um sich direkt beim zuständigen Mitarbeiter informieren zu können und mit ihm offene Fragen zu klären. Beispielsweise mit der Frage, wie muss ich beim Datenschutz mit meinen persönlichen Akten oder mit online hinterlegten Informationen umgehen? Auch Hospitationen etwa beim Arbeitstherapeuten, ein Gespräch mit dem Betriebsrat und dem leitenden Therapeuten gehörten dazu. Dieses Modul wurde auch von den externen Auditoren im Rahmen der Zertifizierung sehr gelobt.

Hinsichtlich der Behauptung, eine bessere Qualität der Suchtbehandlung durch eine möglichst große Differenzierung im Sinne einer Vielzahl indikativer Angebote zu erreichen, bin ich eher skeptisch. Das lässt sich grundsätzlich auch nur im Rahmen größerer Einrichtungen realisieren. In den kleineren Drogeneinrichtungen ist das nur begrenzt möglich. Auch macht beispielsweise bei Drogenabhängigen die Bearbeitung persönlicher Themen vorrangig in der Bezugsgruppe mehr Sinn, als zu sagen, jetzt bearbeite ich 90 Minuten meine Angststörung in dieser Indikationsgruppe, dann 90 Minuten meine Zwangsstörung in einer weiteren etc. Selbstverständlich kann und sollte man auch indikative Gruppen zusätzlich zur Bezugsgruppe anbieten, wenn dies bedarfsgerecht ist. Beispielsweise kann dies eine Männer-, Frauengruppe, oder indikative Gruppen, in denen spezifische Fähigkeiten trainiert werden, bzw. auch Gruppen für die spezifische Kompetenzen von Seiten des Therapeuten notwendig sind (z.B. zum Umgang mit Stress, oder zur Bearbeitung von Traumata), sein.

Für wichtig halte ich hinsichtlich der Güte einer Einrichtung auch, auf aktuelle Entwicklungen und bedeutsame Veränderungen in einer Einrichtung direkt reagieren zu können. Wenn Patienten/innen beispielsweise gehäuft in den ersten 10 Tagen abbrechen, muss man sich als Einrichtung mit der Frage befassen, was sind die Ursachen dafür, was sollten wir ggf. ändern, warum gelingt es uns nicht die Patienten/innen zu halten? Als ich einmal in der Beratung einer psychosomatischen Klinik tätig war, bestand beispielsweise ein Problem genau darin, dass einige Patienten/innen direkt am ersten Tag wieder abgereist sind; Daraufhin haben wir verändert, dass ein bewusst freundlicher Empfang erfolgte ohne Hektik im Eingangsbereich, dem/r

Patienten/in direkt danach sein Zimmer gezeigt wurde, dort etwas zu trinken für ihn/sie bereit gestellt wurde, und er/sie sich in Ruhe auf das erste Aufnahmegespräch einstimmen konnte. Das schafft eine völlig andere Eingangssituation, als wenn der/die neue Patient/in im Eingangsbereich mit seinem Gepäck sitzen muss, andere Mitpatienten/innen an ihm dort vorbeihuschen und er/sie sich bereits bei der Ankunft etwas verloren vorfindet. Eine kundenorientierte Behandlung fängt somit bereits am ersten Tag mit der Ankunft an. Diese setzt sich dann bis zum Ende der Behandlung fort. So ist ein gutes Entlassmanagement mit einem angemessenen Abschlussgespräch – sofern im Einzelfall durchführbar – übrigens auch bei Abbrüchen – ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Auch die kurzfristige Zusendung des Entlassberichts an den Leistungsträger ist ein Qualitätsmerkmal einer Einrichtung.

3.3 Wodurch zeichnet sich - aufgrund Deiner persönlichen Erfahrungen - eine qualifizierte Fachaufsicht sowie Supervision der Mitarbeiter/innen aus?

Hinsichtlich der Supervision würde ich zwischen Teamsupervision, bei der es um Fragen oder auch Konflikte der Zusammenarbeit, der Gestaltung der Organisation etc. geht und einer Klienten bezogenen Fallsupervision in kleinen Gruppen – an der nur die therapeutisch tätigen Mitarbeiter/innen teilnehmen – unterscheiden. Bei der Teamsupervision geht es z.B. darum, die Zusammenarbeit und fachliche Weiterentwicklung der Einrichtung, die Klarheit von Rollen, Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie Konflikte und Lösungsmöglichkeiten zu thematisieren. Über einen derartigen Ansatz der Organisationsentwicklung kann auch der interne Zusammenhalt gefördert werden und eine Spaltung der Mitarbeiterschaft in verschiedene Lager

vermieden werden. Externe Supervisoren sollten von daher erfahrene Personen sein, die sich neben den organisationsbezogenen Themen zudem auch mit psychischen Störungen auskennen.

Die Fallbesprechungen können im Unterschied dazu von erfahrenen Therapeuten/innen der Einrichtung geleitet werden. Diese bieten den Rahmen, sich mit Themen der Therapeut-Patientenbeziehung, entsprechenden Interventionen und alternativen Strategien im Umgang mit dem/r Patienten/in etc. zu befassen. Beispielsweise kann man auch einzelne Abbrüche thematisieren und von Seiten der Therapeuten/innen nach möglichen Ursachen und Lösungsansätzen suchen.

4. Wirkfaktoren in der Suchtbehandlung

4.1 Welche Wirkfaktoren sind im therapeutischen Prozess aus Deiner Sicht besonders wichtig hinsichtlich einer erfolgreichen Suchtbehandlung?

Gibt es aufgrund Deiner Erfahrung spezifische Therapieverfahren und Behandlungsansätze, die bei suchtkranken Menschen wirksam, oder die für spezifische Patienten/innengruppen besonders geeignet sind?

Den/die Patienten/in von Anbeginn an im Sinne einer Kundenorientierung einzubeziehen, ist nach meiner Einschätzung ein wichtiger Wirkfaktor. Dazu gehört, ihm/ihr das Krankheitsbild, die daran orientierte Therapieplanung und Interventionen sowie deren mögliche Folgen dem/r Patienten/in zu erklären. Eine gute Diagnostik zu Beginn der Behandlung und eine entsprechende Verlaufsdagnostik halte ich in diesem Zusammenhang für wichtig.

Als ich die Geschäftsführung einer neu aufzubauenden Suchtklinik mit einem Kurzzeitmodell in Garmisch-Partenkirchen übernahm, hat mich beim Besuch des amerikanischen Mutterhauses dort das effiziente Vorgehen beeindruckt: Die Aufnahme erfolgte durch einen Therapeuten am Ankunftsstag, die drei ersten Tage wurde eine umfassende Diagnostik mit Gesundheitscheck durchgeführt, die Ergebnisse wurden dann anschließend direkt in einem schriftlichen Bericht zusammengefasst. Dieser bildete dann die Grundlage für das weitere Vorgehen. Es gab dort mehrere Therapiegruppen, die in jeweils getrennten Häusern untergebracht waren. Der Leitende Therapeut wählte dann die Therapiegruppe mit dem/r Therapeuten/in aus, der/die nach seiner Einschätzung am besten für den neuen Patienten und seine Problematik geeignet war. Dies wurde mit dem Patienten dann besprochen und mit ihm das weitere Vorgehen abgestimmt.

Zur Kundenorientierung gehört auch, wiederholt das Feedback des/r Patienten einzuholen, im Sinne von „Ist das jetzt hilfreich für Sie gewesen, können Sie damit etwas anfangen?“ Hierbei können auch Aspekte aus dem therapeutischen Ansatz des Motivational Interviewing Anwendung finden.

Zudem halte ich die interne Patientenbefragung für ein wichtiges Instrument, um als Behandler ein kontinuierliches Feedback zu erhalten. Die therapeutische Leitung sollte sich – auch unter Einbezug der Geschäftsführung – mit den Ergebnissen der Patientenbefragung intensiv befassen. Falls sich beispielsweise deutliche Unterschiede der Ergebnisse hinsichtlich der Zufriedenheit der Patienten/innen zwischen den verschiedenen Behandlungsgruppen zeigen sollten, wäre es dann Sache der direkten Vorgesetzten mit den entsprechenden Mitarbeitern/innen das Gespräch zu suchen.

Die Einbindung der Patienten/innen bedeutet gerade in der Drogenrehabilitation auch, entsprechende Führungspersönlichkeiten unter den Patienten/innen dafür zu gewinnen, sich für die Werte und Normen der Therapie einzusetzen.

Hinsichtlich der Bewertung von verschiedenen Therapieschulen,-verfahren und damit verbundenen entsprechenden Qualifikationen der Mitarbeiter/innen habe ich mich als Geschäftsführer strikt zurückgehalten. In dieser Funktion würde ich dazu raten, Finger weg von der Therapie, denn ich bin von der Profession her kein Therapeut. Hier sollte man auf die therapeutische oder medizinische Leitung der Einrichtung vertrauen.

Persönlich liegt mir im Bereich der Psychotherapie der integrative Ansatz von Klaus Grawe zu übergreifenden Wirkfaktoren der verschiedenen Therapieschulen näher, als eine spezifische Therapie-richtung. In einer Einrichtung finde ich es aus Sicht der Geschäftsführung durchaus sinnvoll, wenn sich dort Ärzte/innen und Therapeuten/innen mit unterschiedlichen therapeutischen Methoden finden. Das fördert auch die Möglichkeiten für einen individuellen Ansatz in der Behandlung. Natürlich muss aber ein gemeinsames Konzept und Verständnis der Erkrankung von Seiten der Behandler/innen die fachliche Grundlage einer Einrichtung bilden.

Grundsätzlich finde ich, dass die Persönlichkeit des/r Therapeuten/in ein ganz entscheidender Wirkfaktor in der Behandlung ist. Bereits im Vorstellungsgespräch habe ich deshalb mehr Wert auf die Persönlichkeit des Bewerbers gelegt, als auf die Therapieschule, aus der er kommt. Mit der Persönlichkeit des Behandlers hängt auch sein Umgang mit den Patienten/innen zusammen. Dieser kann sich beispielsweise durch eine gewisse Distanz, oder aber auch umgekehrt eine zu große

Nähe auszeichnen. Darauf, wie auch auf das Verhalten im Team, würde ich gerade bei Neueinstellungen besonders achten. Wenn sich hier bereits in der Probezeit deutliche Probleme abzeichnen, würde ich das Arbeitsverhältnis auflösen, denn – so meine Erfahrung – das fällt einem ansonsten später auf die Füße.

Hinsichtlich der eingesetzten Behandlungselemente würde ich meinen, dass man diese kritisch daraufhin untersuchen sollte, welche Inhalte der Diagnostik und Therapie in der heutigen Zeit angemessen sind und zudem dem Ziel der Rehabilitationsleistung dienlich sind. Also, um es beispielhaft etwas überspitzt zu formulieren: Nur Bastkörbchen in der Ergotherapie herzustellen, ist überholt. Mein Ansatz war immer, wir machen etwas Sinnvolles! In der Ergotherapie könnte das beispielsweise heißen, sofern der/die Patient/in Kinder hat, zu lernen, gemeinsam eine Puppe zu basteln oder anderes altersgemäßes Spielzeug. Es geht grundsätzlich darum, über entsprechende sinnstiftende Angebote die Ressourcen des/r Patienten/in zu wecken, die Persönlichkeit und Selbstheilungskräfte zu stärken und Erfolgserlebnisse zu ermöglichen. In der Arbeitstherapie kann die Belastungsfähigkeit beispielsweise dadurch trainiert werden, dass man mit Patienten/innen unter Anleitung des Arbeitstherapeuten auf dem Gelände ein interessantes Projekt durchführt, etwa über einen Bach eine Brücke zu planen und diese dann später auch zu bauen. Oder bei der Gartenarbeit Kartoffeln und Gemüse unter Anleitung anzubauen, und diese biologischen Nahrungsmittel dann in der Küche später für Mahlzeiten zu verarbeiten. Dies geht dann mit dem Erlangen von neuen Kenntnissen und Fertigkeiten einher, zudem können dadurch auch berufliche Interessen geweckt werden. Keinesfalls geht es um den

Einsatz von billiger Arbeitskraft durch Patienten/innen zum Nutzen der Einrichtung.

Im Sinne einer patientenorientierten Behandlung sollten auch hinsichtlich der zeitlichen Gewichtung einzelner Therapiemodule, die jeweiligen Bedarfe und Neigungen der jeweiligen Patienten handlungsleitend sein. Beispielsweise könnte es im Einzelfall wichtiger sein, dass ein/e Patient/in ein Lauftraining - anstelle einer Ergotherapieeinheit - absolviert und seine körperliche Leistungsfähigkeit im Verlauf der Behandlung dadurch deutlich steigert. Solche Erfahrungen können den Erfolg der Rehabilitation mehr stärken, als wenn man stur den KTL - (Klassifikation therapeutischer Leistungen) Vorgaben bzw. den Anforderungen hinsichtlich der therapeutischen Versorgung folgt. Wenn man dieses Vorgehen gut begründet, so habe ich in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, trägt der Leistungsträger das auch mit. Von dessen Seite aus darf nicht zu kleinteilig geplant werden, vielmehr sind entsprechende Spielräume notwendig, um den individuellen Unterschieden der Patienten/innen in der Behandlung gerecht werden zu können.

Die langjährigen Katamnesen des Fachverbandes Sucht* e.V. zeigen hinsichtlich der Ergebnisqualität der stationären Behandlung im Übrigen, dass mittlerweile ein qualitatives Level erreicht wurde, das sich in den letzten Jahre nicht mehr groß verändert hat.

4.2 Hast Du in der Rückschau Ideen und Vorschläge, wie man die fachliche und persönliche Kompetenz der Mitarbeiter/innen bestmöglich fördern kann?

Auf die Bedeutung der Supervision und Fallbesprechungen wurde bereits hingewiesen, zudem ist auch eine fundierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen wichtig. Hinsichtlich der Fort- und Weiterbildungsverpflichtung sollte man als Arbeitgeber

in alle Berufsgruppen investieren. Wenn ein Mitarbeiter mir logisch und nachvollziehbar erklären konnte, warum gerade diese von ihm ausgewählte Fortbildung für ihn/sie jetzt wichtig ist, dann habe ich zugestimmt - also meinerseits unter dem Aspekt die Qualifikation des/r Mitarbeiters/-rin dadurch zu verbessern, oder aus dessen/deren Sicht `ich lerne dadurch etwas, wo ich aktuell noch eine Lücke habe`. Beispielsweise konnte dies eine Schulung zur Motivierung von schwierigen Patienten/innen oder zur Gesprächsführung sein, oder im Bereich Sport/Bewegung eine Fortbildung zum Thema `Bogenschießen und Achtsamkeit`.

Meine Frage an Mitarbeiter/innen, die eine Fortbildung machen wollten, war immer: Dient es der Reha, oder ist es vielleicht nur Hobby?

5. Angehörigenarbeit und Einbezug von bedeutsamen Bezugspersonen

Wurden die Angehörigen (Partner/in, Kinder, Eltern) und enge Bezugspersonen (incl. Kollegen/innen, Vorgesetzte) aufgrund Deiner persönlichen Erfahrungen genügend in die Suchtbehandlung einbezogen?

Hättest Du hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen und bedeutsamen Bezugspersonen Vorschläge?

Die Angehörigenarbeit sollte grundsätzlich eine stärkere Beachtung erfahren. Dies betrifft die Aufklärung und Information über Sucht und deren Auswirkungen, die jeweiligen Rollen im Familiensystem bzw. im Beziehungsgeflecht oder den Umgang mit dem/r suchtkranken Partner/in. In der stationären Rehabilitation sollte zumindest eine Woche oder mehrere Wochenenden für die Angehörigenarbeit eingeplant werden, und zum Schluss hin

dabei dann der/die Patient/in mit einbezogen werden. Das müsste übrigens auch Teil der Vergütung sein und entsprechend konzeptionell fixiert werden. Dadurch dass man im nahen Umfeld mehr Wissen im Umgang mit den süchtigen Menschen verankert, könnte möglicherweise auch die Rückfallquote noch weiter gesenkt werden. Im ambulanten Bereich sollte sich die Anzahl der Sitzungen mit Angehörigen am Bedarf orientieren und keine starren Vorgaben hinsichtlich der dafür vorgesehenen Anzahl bestehen.

6. Leitbild, Führungsverhalten und Motivation der Mitarbeiter/innen

Was sind die zentralen Merkmale von gutem Führungsverhalten und einer guten Leitung einer Suchtrehabilitationseinrichtung aus Deiner Sicht?

Wie kann die Motivation der Mitarbeiter/innen und deren Bindung an die Rehabilitationseinrichtung durch die Leitung/Führungskräfte gestärkt werden?

Mehr in die Mitarbeiter/innen zu investieren, halte ich grundsätzlich für einen ganz wichtigen Aspekt. Die Mitarbeiter/innen sind das wichtigste Kapital einer Einrichtung. Eine gute Leistung wird letztlich nur über diese erbracht. Zumindest ein jährliches Mitarbeitergespräch sollte von Seiten der Leitung mit dem Mitarbeiter durchgeführt werden, um deren Arbeitssituation, Entwicklungsstand, Fortbildungsbedarfe für das nächste Jahr etc. miteinander zu besprechen.

Ein wesentliches Problem sehe ich beispielsweise darin, wenn Psychologische Psychotherapeuten im Rahmen ihrer Aus- und Weiterbildung gut in die Arbeit integriert worden sind und dann nach 5 Jahren sagen, dass sie nun lieber in eine niedergelassene Praxis wechseln.

Da ist viel Zeit, know how und Geld von Seiten des Trägers bzw. der Einrichtung investiert worden und das fließt nun woanders hin. Von daher sollte man das Augenmerk darauflegen, wie man bestmöglich eine Bindung der Mitarbeiter/innen ans Unternehmen schaffen kann. Dabei geht es nicht nur um eine entsprechende Vergütung, sondern auch um Fragen der Wertschätzung, der Wahrnehmung der persönlichen Situation und des zugewandten Blicks der Leitung auf die Mitarbeiter/innen.

Suchttherapie ist zudem harte Arbeit, von daher ist `Mitarbeiter/innen gesund führen` auch ein wichtiges Thema. Denn als Führungskraft trägt man eine Fürsorgepflicht für die Mitarbeiter/innen. Diese beinhaltet etwa auch, die Krankentage im Blick zu haben und bei entsprechenden Häufungen das Gespräch mit dem/r Mitarbeiter/in von Seiten der Leitung zu suchen. Hierbei kann es auch darum gehen, bei entsprechend belasteten Mitarbeitern das Angebot zu machen, dass diese eine Rehamaßnahme zur Gesundung und Stabilisierung antreten. Die anonymisierte Mitarbeiterbefragung mittels Fragebogen ist bei Einrichtungen entsprechender Größe – d.h. ohne Rückschlussmöglichkeit auf den jeweiligen Mitarbeiter - ein geeignetes Instrument, um ein Feedback über deren Befinden und Zufriedenheit - sowie darüber hinaus auch Veränderungsvorschläge - zu erhalten.

Ab 1992 habe ich innerhalb der Unternehmensgruppe System vom Management her mehrere Einrichtungen geleitet. Was mich fasziniert hat war, den Mitarbeitern/innen den Gedanken einzupflanzen, dass es nicht nur darum geht einen Job abzuleisten, sondern dass es darum geht, öffentliche Mittel möglichst effektiv einzusetzen. Das bedeutet, wenn etwas misslingt oder nicht gut gelaufen ist, auch bei sich selbst zu suchen, was hätte ich

möglicherweise anders machen können? Zum zweiten, dass man vom Grundsatz her immer dazu bereit ist, Veränderungen aufzunehmen und umzusetzen.

Wichtig finde ich deshalb auch von der Leitung her Feedback an die therapeutisch tätigen Mitarbeiter/innen zu geben und den Dialog mit ihnen zu suchen. So kann die Häufung von Rückfällen in einer Bezugsgruppe ja ganz verschiedene Ursachen haben, etwa Probleme bei der Zuteilung von Patienten/innen zu den verschiedenen Bezugsgruppen, oder aber auch eine persönliche Krise des Mitarbeiters.

Zum Führungsverhalten gehört auch, sich mit den externen Vorgaben zu befassen und konflikträchtigen Themen nicht aus dem Weg zu gehen. Hinsichtlich der Erfüllung der Personalvorgaben der Leistungsträger würde ich – auch angesichts bestehenden Fachkräftemangels – beispielsweise der verantwortlichen Leitung einer Einrichtung empfehlen, bei entsprechend zu besetzenden Stellen nicht zu schnell Kompromisse bei der Personalauswahl zu machen. Da sollte man bei Engpässen das Gespräch mit dem Leistungsträger suchen und ggf. an eine Personalagentur herantreten, um zu versuchen zunächst mögliche Lücken auf Honorarbasis zu überbrücken, anstatt vorschnell zu sagen: `Den müssen wir wohl behalten, ansonsten kommt keiner`. Meine Erfahrung ist, es kommt dann doch immer noch jemand, der passt.

7. Organisationsstruktur und Verantwortlichkeiten

Welche Empfehlungen würdest Du hinsichtlich der Gestaltung der Organisationsstruktur und Zusammenarbeit inclusive der Festlegung von Verantwortlichkeiten in einer Rehabilitationseinrichtung aussprechen?

Die jeweiligen Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Mitarbeiter/innen incl. Weisungsbefugnisse sollten klar beschrieben sein, falls es hier Probleme oder auch Veränderungsvorschläge geben sollte, kann man diese an entsprechender Stelle miteinander - beispielsweise in der Supervision - besprechen.

Als Geschäftsführung ist man im Umgang mit den Mitarbeitern/innen immer auch Modell für deren Umgang mit den Patienten/innen. Schwierig und ambivalent kann es dann werden, wenn man meint, auf bestimmte Mitarbeiter/innen - etwa die ärztliche Leitung - auch aufgrund von Fachkräftemangel angewiesen zu sein, und darunter dann der offene Umgang miteinander und die Möglichkeit eines kritischen Diskurses leidet. Abhängig vom Wechsel der ärztlichen Leitung hat sich in der eigenen Drogeneinrichtung jedes Mal auch die Mitarbeiterkonstellation, deren Zusammenwirken und Zusammenhalt auf den verschiedenen Ebenen verändert. So haben sich jeweils unterschiedliche Koalitionen gebildet, je nachdem wer sich dann mit der Leitungsebene gut verstanden hat.

Meine Erfahrung ist hierzu, dass die therapeutischen Mitarbeiter/innen zwar hochsensibel in der Wahrnehmung von Konflikten sind, aber an deren offener Austragung hat es oft gefehlt. Man kann ja, auch wenn man sich persönlich nicht so nahesteht, trotzdem wertschätzend miteinander umgehen. Durch einen offenen Umgang mit Themen wie, bestehende Konkurrenzen untereinander im Team und die wechselseitige Beziehungsgestaltung, Stärken und Schwächen der Einrichtung und damit verbundene Verbesserungsmöglichkeiten, kann man die Qualität der eigenen Organisation durchaus optimieren.

8. Vernetzung, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit des Behandlungsprozesses

Gibt es Deinerseits Tipps, wie die Nahtlosigkeit des Behandlungsprozesses gefördert werden kann?

Gibt es weitere innovative Ansätze, die Du hinsichtlich Vernetzung, Nahtlosigkeit und Nachhaltigkeit empfehlen würdest?

Würdest Du etwa empfehlen, eigene Angebote der Suchtrehabilitationseinrichtung - etwa digitale Angebote, Nachsorge-Apps - auszubauen?

Ich war in meinem Berufsleben immer auch darauf bedacht, das vorhandene Umfeld zu berücksichtigen und mich auf die entsprechenden Personen mit ihren eigenen Anliegen und Vorstellungen einzustellen. Das hat sich auf verschiedenen Ebenen bewährt.

Beispielsweise habe ich, um das Verständnis für die Patienten/innen zu fördern und Praktikumsplätze in Betrieben zu akquirieren, den entsprechenden Ansprechpartnern nicht Zahlen aus Katamnesen vorgetragen, sondern Geschichten einzelner Patienten/innen mit gelungener Re-Integration erzählt. Damit konnte man am Besten Vorurteilen wie, 'die werden ja eh alle rückfällig' begegnen, zum Nachdenken animieren und die Bereitschaft zur Zusammenarbeit fördern.

Das war übrigens auch bei der Übernahme der Drogentherapieeinrichtung in Sachsen-Anhalt im Jahr 2001 so. Zuvor war dort eine Alkoholeinrichtung ansässig, an die man sich von Seiten der Gemeinde bereits gewöhnt hatte. Aber jetzt Drogenabhängige? Es bestanden große Vorbehalte gegen diese neue Klientel. Wir haben dann zunächst gemeinsam mit Patienten eine Öffentlichkeitsveranstaltung in der Gemeinde durch-

geführt, später dann beispielsweise auch den vorhandenen Fußballplatz mitgenutzt und dafür einen `Pflegevertrag´ mit der Gemeinde geschlossen. Oder wir haben mit der Feuerwehr Brandschutzübungen durchgeführt und bei der anschließenden gemeinsamen Verköstigung in unserer Einrichtung Kontakte aufgebaut. Unser Ziel war, deutlich zu machen, wir sind Teil der Gesellschaft und beteiligen uns auch an unserem sozialen Umfeld.

Hinsichtlich der Vorbereitung auf die stationäre Entwöhnungsbehandlung finde ich es wichtig, beispielsweise den Kontakt zu den ambulanten Beratungsstellen zu pflegen. Dazu kann man beispielsweise pro Jahr 2 Fachtagungen mit kompetenten Referenten/innen ausrichten, zu denen diese eingeladen werden. Das dient sowohl der fachlichen Fortbildung der Berater/innen, wie auch der persönlichen Kontaktpflege zu diesen. Hierbei haben die Patienten/innen unserer Suchtklinik dann auch ein Theaterstück aufgeführt, was beispielsweise den Effekt hatte, dass Suchtberater/innen über deren ehemalige Klienten sagten: `Das hätte ich nie gedacht, dass der mal auf einer Bühne steht und so frei reden kann`.

In diesem Zusammenhang fand ich ein Defizit im Nahtlosverfahren, das den Zugang aus dem Entzug in die Entwöhnungsbehandlung regelt, dass sich – so meine Erfahrung – die Psychiatrien, die im Vorfeld den Entzug durchführten, nicht immer auf den Weg machten, um den/die Patienten/in beim Weg in die Suchtklinik zu begleiten. Wir haben zur Kontaktpflege und Verbesserung der Zusammenarbeit deshalb eine Mitarbeiterin in die psychiatrischen Einrichtungen in Begleitung von zwei Patienten geschickt. Diese haben dann auf Basis ihrer persönlichen Erfahrungen erläutert, was in der Suchtrehabilitation geschieht. Das kam sehr gut an, die Termine wurden langfristig geplant

und diese wurde dann auch als ein halber Fortbildungstag für die Mitarbeiter/innen in der Psychiatrie gewertet.

Auch beim Übergang in die nachfolgende externe Adaptionsphase hat eine Mitarbeiterin die Patienten/innen begleitet und hat danach hautnah auf Basis der persönlichen Gespräche beispielsweise über entsprechende Neuerungen der jeweiligen Einrichtung berichten können.

Generell finde ich, dass eine Kundenorientierung auch gegenüber den Kooperationspartnern von Bedeutung ist. Dies bedeutet beispielsweise hinsichtlich der Zulieferer/Vorbehandler oder auch den nachfolgenden Einrichtungen, nicht nur zum Telefonhörer zu greifen oder nur per Mail anonym miteinander umzugehen, sondern der persönliche Kontakt ist hingegen bedeutsam. Man muss auch nicht in einem institutionellen Verbund unter gleicher Trägerschaft tätig sein, um eine gute Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen zu pflegen.

Den Einsatz von zusätzlichen Apps halte ich für eine gute Ergänzung zu den bestehenden Angeboten, da gibt es sicherlich noch einiges Entwicklungspotential. In der Nachsorge können solche Angebote auch im ländlichen Raum eine wichtige Rolle spielen, wenn dort keine ambulanten Beratungsstellen oder geeigneten Selbsthilfegruppen vorhanden sind.

9. Wohnortnähe/Regionalität der stationären Suchtrehabilitationsleistung

Würdest Du die räumliche Nähe bzw. Entfernung einer stationären Suchtrehabilitationseinrichtung zum Wohnort des/r Patienten/in aus Deiner Erfahrung heraus als ein grundlegend wichtiges Merkmal für die Auswahl einer Rehabilitationseinrichtung ansehen?

Hinsichtlich der Frage einer Entfernung der Suchtklinik zum Wohnort, war meine Einschätzung bei den Drogenabhängigen, dass es besser ist, wenn diese wegen der Rückfallgefährdung nicht aus dem regionalen Umfeld kamen. Regionalität ist bei ganztägig ambulanter und ambulanter Suchtrehabilitation natürlich ein wichtiges Kriterium, im stationären Bereich spielt dies jenseits der Drogenabhängigkeit allerdings – sofern die Suchtklinik verkehrsmäßig gut angebunden ist – aus meiner Sicht keine bedeutsame Rolle.

Nicht zuletzt wegen der Mitarbeitergewinnung würde ich – falls ich nochmals eine neue Einrichtung gebaut hätte – allerdings nicht auf dem Land planen, sondern im Umfeld einer größeren Stadt.

10. Auswahl einer geeigneten Suchtrehabilitationseinrichtung

Nach welchen Merkmalen und Kriterien würdest Du selbst eine Suchtrehabilitationseinrichtung auswählen? Wie schätzt Du das aktuelle Belegungs- und Auswahlverfahren der Rentenversicherung ein?

Die Auswahl und Belegung einer qualitativ besonders geeigneten Suchtklinik bzw. Rehabilitationseinrichtung allein über die im Qualitätssicherungsverfahren der DRV erlangten Qualitätspunkte zu steuern, wird nach meiner Einschätzung nicht gelingen. Für viel wichtiger halte ich den Ansatz, sich ein persönliches Bild als belegender Leistungsträger von der jeweiligen Einrichtung zu machen. Für entsprechende Visitationen in den Rehabilitationseinrichtungen muss man dann aber als Leistungsträger auch über eine entsprechende Anzahl an qualifiziertem Personal verfügen. Es gehört zur Verantwortung des Leistungsträgers vor Ort zu schauen, wie das Geld eingesetzt wird. Um ent-

scheiden zu können, in welche Einrichtung ein Patient besser passt, muss man die jeweiligen Einrichtungen kennen. Der Versuch allein über formale Zuweisungsindikatoren und Sonderanforderungen bzw. die erreichten Qualitätspunkte zu steuern, berücksichtigt nicht die Vielzahl an weichen Faktoren, die doch gerade für die Qualität einer Einrichtung sehr entscheidend sind.

Die Instrumente der Qualitätssicherungsprogramme der RV und GKV decken lediglich einen Teil der Qualität ab. Für relativ aussagekräftig halte ich – im Unterschied zu anderen Instrumenten – hierbei insbesondere die Patientenbefragung. Da es sich bei der Erhebung aber nur um eine Stichprobe handelt und die Ergebnisse dafür erst mit deutlicher Zeitverzögerung vorliegen, halte ich eine kontinuierlich durchgeführte klinikinterne Patientenbefragung letztlich für aussagekräftiger.

Hinzu kommt, dass bei kleineren Einrichtungen – wie etwa Drogenkliniken – verschiedene QS-Instrumente aufgrund der zu geringen Anzahl an Patienten/innen gar nicht anwendbar sind. Ggf. müsste man, um zu mehr Aussagekraft zu kommen, die Stichprobengröße der Patientenbefragung erweitern und Vollerhebungen durchführen. Gleichwohl bleibt auch dann das Grundproblem, dass nur ein Teilbereich dessen, was die Qualität der Behandlung ausmacht, mit dem QS-Verfahren abgedeckt wird.

Wichtig fände ich zudem, dass die Ergebnisse aus dem QS - Programm mit der jeweiligen Einrichtung von Seiten des Leistungsträgers besprochen werden.

Auch sollten aus meiner Sicht hinsichtlich der Bedeutung und Aussagekraft einzelner Faktoren Unterscheidungen vorgenommen werden. Beispielsweise halte ich die Abbruchquote in einer Suchteinrichtung für eine wichtige Va-

riable, wie auch den Krankenstand oder häufige Wechsel der Mitarbeiter/innen.

Die Behauptung, dass beispielsweise eine Klinik auf Basis der Erhebung mit den QS Instrumenten mit 92 Qualitätspunkten tatsächlich besser sei, als eine mit 89, halte ich für sehr gewagt. Die Vorstellung über diese Vorgehensweise - ohne tiefere Einblicke in die Arbeit vor Ort gewonnen zu haben - eine qualitätsgesteuerte und objektive Belegung realisieren zu können, ist nach meiner Einschätzung eine Illusion.

Zudem ist ein erheblicher Aufwand für alle Beteiligten mit der externen Qualitätssicherung der Leistungsträger verbunden.

11. Botschaften für junge Menschen – Gewinnung neuer Mitarbeiter/innen

Was könnte aufgrund Deiner persönlichen Erfahrungen junge Menschen besonders ansprechen, im Bereich der Suchtbehandlung und -rehabilitation eine berufliche Perspektive und Aufgabe zu sehen?

Gibt es grundlegende Eigenschaften, die aus Deiner Sicht heraus besonders wichtig sind, um mit suchtkranken Menschen längerfristig arbeiten zu können?

Was würdest Du neuen Mitarbeitern/innen im Bereich der Suchtbehandlung/-rehabilitation gerne ans Herz legen?

Die Arbeit mit Süchtigen ist aus fachlicher Sicht sehr attraktiv, denn man hat es mit einer Vielzahl unterschiedlicher Störungsbilder aufgrund der hohen Komplexität von und Komorbidität bei Suchterkrankungen etwa als Psycho-/Suchttherapeut, oder auch als Arzt/Ärztin zu tun. Hierzu gehören psychische, somatische, soziale und berufliche Problemlagen.

Die Suchtrehabilitation ist zudem gerade auch für Absolventen/innen der Sozialen Arbeit attraktiv, da diese im Rahmen der Behandlung mit entsprechender Weiterbildung suchttherapeutisch tätig sein können, was in anderen Arbeitsgebieten nicht möglich ist.

Auch für Arbeits-/Ergo-/ und Sporttherapeuten gibt es viele Gestaltungsmöglichkeiten in diesem Bereich, der auch keiner Konjunktur unterliegt, denn Suchterkrankungen wird es weiterhin geben, auch wenn sich Suchtmittel und stoffungebundene Erscheinungsformen verändern.

Man lernt zudem über die eigene Persönlichkeit viel im Suchtbereich. Süchtige Menschen haben die Fähigkeit, einen persönlich zu fordern. Daran kann man selbst wachsen.

Als wichtige Voraussetzungen für die Arbeit mit suchtkranken Menschen würde ich eine stabile Persönlichkeit, die Fähigkeit zur Selbstreflexion, Empathie wie auch die Fähigkeit zur Abgrenzung sehen. Man muss auch ein `Herz für suchtkranke Menschen` haben.

12. Zu guter Letzt - Ausblick

Wenn Du von der heutigen Situation der Suchtbehandlung/-rehabilitation ausgehst, welche neuen Meilensteine wären aus Deiner Sicht für die zukünftige Entwicklung der Suchtbehandlung notwendig?

Historisch stand der Gedanke der Qualitätsverbesserung – etwa über die Einrichtung interner und externer Qualitätszirkel - auch bei der Entwicklung des QS-Programms der DRV im Vordergrund. Qualität entsteht letztlich im Tun, hierzu können Feedback und entsprechende Informationen ausgesprochen hilfreich sein. Wichtig

ist aber, dass eine Einrichtung sich in einem lebendigen Entwicklungsprozess befindet, vergleichbar einem Organismus. Von den Leistungsträgern würde ich mir wünschen, dass diese mehr Vertrauen haben in das, was die Rehakliniken und -einrichtungen tun. Viele Aktivitäten entspringen eher einem Kontrollbedürfnis und dienen nicht vorrangig der Verbesserung der Qualität der Rehabilitationsleistung.

Wünschen würde ich mir zudem, dass – wenn es von der Persönlichkeit her gut passt –, im Einzelfall auch hinsichtlich der formalen personellen Anforderungen etwas mehr Flexibilität von Seiten der Leistungsträger besteht, beispielsweise dass auch ein Diplompädagoge mit suchttherapeutischer Weiterbildung therapeutisch in der Entwöhnungsbehandlung tätig sein kann, oder etwa auch ein Internist mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation als leitender Arzt.

Im Rückblick würde ich zudem sagen, dass der Selbsthilfegedanke heute wieder gestärkt werden sollte. Es haben doch viele Betroffene – zumal es früher noch keine entsprechenden professionellen Angebote gab – mit Hilfe der Selbsthilfe und der Stärkung der Selbstheilungskräfte den Ausstieg geschafft. Auch mein Vater hat auf diesem Wege zur Abstinenz gefunden. Das steht aber keinesfalls im Widerspruch zu den professionellen Behandlungsangeboten. Selbsthilfe und entsprechende Angebote der professionellen Suchthilfe sollten sich vielmehr ergänzen und nicht als konkurrierende Systeme angesehen werden. Beispielsweise sollte die Vorstellung von Selbsthilfegruppen während der Entwöhnungsbehandlung in den Fachkliniken integraler Bestandteil der Arbeit sein und diesem Aspekt auch eine entsprechende Bedeutung zugemessen werden. Diese hat von Seiten der

Einrichtungen nach meiner Erfahrung leider abgenommen. Dieser Trend geht einher mit dem Rückgang der Anzahl von Selbsthilfegruppen in Deutschland. Wichtig wäre es von daher auch, hier neue und innovative Ansätze zu finden, um die Selbsthilfe – gerade auch für jüngere Zielgruppen – zu öffnen. Anregen möchte ich in diesem Zusammenhang auch, Ehemalige gezielt und regelhaft im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung einzubeziehen, indem diese über ihre Erfahrungen mit der Sucht und insbesondere auch deren Bewältigung berichten.

Im Bereich der Nachsorge könnten zudem entsprechend geschulte und weitergebildete ehemalige Patienten/innen eingesetzt werden, um zur sozialen und beruflichen Stabilisierung beim Übergang von der stationären Behandlung in das Alltagsleben am Wohnort beizutragen und die Integration zu unterstützen. Diese können zudem auch als positives Modell wirken. Voraussetzung für eine entsprechende Schulung wäre, dass die eigene Suchtgeschichte aufgearbeitet wurde, eine längere Phase der Abstinenz und eine persönliche Eignung für diese Tätigkeit vorliegen. Im Kontext des zunehmenden Fachkräftemangels könnte dies ein wichtiger Baustein sein, entsprechende Unterstützung an dieser Schnittstelle zu leisten, um die Gefahr eines Rückfalls zu minimieren.

Zudem finde ich wichtig, dass man Marktprinzipien noch stärker im Bereich der Suchtkrankenhilfe und -behandlung berücksichtigt. Hierbei spielt die Kundenorientierung eine wesentliche Rolle. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, dass man als Einrichtung – auch angesichts einer hohen Einheitlichkeit der äußeren Anforderungen – für sich ein eigenes Profil herausarbeitet. Es geht darum nach innen und außen zu zeigen: „Das sind wir“!

Ferner sollte man – wie erwähnt – als Geschäftsführung und Leitung einer Einrichtung verstärkt in die Mitarbeiter/innen investieren und sich auch gezielt neuen Mitarbeitern/innen zuwenden. Jungen Geschäftsführern kann ich nur dazu raten, nutzen Sie bei neuen Mitarbeitern/innen die Probezeit und setzen Sie sich für eine gut gestaltete Einarbeitungszeit ein.

Vita

1960 – 1963

Studium am Pädagogischen Institut in Weilburg/Lahn für das Lehramt für Grund-, Haupt- und Realschulen

1963 – 1970

Lehrer für Mathematik und Chemie an einer Realschule in Bad Hersfeld

1970 – 1973

Fachlehrer für Programmierung am Ausbildungszentrum von AEG-Telefunken in Konstanz

1973 – 1976

Leiter der Aus- und Weiterbildung in der Farbfernsehröhrenfertigung von AEG - Telefunken in Ulm

1976 – 1978

Referent für Personalentwicklung beim Personalvorstand in der Zentralverwaltung von AEG in Frankfurt

Seit 1952

Mitglied bei den Guttemplern in Deutschland, von 1960 bis 1972 aktiv in der Kinder- und Jugendarbeit sowie als Leiter der Öffentlichkeitsarbeit bei den Guttemplern

1969 - 1970

Nebenberuflich tätig in der Fachklinik Mahlertshof als Arbeitsgruppenleiter zum Thema Sucht

Nicht zuletzt halte ich auch Führungskräftebildungen für Menschen in Leitungsfunktionen im Suchtbereich, für sehr hilfreich, um entsprechende Managementtechniken zu trainieren und dann in der Praxis umsetzen zu können.

Autor:
Herbert Ziegler



Herbert Ziegler

Jg. 1940, vh., zwei Söhne, ein Enkelkind

1978 – 1990

Leiter der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) in Hamm. Die DHS ist der zentrale Dachverband aller Suchthilfeaktivitäten der freien Wohlfahrtspflege in Deutschland. Sie leistet für die Verbände Öffentlichkeitsarbeit, führt Tagungen durch und steuert die finanzielle Förderung von Modellvorhaben in der Prävention und Hilfe für Suchtkranke. Sie wird gefördert durch Zuwendungen des

Bundes und der Rentenversicherungsträger. Sie wurde umbenannt in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen.

Während der DHS Tätigkeit Vorstandsmitglied des ICAA in Lausanne, Mitglied im Wissenschaftlichen Kuratorium der DHS

Ab 1978

Das Thema Suchtprobleme am Arbeitsplatz in Deutschland forciert. Von 1978 - 2018 als Trainer und Berater für verschiedenste Unternehmen zu den Themenbereichen Sucht am Arbeitsplatz tätig.

1990 – 1991

Geschäftsführer einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen eines amerikanischen Unternehmens in Garmisch-Partenkirchen

1992 – 2001

Gesellschafter und Geschäftsführer der TEAM GmbH später System GmbH, verantwortlich für Seminare und Beratung von Unternehmen im Bereich „Suchtprobleme am Arbeitsplatz“ sowie Marketingkonzepte für das eigene Unternehmen.

2001 – 2019

Geschäftsführender Gesellschafter des Therapiehofes Sotterhausen, einer Fachklinik für junge Abhängigkeitskranke in Sachsen-Anhalt.

1978

Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.

1992 – 2007

Vorstandsmitglied des Fachverbandes Sucht e. V. in Bonn

1992 – 2005

Gastdozent an der Fachhochschule in Benediktbeuren

Publikationen

Mehrere Berichtsbände über die DHS Fachkonferenzen

„Suchtprävention als Führungsaufgabe“ Herbert Ziegler und Gabriele Brandl, Universum Verlag Wiesbaden 3.Auflage, 2004

Drei DAK Schriften zum Thema Alkohol- und Medikamentenprobleme am Arbeitsplatz, 2005

Mitautor beim „Handbuch Sucht“ Ansgard Verlag St. Augustin, 1989

„Probleme mit dem Alkohol – eine Fibel für den Betrieb“, Ulf Hohenhaus und Herbert Ziegler, Deutscher Instituts Verlag, 6.Auflage, 2000

Aufsätze über Selbsthilfegruppen in der Suchthilfe

Darüber hinaus weitere Veröffentlichungen zu Themen wie „Sucht am Arbeitsplatz“, „Epidemiologie der Sucht“, „Hilfangebote in Deutschland“, Führungs- und Leitungsfragen in Suchthilfeeinrichtungen“, „Kunden- und Marktorientierung in der Rehabilitation von Suchtkranken“.

Korrespondenzadresse:

Herbert Ziegler
Wasserland 4
53129 Bonn

E-Mail: herbert-ziegler@t-online.de,
Tel. 0171-4020490

Teil B Historischer Überblick

Meilensteine der Entwicklung des Suchthilfesystems und der Suchtbehandlung: Auflistung von wesentlichen Ereignissen ab dem Jahr 1947 bis 2023

Volker Weissinger

Was waren Meilensteine in der Entwicklung des Suchthilfe- und Behandlungssystems? Vieles was uns heute `normal` und selbstverständlich erscheint, war es in der Vergangenheit keineswegs. Von daher trägt ein Blick in die Historie zum einem zu einem tieferen Verständnis der heutigen Situation bei, zum anderen aber auch zur Wertschätzung eines stetig gewachsenen, sich zunehmend differenzierenden und sich permanent verändernden Versorgungssektors. Zudem ist die Entwicklung der Suchthilfe und -behandlung immer auch nur als Teil eines umfassenderen Gesundheits-, Sozial- und Rehabilitationssystems zu verstehen, von daher weitet sich die Perspektive über den engeren Tellerrand hinaus und bezieht z.B. gesetzliche und strukturelle Rahmenbedingungen mit ein.

Der Blick auf die erlebte Vergangenheit von Zeitzeugen beinhaltet immer auch persönliche Färbungen und Wertungen, - je nachdem, was in der eigenen Biographie als besonders bedeutsam erlebt wurde und welche Positionen und Funktionen man selbst in dieser Zeit und der jeweiligen Lebensphase ausgefüllt hat. Von daher sei den ganz bewusst persönlich geprägten Schilderungen und Einschätzungen der drei Autoren/in (Teil A) nach-

folgend eine Auflistung hintangestellt, welche zum Ziel hat, die Meilensteine der Entwicklung des Suchthilfe- und Behandlungssystems in Deutschland ab 1947 bis 2023 in kurzer und möglichst übersichtlicher Form darzustellen. Hierbei werden gesetzliche Rahmenbedingungen, Vereinbarungen der Leistungsträger, allgemeine und spezifische Entwicklungen des Suchthilfe- und Behandlungssystems sowie auch Aktivitäten auf Verbandsebene am Beispiel des heutigen Fachverbandes Sucht e.V. aufgelistet.*

Für die nachfolgende Auflistung wurde die Publikation der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland – Analyse der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven Update 2019, Hamm verwendet sowie vielfältige eigene Recherchen durchgeführt. Zudem danke ich den Mitautoren/der Mitautorin für zusätzliche Hinweise. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird bei der Auflistung nicht erhoben.

1947 und Folgejahre

1947 - Gründung der **Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren** (Umbenennung in Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) im Jahr 2002) mit den Hauptaufgaben, Fürsorge für Alkoholgefährdete oder Alkoholranke und die Bekämpfung der Suchtgefahren zu leisten.

Im selben Jahr erfolgt die Neuformierung nach dem Ende des 2. Weltkriegs des **Verbandes deutscher Trinkerheilstätten**, der bereits 1903 gegründet worden war (heute: Bundesverband Suchthilfe e.V. (bus.)).

1955 Erstausgabe der **Zeitschrift `Suchtgefahren`** nach Kriegsende hrsg. von der DHS (Umbenennung 1990 in `Sucht`, mittlerweile hrsg. von der DG Sucht)

Beginn des **Wiederaufbaus des Suchthilfesystems** in der Bundesrepublik Deutschland in den Folgejahren. Zudem (Neu-) **Gründung der Selbsthilfeverbände**, etwa des „Evangelische Gesamtverbandes zur Abwehr der Suchtgefahr“ 1957 in Kassel.

1960 und Folgejahre

Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, es gibt damals erst 13 offene und sechs geschlossene Heilstätten für alkoholranke Menschen. Zudem erfolgt ein langsamer, aber stetiger Aufbau eines Systems von Suchtberatungsstellen. Die Finanzierung der ambulanten und stationären Angebote ist noch nicht entsprechend geregelt.

1962

Inkrafttreten des **Bundessozialhilfegesetzes**, in welchem das bisherige Fürsorge- und Armenrecht neu geregelt wird und das einen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe enthält, um ein Leben bei entsprechender Bedürftigkeit führen zu können, das der Würde des Menschen entspricht.

1967

Unter dem Druck der einsetzenden „**Drogenwelle**“ wird in Frankfurt 1967 die erste Beratungsstelle für Drogenkonsumenten in Deutschland gegründet.

1968

Wegweisendes **Urteil des Bundessozialgerichts**, durch das Trunksucht als Krankheit anerkannt wird. Darauf basiert die spätere sozialrechtliche Regelung der Zuständigkeiten aus dem Jahr 1978 hinsichtlich der Behandlung der Suchtmittelabhängigkeit von Rentenversicherung und gesetzlicher Krankenversicherung.

1970

Erstes Aktionsprogramm des Bundes zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs. Inhaltliche Schwerpunkte waren: Bekämpfung des Drogenhandels durch Polizei, Bundesgrenzschutz sowie Zoll und Justiz; Empfehlungen zur Aufklärung der Bevölkerung; vage Hinweise für therapeutische Hilfen.

Die bereits 1967 gegründete **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung** (BZgA) übernimmt Suchtprävention als Aufgabe.

1971

Im **Rahmen des Aktionsprogramms** werden insgesamt 118 örtliche Einrichtungen für junge Drogenabhängige als Modelleinrichtungen auf den Gebieten der Früherfassung und Beratung, der ambulanten und stationären Therapie sowie der Nachbehandlung gefördert (57 ambulante Drogenberatungsstellen, 5 modellklinische Einrichtungen/Entzugskliniken, 10 therapeutische Rehabilitationseinrichtungen mit Heilstättencharakter und 46 Einrichtungen mit nachgehender Fürsorge und Wohngemeinschaften).

1972

Das **Betäubungsmittelgesetz (BtMG)** tritt in Kraft und löst das Opiumgesetz von 1929 ab. Bei Betäubungsmitteln handelt es sich um illegale Drogen, das Gesetz regelt deren Herstellung, Inverkehrbringen, Einfuhr und Ausfuhr und zudem die entsprechenden Straftatbestände.

1973

Neugründung mit Bundesmitteln der **Projektgruppe Rauschmittelabhängigkeit beim Max-Planck-Institut für Psychiatrie** in München (wissenschaft-

licher Leiter: Gerhard Bühringer – später Prof. für Suchtforschung am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden), um entsprechende Entwicklungen und Projekte wissenschaftlich zu begleiten.

1974/1975

Erste Suchtfachkliniken entstehen in Westdeutschland mit Belegung durch die Rentenversicherer. Für diese **Modellversuche** wurde erst mit der Empfehlungsvereinbarung von 1978 eine entsprechende Grundlage hinsichtlich der Zuständigkeiten von Renten- und gesetzlicher Krankenversicherung geschaffen.

1975

Die **Psychiatrie-Enquête Kommission** veröffentlicht den „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“, der u.a. gravierende Mängel in der Suchtkrankenversorgung beschreibt und zum ersten Mal ein umfassendes Versorgungssystem für Suchtkranke skizziert.

1976

Gründung des Fachverbandes Sucht e.V. – ursprünglich als Vertretung der überwiegend neu entstandenen stationären Einrichtungen in privater Trägerschaft in der Suchtbehandlung (2022 Umbenennung in Fachverband Sucht* e.V. - Fachverband Sucht plus Psychosomatik).

1978

Suchtvereinbarung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Träger der Rentenversicherung mit einer Leistungsabgrenzung und jeweiligen Zuständigkeitsregelung, nachdem es über Jahre hinweg ständige Auseinandersetzungen und Verhandlungen zwi-

schen diesen Trägern gegeben hatte. Vorrangig zuständig ist demnach für die Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) - bei Erfüllung der entsprechenden versicherungsrechtlichen Voraussetzungen - die Rentenversicherung für erwerbstätig Versicherte, ansonsten sind es die gesetzlichen Krankenkassen, etwa für Rentner/innen. Für die Entzugsbehandlung (akutmedizinischer Bereich) ist hingegen die gesetzliche Krankenversicherung zuständig. Diese Regelung bringt Klarheit hinsichtlich der jeweiligen Zuständigkeiten, zudem aber auch Schnittstellenprobleme hinsichtlich der Gestaltung einer nahtlosen Behandlung mit sich. Damit einher geht ein enormer Professionalisierungsschub, denn es kommt nun zu einem deutlichen Ausbau der stationären Behandlungsplätze und -einrichtungen. Infolge der Vereinbarung werden in der Folge zunehmend Standards hinsichtlich der Inhalte, der Ausstattung und Weiterentwicklung der Angebote sowie der Qualifikation der Mitarbeiter/innen gesetzt.

Gründung der DG Sucht (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V.) als interdisziplinäre Fachgesellschaft mit dem Ziel, die Suchtforschung und -therapie zu fördern und deren Qualität zu steigern.

Suchthilfe in der DDR: Die Arbeitsgruppe „Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit“ wird bei der Gesellschaft für Psychologie eingerichtet.

1979

Gründung des Fachverbandes Drogen und Rauschmittel, als Zusammenschluss von Einrichtungen und Mitarbeiter/innen in der Drogentherapie (heute Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V.

(fdr+)) mit der Zielsetzung, die fachlichen Vertretung von Einrichtungen in der Drogenhilfe zu leisten.

Das erste **offizielle Treffen der Abstinenzclubs findet in der DDR** in Dresden statt. Damit wird die Existenz einer Abstinenzbewegung in der DDR, die seit 1965/66 bestand, bestätigt. Derartige Clubs entstehen dann in allen größeren Städten.

1980 und Folgejahre

Die **Therapiezeiten** sind in der stationären Drogentherapie noch sehr uneinheitlich, sie liegen häufig zwischen 12 und 24 Monaten. Mit der Ausdifferenzierung von Therapieketten ab Mitte der 80er Jahre entstehen zunehmend Fachkliniken mit 12 Monaten Behandlungszeit, an die sich häufig eine etwa halbjährige stationäre Nachsorgephase anschließt. In den Einrichtungen wird zunehmend interdisziplinär zusammengearbeitet. Es entstehen zudem erste spezifische Angebote für drogenabhängige Schwangere, Mütter, Paare oder geschlechtsspezifische Therapieangebote innerhalb von Einrichtungen.

1980

Einführung des **Dokumentationssystems EBIS** in den Varianten ambulant und stationär. Die EBIS-Dokumentation erfolgt zunächst in Papierform und ist Vorläufer für die Entwicklung weiterer Dokumentationssysteme (z.B. SEDOS, Bado Sucht, PATFAK).

„**Frauen und Sucht**“ - diese Fachkonferenz der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren in Saarbrücken fand große Resonanz und behandelt eine bislang unterbelichtete Thematik. Die jährlichen Kongresse der DHS finden eine breite Resonanz.

1981

Die erste **Selbsthilfegruppe für Glücksspielsüchtige** wird in Tostedt bei Hamburg gegründet.

1982

Die **Novelle des Betäubungsmittelgesetzes** enthält in den § 35 und § 36 die Möglichkeit, die Strafvollstreckung in einer Vollzugsanstalt durch eine therapeutische Behandlung ersetzen zu lassen (`Therapie statt Strafe`). Voraussetzung ist, dass die Tat aufgrund einer Betäubungsmittelabhängigkeit begangen wurde und der Verurteilte sich „in einer seiner Rehabilitation dienenden Behandlung befindet oder zusagt, sich einer solchen zu unterziehen.“

1982 /3

AIDS- die ersten Drogenabhängigen in Deutschland stecken sich mit dem HI-Virus an. Dies führt auch zur **Gründung der Deutschen AIDS-Hilfe** im Jahr 1983 und zu einem nachhaltigen und gravierenden Umbau und Erweiterung der Drogenhilfestrukturen. In der Folge verbreiten sich niedrigschwellige Angebote, wie Spritzentausch, Substitutionsangebote und Konsumräume.

1984

Die **Arbeitsgemeinschaft Suchtkrankheiten in der Sektion Psychiatrie** der Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie wird in der **DDR** gegründet.

1985

Das **Gesamtkonzept zur Rehabilitation von Abhängigkeitskranken (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige)** der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger wird

verabschiedet. Dieses wird im Jahr 2001 von der Vereinbarung „Abhängigkeits-erkrankungen“ abgelöst.

1986

Publikation der MEAT-Studie – multi-zentrische Langzeitstudie zur abstinent-orientierten Entwöhnungsbehandlung (Feuerlein, Kufner et al.). Beteiligt waren 21 Fachkliniken für Alkohol/Medikamente, gefördert wurde die Studie vom Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (spätere DRV Bund). Eine 4-Jahres-Katamnese von Patienten, die an einer stationären Entwöhnungstherapie teilgenommen hatte, hatte eine Abstinenzrate von 46% ergeben. Nach 18 Monaten betrug die Abstinenzrate sogar noch 53 %. Die Studie war ein Beleg für die Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung.

Veröffentlichung der **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)**. Mit diesem umfassenden Gesundheitskonzept verankert die Ottawa-Charta ein bio-psycho-soziales Grundverständnis von Gesundheit, das richtungsweisend ist und weist zudem auf die Bedeutung der Verhaltens- und der Verhältnisprävention hin.

Nach den Forderungen der Psychiatrie Enquete (1978) kommt es zur Gründung von **ersten psychiatrischen Institutsambulanz**en als Ergänzung der nerven-ärztlichen Versorgung für Patienten, die nach Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf diese Einrichtung angewiesen sind.

1987

Die erste **Empfehlungsvereinbarung über die Förderung der Nachsorge für Abhängigkeitskranke** wird von den Kran-

ken- und Rentenversicherungsträgern verabschiedet (bis zum 31. März 1991 gültig).

Das **Trierer Alkoholismusinventar (TAI)** wird als erstes deutschsprachiges psychometrisches Differentialdiagnostikum publiziert, das bis heute zur Behandlungsplanung, zu Forschungszwecken und zur Evaluation eingesetzt wird.

Der erste **Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS)** findet zum Thema „Irreguläre Therapiebeendigung – Panne oder Chance?“ statt, dieser Kongress wird in der Folge jährlich durchgeführt (ab 2022 in Münster)

1987 - 1990

Das **Modellprogramm „Ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger“** des Bundesministeriums für Gesundheit trägt dazu bei, die ambulante Suchthilfe längerfristig zu verändern. Die ambulante Ganztagsbetreuung Drogenabhängiger wird modellhaft in 12 Projekten in den alten Bundesländern erprobt. Es zeigt sich, dass diese Betreuungsform eine sinnvolle Ergänzung bewährter Versorgungsangebote im Drogenbereich ist.

1987 - 1990

Das **Modellprogramm „Aufsuchende Sozialarbeit für langjährige Drogenabhängige“** des Bundesministeriums für Gesundheit widerlegt das Vorurteil, dass es sich bei dieser spezifischen Klientel um `hoffnungslose Fälle` handelt. Die entsprechenden Modellprojekte im Bereich Wohnen und Arbeiten und die Förderung der sozialen Betreuung vor Ort stoßen auf eine hohe Akzeptanz. Die Nachuntersuchungen zeigen, dass ein großer Teil von den harten Drogen losgekommen war, den Ausstieg aus dem Drogenmilieu geschafft hatte und z.T. auch eine Arbeitsstelle oder Ausbildungsplatz gefunden hatte.

1987 - 1992

Das **Modellprogramm „Stationäre Krisenintervention bei Drogenabhängigen“** der Bundesregierung dient dazu, die Therapieangebote für Abhängige nach Möglichkeit so zu erweitern und zu verbessern, dass die Abbrüche von Patienten/innen in stationären Einrichtungen reduziert werden.

Wichtiges Ergebnis ist, dass die Therapiekonzepte - wenn sie erfolgreich sein wollen - noch mehr auf die Probleme und Bedürfnisse der einzelnen Patienten/innen abgestimmt sein müssen.

1988

Die **Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich** legt ihre Empfehlungen vor und vertritt die Auffassung, dass schwerwiegende Defizite in der Versorgung Abhängigkeitskranker primär nicht in den zahlenmäßig unzureichenden Behandlungsangeboten zu suchen sind, sondern ihre Ursachen in strukturellen Defiziten des Versorgungssystems haben. Bemängelt werden, dass dieses sich durch eine fehlende Orientierung am Prinzip der Gemeindennähe, den Mangel an Koordination und Kooperation sowie durch Zuständigkeits- und Finanzierungsprobleme auszeichnet.

Beginn der wissenschaftlich begleiteten **Methadonstudien** in Nordrhein- Westfalen (NRW) in Bochum, Düsseldorf und Essen (mit 100 Drogensüchtigen) sowie in Hamburg. Die Studienteilnehmer/innen erhalten den Heroin-Ersatzstoff, um sie von der Nadel zu holen und die Aids-Ansteckungsgefahr zu verringern. Am Modellversuch teilnehmen kann in NRW nur, wer bereits zweimal vergeblich ver-

sucht hat, durch eine Abstinenztherapie von seiner Sucht loszukommen, und mindestens 22 Jahre alt ist. HIV-Infizierte brauchen hingegen nur eine gescheiterte Therapie vorzuweisen und erhalten Methadon bereits mit 18 Jahren. In Hamburg sind diese Zulassungskriterien niedrigschwelliger. Die Modellprogramme sind damals politisch und fachlich sehr umstritten. Kritiker warnen davor, unbequeme Randgruppen durch Staatsdrogen »ruhigzustellen«, substituierende Ärzte werden als „Dealer mit weißem Kittel“ bezeichnet. Umgekehrt wird von Befürwortern die Ersatzdrogenvergabe als „Lösung des Drogenproblems“ idealisiert. Die Ergebnisse zeigen, dass die meisten Patienten/innen - von den Besonderheiten einer HIV-Infektion abgesehen - relativ rasch einen befriedigenden bis guten Zustand erreichen können. Dies wird darauf zurückgeführt, dass der Drogenbeschaffungsstress wegfällt und die Substituierten auf diese Weise in der Lage sind, wieder in normaler Weise Wert auf Hygiene, Ernährung und gesundheitliche Prävention zu legen. Außerdem ist das verabreichte Substitutionsmedikament im Gegensatz zum Straßenheroin nicht verunreinigt und die Gefahr der Überdosierung ist gebannt. Gleichwohl zeigt sich aber häufig das Problem eines Beikonsums von Cannabis, Alkohol, Medikamente oder andere Drogen.

1989

Einrichtung des **Suchtausschusses der Bundesdirektorenkonferenz der leitenden Ärztinnen und Ärzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (BDK)**. Der Ausschuss befasst sich mit suchtpsychiatrischen Aspekten, welche die Suchtkrankenversorgung und die Tätigkeiten der psychiatrischen Einrichtungen betreffen.

Seit 1989 erfolgen jährliche **Selbsthilfe- und Abstinenzgruppenzuwendungen** der Deutschen Rentenversicherung über die DHS.

Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR erlässt noch in diesem Jahr eine „**Richtlinie über die Aufgaben des Gesundheit- und Sozialwesens zur Verhütung und Bekämpfung der Alkoholkrankheit**“.

Der **Fall der Mauer und die Wiedervereinigung** stellen eine fundamentale Veränderung dar. Für die **neuen Bundesländer** betrifft dies auch das Gesundheits- und Sozialsystem einschließlich der Angebote für süchtige Menschen. Es kommt zu Neugründungen von Beratungs- und Behandlungseinrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft, längerfristig zudem zur Angleichung der Konsummuster, wie auch der Versorgungsstrukturen und Hilfeangebote mit den alten Bundesländern.

1989 - 1993

Das **Modellprogramm „Verstärkung in der Drogenarbeit (Booster-Programm)“** des Bundesministeriums für Gesundheit, das den Ausbau von niedrighschwelligen Angeboten zur Überlebenshilfe für Abhängige zum Ziel hat, beginnt. Diese Angebote, wie Notschlafstellen und niedrighschwellige Kontaktläden, haben nichts mit Therapie zu tun, sondern setzen im Vorfeld von Beratung und Therapie an und sind an keine Vorbedingungen geknüpft. Es sind vielmehr Angebote, die Abhängigen das tägliche Leben erleichtern sollen, die helfen, Grundbedürfnisse wie Essen, Schlafen und Körperhygiene zu befriedigen.

Als Ergebnis wird eine sehr hohe Akzeptanz dieser Angebote bei den Abhängigen festgestellt und somit auch der `Mythos der Unerreichbarkeit von Abhängigen´ widerlegt.

1990

Die **Gesellschaft gegen Alkohol- und Drogengefahren (GAD)** wird durch ehemals führende Suchtwissenschaftler/innen und Praktiker/innen der DDR in den neuen Bundesländern gegründet.

Gründung von akzept e.V. – Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik durch verschiedene Einrichtungen der Drogenhilfe, der AIDS-Hilfen, von Elternorganisationen und Einzelpersonen. Zielsetzung ist, sich für die Entkriminalisierung von Drogenkonsumenten/innen und die Veränderung einer prohibitiv ausgerichteten Drogenpolitik einzusetzen.

Aufnahme der Diagnose Pathologisches Spielen in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Zudem wird die Diagnose „Pathologisches Spielen“ auch in entsprechende Dokumentationssysteme der Suchthilfe und -behandlung aufgenommen.

Der **1. „Nationaler Rauschgiftbekämpfungsplan“ der Bundesregierung** (mit dem Schwerpunkt illegale Drogen) wird durch die Nationale Drogenkonferenz unter Vorsitz von Bundeskanzler Kohl verabschiedet.

Die in Fachkreisen umstrittene **Kampagne „Keine Macht den Drogen“** der Bundesregierung und des Deutschen Fußballbundes wird gestartet.

1990 - 1995

Das **Modellprogramm Mobile Drogenprävention** wird unter Koordination der DHS im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zunächst in den alten Bundesländern begonnen und 1991 dann auf die neuen Bundesländer ausgeweitet.

Die im Rahmen des Programms eingesetzten 60 Präventionsfachkräfte haben Multiplikatorenfunktion und sollen in Zusammenarbeit mit verschiedenen Zielgruppen neue Ideen für lokale und regionale Präventionsprogramme entwickeln und umsetzen. Das Projekt hatte eine deutliche Schubkraft für die Weiterentwicklung der Suchtprävention in Deutschland.

1990 - 1996

Im Rahmen des **Modellprogramms „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe - Qualifizierte Entzugsbehandlung und stationäre Kurzzeittherapie“** erfolgt ein systematischer Ausbau von Einrichtungen und Behandlungskonzepten der Akutbehandlung Drogenabhängiger in psychiatrischen Krankenhäusern. Zudem werden spezifische kurzzeit-therapeutische Angebote für Suchtkranke, die noch über ausreichende Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, individuelle Fähigkeiten und psychische Stabilität) verfügen, im Rahmen des Programms gefördert.

1991

Das **Sozialgesetzbuch VIII - Kinder- und Jugendhilfe** löst das bis dahin geltende Jugendwohlfahrtsgesetz von 1961 ab. Damit ist ein Paradigmenwechsel - weg von einem Kontroll- und Eingriffsgesetz hin zu einem Angebots- und Leistungsgesetz verbunden. Zielsetzung ist es, junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung zu fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen, Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung zu beraten und zu unterstützen, Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl zu schützen und dazu beizutragen, positive Lebensbedingungen für junge

Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen. Dieser neue ressourcenorientierte Ansatz hat Auswirkungen auf die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe.

Die **Empfehlungsvereinbarung Ambulante Reha Sucht (EVARS)** der Renten- und Krankenversicherungsträger tritt in Kraft. Es wird damit eine verbindliche Grundlage für diese zusätzliche Behandlungsform geschaffen, die berufsbegleitend durchgeführt werden kann. Zeitgleich tritt die bisherige Empfehlungsvereinbarung Nachsorge der Renten- und Krankenversicherungsträger außer Kraft, da es ab 1991 kein gemeinsames Verständnis mehr, was unter „Nachsorge“ zu verstehen ist, gibt. Erst 2012 kommt es zu einer weiteren Vereinbarung der Leistungsträger zur Nachsorge.

Die **Reha-Kommission des VDR** (Verband Deutscher Rentenversicherungsträger - später DRV Bund) legt den **Abschlussbericht: Band III Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“, AG 1 „Sucht“** vor. Hierbei werden Ausführungen zum Behandlungssystem, zur Diagnostik, zur Therapie und den Behandlungselementen, zur Komorbidität, zu den Strukturen der Suchtkliniken, zur personellen Ausstattung, zur Koordination der therapeutischen Maßnahmen, zur Dokumentation und zur Nachsorge und Vermittlung auf Basis des aktuellen Kenntnisstands gemacht.

Die ersten **Programme „Therapie sofort“** werden in Nordrhein-Westfalen aufgelegt (z.B. Dortmund). Bei „Therapie sofort“ handelt es sich um ein ausstiegsorientiertes Vermittlungsprojekt für Drogenabhängige. Es richtet sich an Drogenabhängige mit dem Wunsch zum Ausstieg aus dem Drogenkonsum, die keinen Kontakt zu den klassischen

Hilfeeinrichtungen haben. Ziel war die möglichst schnelle Vermittlung in eine Entzugsbehandlung und anschließende Entwöhnung.

Die **Richtlinien zur Methadon-Substitutionsbehandlung** werden – als Voraussetzung für eine flächendeckende Umsetzung - durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für den Bereich der vertragsärztlichen Versorgung verabschiedet. Die darin vorgesehene psychosoziale Betreuung ist allerdings keine Krankenkassenleistung, es gibt dafür keine Regelfinanzierung.

Gründung der Deutsche Gesellschaft für Drogen- und Suchtmedizin e.V. (später: Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin). Zielsetzungen des Vereins – zu dem sich zu Beginn insbesondere ärztliche Vertreter/innen der Substitutionsbehandlung und schadensmindernder Strategien zusammengefunden haben - sind u.a. die Verbesserung der Versorgung opioidabhängiger Patienten/innen und der Substitutionstherapie, die Etablierung von Frühinterventionsmaßnahmen, die Befassung mit Fragen zur Reform des Betäubungsmittelrechtes, die Entwicklung von differenzierten Indikationskriterien für Suchtbehandlungen, die Sicherung, Vernetzung und Erweiterung der Behandlungsmöglichkeiten von Suchterkrankungen, die Ausarbeitung von Behandlungsleitlinien.

1992

Im Rahmen der **Novelle des Betäubungsmittelgesetzes** wird Levomethadon zur Verschreibung im Rahmen der ärztlichen Behandlung zugelassen.

Die **Expertise zum Einsatz von Methadon bei der Behandlung von Drogenabhängigen** in Deutschland, die im Auftrag des Bundesministeriums für

Gesundheit erstellt wurde, wird vom Institut für Therapieforschung, München publiziert. Ziel ist es, den nationalen und internationalen wissenschaftlichen Sachstand zum Einsatz von Methadon zu erfassen und zu bewerten. Die Expertise zeigt hierbei auch den Handlungsbedarf, wie die Substitution im Interesse der Betäubungsmittelabhängigen zu verbessern wäre, auf. Dies gilt insbesondere für die Fragen nach den Qualitätsstandards in der Substitution, der erforderlichen Qualifikation und hinsichtlich der psychosozialen Betreuung.

Die Rentenversicherungsträger veröffentlichten die „**Auswahlkriterien zur Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten im Tätigkeitsfeld Sucht**“. Dadurch werden Weiterbildungsinhalte und deren therapeutische Ausrichtung, wie auch formale Aspekte - wie etwa Zulassungsvoraussetzungen, Dauer der Weiterbildung, Prüfungsrichtlinien der Rentenversicherungsträger und Qualifikation der Dozenten - festgelegt. Diese Auswahlkriterien werden in der Folgezeit mehrfach aktualisiert.

1992 - 1998

Als **1. Drogenbeauftragter der Bundesregierung** wird Eduard Lintner (CSU) ernannt, dieser ist im Innenministerium angesiedelt.

1993

Die **Eingliederungshilfe** wird im **SGB VIII** zum eigenständigen Leistungstatbestand, in der Folge werden u.a. therapeutische Wohngruppen oder Wohnheime, z.B. für drogenabhängige Jugendliche aufgebaut.

Einrichtung der **Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Dro-**

gensucht in Lissabon. Die EMCDDA hat zur Aufgabe, der EU und den Mitgliedsländern sachbezogene, objektive, zuverlässige und auf europäischer Ebene vergleichbare Informationen über die Drogen- und Drogensuchtproblematik und ihre Folgen zu vermitteln. Diese dienen als Faktengrundlage für politische Entscheidungen und Initiativen zur Bewältigung des Drogenproblems.

1993 - 2003

Beginn des **Forschungsprojektes ALITA** – Ambulante Langzeit-Intensiv-Therapie für Alkoholranke – im Jahr 1993 um neue ambulante Versorgungsformen für chronifizierte Suchtkranke zu erproben. Der Abschlussbericht liegt im Jahr 2003 vor.

1994

Das **„Cannabis Urteil“ des Bundesverfassungsgerichtes** beinhaltet, dass es ein verfassungsgemäßes „Recht auf Rausch“ nicht gibt. Allerdings soll bei geringen Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz (BtMG) - durch die Einfuhr, den Erwerb oder den Besitz von geringen Mengen von Cannabis zum Eigengebrauch - nach Ermessen der Strafverfolgungsbehörden ein Strafverfahren eingestellt werden. In der Praxis führte dies in der Folge zu unterschiedlichen Regelungen in den Bundesländern, was unter einer geringen Menge zu verstehen ist.

Einführung eines **Qualitätssicherungsprogramms im Bereich der medizinischen Rehabilitation** durch die damalige Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA – heute Deutsche Rentenversicherung Bund).

Es kommt zur **Verfahrensabsprache der Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger zur Adaptionsphase bei Abhängigkeitskranken.**

Es wird damit als Phase 2 eine ergänzende Behandlungsmöglichkeit für Menschen mit besonderen Problemlagen (wie Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit) geschaffen, um deren Rückfallgefahr zu vermindern, die gesundheitliche Situation zu stabilisieren und die soziale und berufliche Integration nach der stationären Entwöhnungsbehandlung (Phase 1) zu verbessern.

Die erste Ausgabe der **Zeitschrift „Sucht Aktuell“** und der erste Band mit dem Titel „Qualitätsmanagement in der Entwöhnungsbehandlung - Anregung für die Praxis“ der **Reihe „Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung“** des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS) erscheinen.

1995

Die **Erstausgabe der KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen** der Rentenversicherung wird publiziert. Diese Klassifikation bildet im weiteren Verlauf eine wichtige Grundlage im Rahmen der Qualitätssicherung der Rentenversicherung und wird in der Folge mehrfach aktualisiert.

Die gemeinsamen **Leitlinien** der Kranken- und Rentenversicherungsträger für die **Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Entwöhnung** bei Abhängigkeitserkrankungen werden veröffentlicht.

Die Verbände in der stationären Suchtkrankenhilfe antworten auf die Entwicklung eines Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherung, mit einer gemeinsamen **Stellungnahme „Qualitätssicherung in der stationären Suchtkrankenhilfe - Gemeinsames Positionspapier des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe und des Fachverbandes Sucht e.V.“** Hierbei weisen sie auf Be-

sonderheiten dieses Indikationsbereiches und die Gefahr einer zunehmenden Qualitätskontrolle, anstelle einer erforderlichen Qualitätsförderung hin.

Publikation der ersten **einrichtungsübergreifenden Basisdokumentation des FVS** (hier: Fachkliniken für Alkohol/Medikamente), diese wird danach jährlich publiziert und nach und nach um weitere Behandlungsbereiche (ambulant, Drogen stationär, gantägig ambulant) ergänzt.

1995 - 2015

In der Fachwelt wird der Einsatz, die Wirksamkeit und der Nutzen von sog. **Anticraving Substanzen** kontrovers diskutiert. Anlass dafür ist, dass im Dezember 1995 die Zulassung von Campral in Deutschland erfolgt und Mitte März 1996 das Pharmaunternehmen Lipha das **Acamprosathaltige** Arzneimittel als *Campral*[®] auf den Deutschen Markt bringt und mit viel Aufwand bewirbt. Weitere Substanzen, die im weiteren Diskurs stehen, sind Naltrexon, Baclofen, und Nalmefene. Ein fachlicher Konsens wird mit der Publikation der S3-Behandlungsleitlinien 2015 zu alkoholbezogenen Störungen - im Kontext mit umfassenden Handlungsempfehlungen zum Umgang mit und zur Behandlung von alkoholbezogenen Störungen - erreicht. Eine Medikation mit **Acamprosathaltige oder Naltrexon** kann demnach die Abstinenzraten erhöhen, hierzu gibt es entsprechende Studiennachweise. Sie sind aber unbedingt in einen Gesamtbehandlungsplan zu integrieren und als Ergänzung anderer, verhaltensbezogener suchttherapeutischer Strategien anzusehen. Außerdem sollen sie nicht in der stationären Suchtrehabilitation eingesetzt werden.

Für **Baclofen** gibt es aufgrund der Datenlage keine Zulassung in Deutschland, hier besteht nur die Möglichkeit einer Off-La-

bel-Behandlung. Für **Nalmefene** hat der Gemeinsame Bundesausschuss in seiner Sitzung am 19. Februar 2015 den Beschluss gefasst, dass kein Zusatznutzen durch dieses Medikament besteht und zudem eine Verordnungseinschränkung vorgenommen. Die Verordnung kann demnach für Patienten, die auf eine Abstinenztherapie hingeführt werden, für die aber entsprechende Therapiemöglichkeiten nicht zeitnah zur Verfügung stehen, für bis zu 3, maximal 6 Monaten erfolgen. Dabei wird der Reduktion des Alkoholkonsums als ein intermediäres Ziel in der Behandlung der Alkoholabhängigkeit und zudem eine Arzneimitteltherapie in der Regel nicht als alleinige Maßnahme, sondern im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes, zu dem verschiedene Formen der psychosozialen Unterstützung gehören, angesehen.

1996

Das **Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz (WFG)** beinhaltet erhebliche Einsparmaßnahmen im Bereich der medizinischen Rehabilitation mit der Folge einer deutlichen Belegungsreduktion. Es folgen `Gemeinsame Aussagen der Spitzenverbände der Leistungsträger zur Umsetzung der Spargesetze im Bereich der Rehabilitation Suchtkranker` mit einer Reduktion der Behandlungszeiten in diesem Indikationsbereich. Die Dauer der medizinischen stationären Rehabilitationsmaßnahmen (Phase 1) wurde pauschal von 9 auf 6 Monate bei Drogenabhängigkeit und von 6 auf 3-4 Monate bei Alkoholabhängigkeit gekürzt.

1997

Die **Studie „Prävalenz und Sekundärprävention von Alkoholmißbrauch und Alkoholabhängigkeit in der medizinischen Versorgung“**, die im Rahmen eines vom

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung geförderten Modellprojekts entstand, erscheint. Diese zeigt, dass Patienten/innen mit alkoholbedingten Erkrankungen in der medizinischen Basisversorgung der Allgemeinkrankenhäuser und der niedergelassenen Ärzte vergleichsweise häufig zu finden sind, zumeist aber nur auf ihre organischen Beschwerden hin behandelt werden. Die Suchtproblematik, die häufig mitverantwortlich für die körperliche Erkrankung ist, bleibt hingegen ohne Behandlung. Die Studie zeigt deshalb Möglichkeiten der Früherkennung und Wege für Interventionen durch Allgemeinkrankenhäuser und niedergelassene Ärzte auf.

Das **Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung (DRV)** für den Bereich der medizinischen Rehabilitation geht in die Routinephase über.

1998

Ab der 14. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages überträgt die Regierung die Aufgaben im Bereich der **Suchtpolitik dem Gesundheitsressort**. Erstmals wurden auch die Substanzen Alkohol und Nikotin explizit mit in den Aufgabenbereich der Suchtpolitik einbezogen. Das Amt des/r **Drogenbeauftragten der Bundesregierung** wurde ab 1998 ebenfalls dem **Gesundheitsministerium** zugeordnet. Christa Nickels (Bündnis 90/Die Grünen) wird **neue Drogenbeauftragte** bis 2001.

Veröffentlichung des **Abschlussberichts des Modellprojekts Medizinische Rehabilitation und Methadon-Substitution**. Hierbei geht es um Ergebnisse der Studie des Instituts für Therapieforschung zur Vorbereitung und Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen unter übergangsweisem Einsatz einer Substitution mit Methadon. Im Jahr 2001 folgt in der Vereinbarung

„Abhängigkeitserkrankungen“ Anlage 4 die Regelung der Krankenkassen und Rentenversicherung zum Einsatz eines Substitutionsmittels in der Rehabilitation Drogenabhängiger bei Erfüllung entsprechender Voraussetzungen (z.B. Beikonsumfreiheit, Anstreben von Abstinenz).

Der **Deutsche Kerndatensatz (KDS)** für eine einheitliche Dokumentation in psychosozialen Beratungsstellen und stationären Einrichtungen der Suchthilfe wird eingeführt. Damit wird die Grundlage für eine bundesweit einheitliche Datenerfassung und statistische Analyse geschaffen. Diese wird später mehrfach aktualisiert.

Zur „**Weiterentwicklung von Hilfen für Alkoholranke und Menschen mit Alkoholproblemen**“ erscheint eine Publikation im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Hierbei werden die Ergebnisse von drei Modellprojekten vorgestellt: „Erkennung und Behandlung von Patienten/innen mit Alkoholproblemen in der medizinischen Basisversorgung und Vernetzung mit dem Versorgungssystem für Abhängigkeitsranke“ (Bielefeld), „Tagesklinik für Suchtkranke“ (Kassel) und „Ambulante Versorgung chronisch mehrfachgeschädigter Abhängigkeitsranke in einem städtischen Versorgungssektor“ (Bochum). Diese setzen jeweils an unterschiedlichen Stellen der Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen an. Ziel der Publikation ist es, Orientierungshilfen zur Gestaltung einer bedarfsgerechten Versorgung Alkoholranke und von Menschen mit Alkoholproblemen zu geben.

Gründung des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V. von Wissenschaftlern, Behandlern verschiedener Professionen, Mitgliedern aus Selbsthilfegruppen sowie verschiedenen Beratungs- und Behandlungsstellen als Interessensvertretung für

die Belange glücksspielsüchtiger Menschen und ihrer Angehörigen.

Die erste Fassung des **Gesamtkonzepts des Fachverbandes Sucht e.V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen** erscheint mit einer umfassenden Analyse des Versorgungs- und Behandlungssystems und entsprechenden Empfehlungen für die Weiterentwicklung dieses Versorgungssektors (weitere Aktualisierungen folgen).

1999

Der **Drogen- und Suchtbericht 1998** der Drogenbeauftragten der Bundesregierung erscheint und wird jährlich fortgeschrieben. Er ist eine umfassende Bestandsaufnahme der Verbreitung des Suchtmittelkonsums in Deutschland und gibt einen Überblick über die neuen gesetzlichen Regelungen und Projekte im Themenfeld Drogen und Sucht.

Verabschiedung der **„Gemeinsamen Erklärung der Leistungsträger zur Zusammenarbeit in der Qualitätssicherung“** (QS). Diese beinhaltet die gegenseitige Anerkennung der QS-Verfahren im Bereich der medizinischen Rehabilitation von den gesetzlichen Krankenkassen und der Rentenversicherung.

Der **routinemäßige Einsatz der Patientenbefragung** im QS-Verfahren der DRV findet ab diesem Jahr statt.

Der **Endbericht „Suchthilfe im Krankenhaus“** der wissenschaftlichen Begleitung des Bundesmodellprogramms ‚Drogennotfallprophylaxe / Nachgehende Sozialarbeit‘ im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erscheint. Zwischen 1994 und 1998 wurde in elf deutschen Städten im Rahmen eines Bundesmodellprogramms in Allgemeinkrankenhäusern ein Suchthilfedienst eingerichtet. Mit Kurzinterventionen wurden insbe-

sondere Patienten/innen, die noch nicht in Kontakt mit der Drogen- und Suchtkrankenhilfe stehen, an weiterführende suchtspezifische Hilfeformen vermittelt. In den Projektstandorten ist es gelungen, neue Formen der Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen dem stationären Gesundheitssystem und der Drogen- und Suchtkrankenhilfe zu erschaffen.

Der erste deutsche **Lehrstuhl für Suchtmedizin** wird in Mannheim beim ZI – Zentralinstitut für seelische Gesundheit – eingerichtet und mit Prof. Dr. Karl Mann als erstem Lehrstuhlinhaber besetzt.

Das **Deutsche Institut für Sucht- und Präventionsforschung an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen Köln** widmet sich seit 1999 der praxisorientierten, angewandten Wissenschaft mit den Schwerpunkten sozialwissenschaftlicher und psychologischer Suchtforschung, insbesondere zur Entstehung, Prävention und Behandlung verschiedener Suchtformen. Ein wichtiges Themenfeld ist z.B. Sucht und Familie/Kinder von Suchtkranken.

Veröffentlichung der ersten **klinikübergreifenden Katamnese des FVS** zur Effektivität der stationären Behandlung im Bereich Alkohol/Medikamente. Diese wird zukünftig jährlich publiziert und nach und nach ergänzt um weitere einrichtungsübergreifende Erhebungen in weiteren Behandlungssegmenten (ambulant, ganztägig ambulant, Drogen stationär).

2000

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2000 werden im **SGB V Psychiatrische Institutsambulanzen (§118)** zur Behandlung der Gruppe psychisch Kranker, die wegen Art, Schwere oder Dauer der Erkrankung einer ambulanten Behandlung bedürfen, verankert.

Der **Leitfaden zur Selbsthilfeförderung** mit Grundsätzen zur Förderung der Selbsthilfe des GKV-Spitzenverbandes erscheint.

Die **Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie e.V.** (dg sps) wird gegründet. Der Verein möchte unter anderem die Aus- und Weiterbildung in der Suchtpsychologie verbessern und die psychologisch orientierte Suchtforschung zu Ätiologie, Diagnostik, Behandlung und Prävention von Suchtstörungen intensivieren sowie den fachlichen Meinungsaustausch verbessern.

Das „**Interdisziplinäre Zentrum für Suchtforschung an der Universität Würzburg (IZSW)**“ wird gegründet. Es soll zur Entwicklung und Förderung einer interdisziplinären Suchtwissenschaft durch Forschungen, Ausbildungs-/Lehrangebote und Mitwirkung an gemeinsamen Suchtprojekten beitragen.

Das **Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (ZIS)** als ein fachbereichsübergreifender Forschungsschwerpunkt der **Universität Hamburg** entsteht, daran sind sieben Institute aus den Fachbereichen Medizin und Sozialwissenschaften der Universität Hamburg beteiligt. Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Alkohol, Drogen, Infektiologie, Trauma und Sucht sowie pathologisches Glücksspiel. Dabei kommen methodische Ansätze der Epidemiologie, klinischen Forschung, Prävention sowie der Versorgungsforschung zur Anwendung.

2000 - 2003

Unter Beteiligung von acht Bundesländern an 15 Standorten wird das Bundesmodell „**Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten**“ (FreD) durchgeführt. FreD richtet sich an Jugendliche, Heranwachsende sowie junge Erwach-

sene, die als Konsumenten mit Drogen experimentieren und strafrechtlich bzw. polizeilich auffällig geworden sind, ohne bereits abhängig zu sein. Hauptzielgruppe sind die 14 – 21jährigen. Der Schwerpunkt des Kursangebotes liegt auf der Gruppe, die vor dem Hintergrund des § 31a BtMG angesprochen werden kann. Ziele dieses Projektes sind fundierte Informationen über die verschiedenen Drogen und deren Wirkung zu vermitteln, die Reflektion über den eigenen Umgang mit Drogen und die zugrundeliegende Situation zu fördern, die Konfrontation mit den eigenen Grenzen sowie den Folgen des Drogengebrauchs zu ermöglichen, eigenverantwortliche Entscheidungen treffen zu lernen, zu einer Verhaltensänderung zu motivieren und die regionale Drogenhilfe bekannt zu machen.

2001

Mit der **Einführung des SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen** - wird ein übergeordneter Rahmen für alle Leistungsgesetzte im Bereich der Rehabilitation (beruflich, medizinisch, sozial) geschaffen. Es sollen die Teilhabe, die Autonomie und Eigenverantwortlichkeit von Menschen mit Behinderungen gestärkt werden, dadurch dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten sozialen Teilhabe erhalten, um Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Im SGB IX sind konkrete Hilfen und Maßnahmen festgelegt, zum Beispiel:

- Mehr Eigenverantwortung durch erweiterte Wunsch- und Wahlrechte
- Gleichbehandlung aller Menschen mit Behinderung bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Anspruch auf notwendige Arbeitsassistenz

- Einführung des persönlichen Budgets
- Schneller und unbürokratischer Zugang zu den Leistungen durch feste Fristen für Entscheidungen und Begutachtungen der Leistungsträger
- Einrichtung der sogenannten Gemeinsamen Servicestellen als Anlaufstellen bei den Rehabilitationsträgern sowie einer Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung.

Die **ICF („International Classification of Functioning, Disability and Health“)** wird als Systematik und Klassifikation im Rahmen der 45. Weltgesundheitsversammlung verabschiedet. Diese hat für den Bereich der Rehabilitation grundlegende Bedeutung, denn damit können die bio-psycho-sozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren systematisch erfasst werden.

Die **Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen** über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) wird verabschiedet. In den Anlagen werden zudem Anforderungen an die Einrichtungen zur Durchführung ambulanter und stationärer medizinischer Leistungen zur Rehabilitation, Kriterien für die Entscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation (Entwöhnung) bei Abhängigkeitserkrankungen sowie Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen für die medizinische Rehabilitation Drogenabhängiger in Rehabilitationseinrichtungen für Abhängigkeitskranke bei übergangweisem Einsatz eines Substitutionsmittels i. S. d. BUB-Richtlinien geregelt.

Die **Drogenberatung im Internet** wird als ein neuer Weg, drogengefährdete Jugendliche zu erreichen über das Internetportal <http://www.drugcom.de> gestartet. Durch das Informations- und das

anonyme Beratungsangebot sollen Zielgruppen erreicht werden, für die bislang von Beratungsstellen der Drogenhilfe keine angemessenen Angebote bestehen.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger verabschieden die **Empfehlungen zur ambulanten und stationären Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel**. Damit werden die Rahmenbedingungen und Inhalte der Behandlung verbindlich geregelt.

Gründung der **Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe und Suchtprävention (DG-SAS)**. Diese setzt sich für die Interessen und Weiterentwicklung der Sozialen Arbeit in der Suchthilfe und die Förderung von deren Kompetenzprofil ein.

Die Publikation von **DEGEMED/FVS mit der 1. Audit-Checkliste für den Bereich „Abhängigkeitserkrankungen“ (stationäre Einrichtungen)** zum internen Qualitätsmanagementverfahren und als Grundlage für eine entsprechende Zertifizierung erscheint (wird später mehrfach aktualisiert).

2001 - 2005

Neue **Drogenbeauftragte der Bundesregierung** wird Marion Caspers-Merk (SPD).

2002

Die **„Eckpunkte für den Aktionsplan Drogen und Sucht“ der Drogenbeauftragten der Bundesregierung** erscheinen. Der 1990 verabschiedete „Nationale Rauschgiftbekämpfungsplan“ entspricht nicht mehr den aktuellen Erkenntnissen der Forschung und Praxis der Suchtkrankenhilfe und ist vorrangig auf illegale Drogen ausgerichtet. Deshalb wurde das „Eckpunktepapier für einen Aktionsplan Drogen und Sucht“ erarbeitet, das folgende Überle-

ungen beinhaltet: Die Verankerung der vier Säulen der Drogen- und Suchtpolitik - Prävention, Beratung und Behandlung, Schadensreduzierung sowie Angebotsreduzierung und Strafverfolgung.; die Erweiterung um legale Suchtmittel und ihre Risiken; die Einbeziehung der europäischen Entwicklung in nationale Maßnahmen; die Berücksichtigung eines ausgewogenen Ansatzes von Angebots- und Nachfragereduzierung vor dem Hintergrund internationaler Vereinbarungen.

Die **Bundesärztekammer** legt mit ihren „**Richtlinien zur Durchführung der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger**“ die Grundlagen für deren Umsetzung fest. Darin wird ausgeführt, dass Drogenabhängigkeit eine behandlungsbedürftige chronische Krankheit und oberstes Ziel der Behandlung die Suchtmittelfreiheit ist. Als mögliche Stufen eines umfassenden Therapiekonzeptes werden genannt: • Sicherung des Überlebens • gesundheitliche und soziale Stabilisierung • berufliche Rehabilitation und soziale Reintegration • Opiatfreiheit. Das Erreichen dieser Ziele hängt wesentlich von der individuellen Situation des Opiatabhängigen ab. Die substitions-gestützte Behandlung soll dann eingesetzt werden, wenn sie im Vergleich zu anderen Therapiemöglichkeiten die größeren Chancen zur Besserung oder Heilung der Suchterkrankung bietet, auch wenn sie nicht unmittelbar und zeitnah zur Opiatfreiheit führt. Eine grundlegende Neuausrichtung der Ziele erfolgt im Jahr 2017.

2002 - 2005

Im Rahmen einer multizentrischen Therapiestudie wird die **heroingestützte Behandlung** in sieben Städten erprobt. Zielgruppe sind schwerstkranken langjährige Opiatabhängige, die bislang weder durch eine drogenfreie Therapie noch durch eine

Substitutionsbehandlung erfolgreich behandelt werden konnten. Durch das zusätzliche Angebot soll ihr gesundheitlicher Zustand verbessert, Überlebenshilfe angeboten und ein langfristiger Ausstieg aus der Sucht ermöglicht werden. Die Heroinstudie ist eine gemeinsame Initiative des BMG und der Länder Hamburg, Hessen, Niedersachsen und NRW sowie der beteiligten Städte mit Begleitung durch die Bundesärztekammer. Mit der Studie soll die Überlegenheit der Diamorphinbehandlung für die Gruppe der Schwerstabhängigen gegenüber der herkömmlichen Substitutionsbehandlung belegt werden. Die Ergebnisse der Heroinstudie münden später in das Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung (2009) ein.

Die im Auftrag des FVS erstellte Expertise „**Suchtrehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven**“ des Lehrstuhls für Versorgungssystemforschung - Humboldt-Universität zu Berlin“ erscheint in der Reihe „DRV-Schriften“ als Band 32. Sie gibt einen Überblick über die bisherige Entwicklung der Suchtrehabilitationsangebote, untersucht die aktuellen Versorgungsstrukturen und zeigt Perspektiven für zukünftige Weiterentwicklungen auf.

2003

Einführung von **Fallpauschalen (DRG - Diagnose Related Groups) in den allgemeinmedizinischen Krankenhäusern**. Die Abrechnung nach diesem Modell wird ab 2004 verpflichtend. Seitdem wurden mehrfach Anpassungen der Berechnungsgrundlagen vorgenommen und zudem wird der Nutzen und die Angemessenheit dieser Systematik infrage gestellt.

Der **Aktionsplan Drogen und Sucht** der Bundesregierung, der auf den zuvor in 2002 entwickelten Eckpunkten basiert, wird verabschiedet und tritt in Kraft.

Das „**Ambulante Einzelprogramm zum kontrollierten Trinken (kT)**“ wird veröffentlicht. Das deutsche kT-Programm wurde von Prof. Dr. Joachim Körkel und Kolleg/innen entwickelt. Das verhaltenstherapeutische Konzept und Training, das in Einzel- und Gruppensettings durchgeführt wird, stellt die Selbstkontrolle Betroffener in den Mittelpunkt. In der Fachwelt ist der Ansatz nicht unumstritten, insbesondere geht es hierbei um die Frage, für welche der jeweiligen Zielgruppen mit riskantem, schädlichem und abhängigem Konsum das kT – Programm überhaupt geeignet ist.

2004

Mit den **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation** werden Regelungen zum Antragsverfahren im GKV Bereich geschaffen. Die Rehabilitations-Richtlinien definieren die Rahmenbedingungen für eine strukturierte Kooperation von Vertragsärzten und Krankenkassen bei der Beratung und Einleitung von notwendigen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Einzelfall. Sie lösen damit die überholten Rehabilitations- Richtlinien nach § 368 r RVO aus dem Jahre 1975 ab.

Der **Drogen- und Suchtrat** der Bundesregierung wird - in der Nachfolge der zuvor bestehenden Drogen- und Suchtkommission - im Jahr 2004 ins Leben gerufen und existiert bis 2019. Die Aufgabe des Drogen- und Suchtrats ist die Unterstützung des/r Drogenbeauftragten der Bundesregierung bei der Erledigung seiner/ihrer Aufgaben und dessen/deren Beratung als hochrangig besetztes Gremium. Der Rat soll Entwicklungen und Probleme aufzeigen, die für die Arbeit des/r Drogenbeauftragten der Bundesregierung und die Drogen- und Suchtpolitik auf Bundesebene von Bedeutung sind und entsprechende Lösungsvor-

schläge unterbreiten. Darüber hinaus sollen die getroffenen Ziele und Maßnahmen zu ihrer Erfüllung in der „Nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik“ bei ihrer Umsetzung begleitet werden. Dies geschieht in Form von Empfehlungen, die der Rat dem/r Drogenbeauftragten der Bundesregierung unterbreitet.

2005

Das Bundessozialhilfegesetz wird im Zuge der sog. Hartz-Reformen durch das **SGB XII** abgelöst. Die bedeutsamste Neuregelung besteht darin, die Grundsicherung für die erwerbsfähigen Hilfebedürftigen dem SGB II zuzuweisen und sie damit aus der Sozialhilfe herauszunehmen.

Die **Vereinbarung zu Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement nach § 137d SGBV** zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und den in der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung maßgeblichen Spitzenorganisationen wird verabschiedet. Sie gilt für die Einrichtungen der ambulanten und stationären Rehabilitation und der stationären Vorsorge und regelt die Anforderungen an die Maßnahmen der externen Qualitätssicherung sowie die Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement (QM). Im Jahr 2008 folgt die erste Aktualisierung. Vereinbart wird, dass das bundesweite Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Krankenversicherung das QS-Reha®-Verfahren ist. Stationäre Einrichtungen weisen zudem die Implementierung eines internen QM anhand eines Zertifikates nach, ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen hingegen anhand eines Zertifikates oder über eine schriftliche Selbstbewertung.

Die **Fusion und Umgestaltung der Deutschen Rentenversicherungsträger** erfolgt. Es entstehen die beiden Bundesträger DRV Bund und DRV Knappschaft-Bahn-See sowie 14 RV-Regionalträger.

Der **1. Lehrstuhl für Suchtforschung im Fachbereich Psychologie** wird am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden (Prof. Dr. Gerhard Bühringer) eingerichtet.

2005 - 2009

Neue **Drogenbeauftragte der Bundesregierung** wird Sabine Bätzing (SPD)

2006

Erstes **Gutachten zur Vergütungssatzentwicklung in der medizinischen Rehabilitation** von Gebera (später von Aktiva) im Auftrag der folgenden Verbände der Leistungserbringer: BDPK (Bundesverband Deutscher Privatkliniken e.V.), DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für medizinische Rehabilitation e.V.), buss (Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.) und FVS (Fachverband Sucht e.V.). In der Folge erscheint das aktualisierte Gutachten bis auf Weiteres im jährlichen Abstand.

Die „**Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen**“ der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation** (BAR) erscheint. Sie gibt einen umfangreichen Überblick über Rahmenbedingungen, Diagnostik, Behandlung und rechtliche Aspekte der Entwöhnungsbehandlung.

Die „**Leitlinie für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit**“ der **DRV Bund** wird publiziert. Sie enthält Aussagen zu indikationsbezogenen Kriterien bei Abhängigkeitserkrankungen, differenziellen Rehabilitationsangeboten mit den jeweiligen Behandlungsdauern und Ausschlusskriterien von der Rehabilitationsbedürftigkeit zu Lasten der gesetzlichen Rentenversicherung (Aktualisierung im Jahr 2018).

Publikation der **ersten Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen** der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) unter Koordination von Prof. L.G. Schmidt, Prof. M. Gastpar et al. Die auf S2 Niveau entwickelten Leitlinien werden federführend von der DG-Sucht e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegeben und bilden den damaligen Stand zur Behandlung substanzbezogener Störungen ab. Es finden sich die konsentierten Strategien für die Frühintervention, die Akutbehandlung und die Postakutbehandlung sowie Leitlinien für Alkohol bezogene Störungen, Tabakabhängigkeit, Cannabis bezogene Störungen, Opioid bezogene Störungen, Störungen durch Kokain, Amphetamine, Ecstasy und Halluzinogene sowie Medikamentenabhängigkeit. Die Leitlinien behalten für 5 Jahre Gültigkeit und werden in den Folgejahren vollständig überarbeitet.

Erste gemeinsame **Session zur Suchtrehabilitation in Kooperation von DRV Bund/FVS** im Rahmen des Rehawissenschaftlichen Kolloquiums der Deutschen Rentenversicherung und der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). Diese Veranstaltung wird seither jährlich in diesem Rahmen durchgeführt.

2007

Das **Nichtraucherschutzgesetz** - Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens - tritt in Kraft. Es beinhaltet Rauchverbote für Einrichtungen des Bundes und den öffentlichen Personenverkehr und schreibt die Anhebung des Mindestalters für den Kauf von Tabakwaren auf 18 Jahre vor.

Gründung der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX (AG MedReha SGB IX) durch BDPK, buss, DE-GEMED, FVS - später erweitert um folgenden Verbände: Bundesverband ambulanter medizinischer Rehabilitationszentren e.V. (BamR), Bundesverband Geriatrie e.V. (BV Geriatrie) und Bündnis Kinder- und Jugendreha e.V. (BKJR).

Die AGMedReha ist ein Zusammenschluss von maßgeblichen, bundesweit tätigen Spitzenverbänden der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation. Ihre Zielsetzung ist es, dass behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen qualitätsgesicherte, wirksame und wirtschaftliche Leistungen erhalten.

Die Veröffentlichung der **Ergebnisse der Deutschen Suchthilfestatistik** (DSHS) zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland erfolgt in jährlichem Turnus. Herausgeber ist das Institut für Therapiefor-schung, München. Bundesweit werden Daten von ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe gesammelt. Die Dokumentation und Datenerhebung erfolgt mit dem von der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS) herausgegebenen Deutschen Kern-datensatz zur Dokumentation im Bereich der Suchtkrankenhilfe (KDS) (Aktualisierung Manual KDS 3.0 zuletzt 1.1.2024). Hierbei werden sowohl Daten zur jeweiligen Einrichtung (z.B. Art der Angebote der Einrichtung, Mitarbeiterstruktur), als auch zu den Klienten/Patienten erfasst (wie z.B. soziodemographische Merkmale, anamnestiche Daten, Diagnosen) sowie Informationen zum Behandlungsverlauf und zu den Ergebnissen.

Das **Modellprojekt der DRV Mitteldeutschland (MD) zum nahtlosen Zugang zur Suchtrehabilitation** („Magdeburger Weg“) wird ins Leben gerufen. Nach drei Jahren Testphase wird das

Projekt 2010 auf ganz Mitteldeutschland ausgeweitet. Ziel ist es, arbeitslose Suchtmittelkranke schneller in die Entwöhnungsbehandlung zu bringen. Der Antrag auf eine Rehabilitationsleistung wird vom Jobcenter direkt bei der DRV MD gestellt und kurzfristig bearbeitet, die bisher von den Leistungsträgern vorgeschaltete verbindliche Motivationsphase durch ambulante Suchtberatungsstellen wird übersprungen.

Die **Bundesärztekammer** publiziert den **Leitfaden „Medikamentenabhängigkeit - die stille Sucht“** unter Mitwirkung der DHS und des FVS.

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) veröffentlicht die erste Fassung der **„Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe“**. Betriebliche Suchtarbeit wird insbesondere von großen Unternehmen und Verwaltungen erstmals in den 1980er Jahren eingeführt. Die erste Erfassung erfolgreicher und wirksamer Maßnahmen und Strukturen wurde von der DHS in Zusammenarbeit mit dem Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft (WA/IAW) der Leibniz Universität Hannover durchgeführt, und auf dieser Basis dann „Qualitätsstandards“ als Beschreibung guter Praxis abgeleitet.

„Sucht und psychische Erkrankungen - Herausforderungen und Möglichkeiten“ – Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Personalführung (DGFP) und des FVS, in der Folge erscheint die Publikation „Mit psychisch beanspruchten Mitarbeitern umgehen – ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalmanager“ der DGFP im Jahr 2011.

2007 - 2013

Das **Forschungsprojekt zu „Patientenfallgruppen in der stationären Sucht-Rehabilitation“** (ohne Drogenabhän-

gigkeit) **mit einem Nachfolgeprojekt** wird von der Charité-Universitätsmedizin Berlin und Trägern von Rehabilitationsfachkliniken bzw. den beteiligten Kliniken durchgeführt. Fallgruppen fassen Patienten/innen zusammen, die einen homogenen Behandlungsbedarf aufweisen und eine gleichartige Behandlung mit vergleichbarem Ressourcenaufwand erhalten sollen. Im Projekt werden die Fallgruppen als Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) bezeichnet, und hierbei sowohl die Reha-Bedarfe als auch die notwendigen therapeutischen Leistungen berücksichtigt. Zur Zeit der Durchführung des RMK-Projekts liegt bereits eine Konsultationsfassung der „Therapiestandards Alkoholabhängigkeit“ der DRV mit allgemeinen klinikübergreifenden Leistungsanforderungen für evidenzbasierte Therapiemodule (ETM), die in der Behandlung eingesetzt werden, vor. Diese zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben werden in einem ersten Projekt (ab 2007) spezifiziert für Fallgruppen mit unterschiedlichen Behandlungsbedarfen. Differenzierte Therapieorientierungswerte (TOW) werden für insgesamt 4 RMK-Bedarfsgruppen mit Alkoholabhängigkeit, mit jeweils unterschiedlichen Graden an bio-psycho-sozialen Beeinträchtigungen und Ressourcen, auf Basis eines Expertenkonsenses festgelegt. Zudem wird ein RMK-Assessment entwickelt, auf dessen Basis fallbezogen entschieden werden kann, welche Behandlungsleistungen bedarfsbezogen erbracht werden sollen. Es wird zudem ein Algorithmus entwickelt, der für jeden Patienten unter Rückgriff auf seine Assessment-Ergebnisse eine individuelle Therapieempfehlung gibt.

In einer darauffolgenden weiteren Implementationsstudie (2011-2013) wird in 12 Kliniken die Umsetzbarkeit und der Nutzen von den durch die standardisierte Eingangsdiagnostik (RMK-Assessment)

ermittelten Orientierungswerten zu Therapiedauer und inhaltlicher Schwerpunktsetzung im Behandlungsalltag auf empirischer Grundlage und aus Sicht der Anwender untersucht. Ein weiteres Ziel besteht in der Untersuchung der prognostischen Bedeutung der RMK-Bedarfsgruppen für den langfristigen Therapieerfolg und des Nutzens der RMK-Therapieorientierungswerte in der klinischen Praxis. Die RMK-Therapieorientierungswerte wurden von den Praktikern als plausibel eingeschätzt. Sie fühlten sich in ihren Therapieentscheidungen bestätigt.

2008

Der **Staatsvertrag zum Glücksspielwesen in Deutschland** (Glücksspielstaatsvertrag – GlüStV) wird verabschiedet. Ziele des Staatsvertrages sind 1. das Entstehen von Glücksspielsucht und Wettsucht zu verhindern und die Voraussetzungen für eine wirksame Suchtbekämpfung zu schaffen, 2. das Glücksspielangebot zu begrenzen und den natürlichen Spieltrieb der Bevölkerung in geordnete und überwachte Bahnen zu lenken und insbesondere ein Ausweichen auf nicht erlaubte Glücksspiele zu verhindern, 3. den Jugend- und den Spielerschutz zu gewährleisten, 4. sicherzustellen, dass Glücksspiele ordnungsgemäß durchgeführt, die Spieler vor betrügerischen Machenschaften geschützt und die mit Glücksspielen verbundene Folge- und Begleitkriminalität abgewehrt werden (Aktualisierungen 2012, 2021).

Das **„Gemeinsame Rahmenkonzept für die ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ der DRV und GKV** baut auf der zwischen den Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern geschlossenen Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001 auf. Im Vergleich dazu wird nun

detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, Diagnostik, Dauer und Frequenz der Behandlung, personelle, räumliche und apparative Ausstattung, Vernetzung und Qualitätssicherung eingegangen.

Gründung des Fachverbandes Medienabhängigkeit e.V., der sich als Netzwerk von Forschern/innen und Praktikern/innen zum Ziel gesetzt hat, Medienabhängigkeit als eigenständige Krankheit anzuerkennen und die Interessen der Betroffenen und Angehörigen zu vertreten.

„**Psychotherapie und Suchtbehandlung**“ – im Rahmen einer Fachtagung wird ein gemeinsames **Positionspapier der Bundespsychotherapeutenkammer und des FVS** vorgestellt, das die stärkere Verzahnung der beiden Sektoren zum Ziel hat, incl. der Verordnungsmöglichkeit von medizinischen Rehabilitationsleistungen durch Psychologische Psychotherapeuten/innen im Bereich psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen.

2009

Die **UN-Behindertenrechtskonvention** und das Zusatzprotokoll treten in Deutschland in Kraft. Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten.

Das **Gesetz zur diamorphingestützten Substitutionsbehandlung** (Diamorphingesetz) wird verabschiedet und baut auf den Ergebnissen des Modellprojektes zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger (siehe „Heroinstudie / Originalstoffvergabe 2002-2007“) auf. Das Gesetz schafft die rechtlichen Voraussetzungen für die Überführung der diamorphingestützten Behandlung in die Regelversorgung. Das Ziel des Dia-

morphingesetzes ist, Schwerstabhängige von Opiaten, denen auf anderem Weg nicht geholfen werden kann, zu erreichen und ihr Überleben zu sichern.

Verabschiedung der **Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie** (aktuelle Version 2021). Diese bilden die Grundlage für die Durchführung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung. Bezogen auf Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol, Drogen und Medikamente) beschränkt sich die Behandlungsmöglichkeit im Falle der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen auf den Zustand der Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz. Abweichend davon ist aber eine Anwendung der Psychotherapie bei Abhängigkeit auch dann zulässig, wenn die Suchtmittelfreiheit beziehungsweise Abstinenz parallel zur ambulanten Psychotherapie bis zum Ende von maximal zehn Behandlungsstunden erreicht werden kann.

Die Rehabilitationsträger haben auf Ebene der **Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)** in der **Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX** (inkl. Manual) die grundsätzlichen Anforderungen der Rehabilitationsträger an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für medizinische Rehabilitationseinrichtungen sowie ein einheitliches, unabhängiges Zertifizierungsverfahren festgelegt.

Veröffentlichung der Pilotversion der **Reha-Therapiestandards „Alkoholabhängigkeit“**, die Bestandteil des Qualitätssicherungsverfahrens der DRV in diesem Indikationsbereich für stationäre Einrichtungen sind (Aktualisierung erfolgt 2015). Die Reha-Therapiestandards sollen dazu beitragen, das therapeutische Versorgungsgeschehen transparent zu

machen, Defizite aufzudecken und eine den Anforderungen entsprechende, evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation zu fördern. Die empirische Überprüfung der Erfüllung der Anforderungen der Reha-Therapiestandards dient als Grundlage für eine Bewertung der Prozessqualität der Reha-Einrichtung. Um eine evidenzbasierte Versorgung mit therapeutischen Leistungen in der Rehabilitation sicherzustellen, enthalten alle Therapiemodule (z.B. Sucht- und Psychotherapie Einzel-/Gruppeninterventionen, Arbeitsbezogene Leistungen, Entspannungsverfahren, Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien, Angehörigenorientierte Interventionen) Mindestanforderungen an die formale Ausgestaltung (Dauer und Häufigkeit) und den Prozentanteil der zu behandelnden Rehabilitanden/innen.

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) wird nun **„Herausgebende Stelle“ für das DEGEMED/FVS - Zertifizierungsverfahren für den Bereich „Abhängigkeits-erkrankungen“** (- später zusätzlich auch für den Indikationsbereich Psychosomatik) für stationäre und ganztägig ambulante Rehabilitationseinrichtungen.

2009 - 2013

Neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung ist Mechthild Dyckmans (FDP).

2010

Die Publikation **„Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“** für stationäre medizinische Reha-Einrichtungen erscheint (ab dem Jahr 2014 erweitert, z.B. um ganztägig ambulante Einrichtungen). Strukturqualität ist gekennzeichnet durch bauliche, technische und personelle Rahmenbedingungen. Die damit verbundenen Anforderungen

mit den jeweiligen indikationsbezogenen Differenzierungen liefern Anhaltspunkte für eine erste und vergleichende Einschätzung von Einrichtungen, bilden die Grundlage für weiterführende Qualitätsvergleiche und sind ein wesentlicher Ansatzpunkt der DRV für Preisverhandlungen. Die Strukturanforderungen bleiben, so die Intention der Herausgeber, ein „lernendes“ Modell, das einerseits angemessene verbindliche Strukturvorgaben vorsieht, andererseits Raum lässt für innovative Konzepte zur Weiterentwicklung der Rehabilitation.

Die Studie zu **„Beratungs- und Behandlungsangeboten zum pathologischen Internetgebrauch in Deutschland“** im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird veröffentlicht. (Projektlaufzeit: 2008 – 2010). Ziel der Studie ist es, eine aktuelle Übersicht über den Forschungsstand zum pathologischen Internetgebrauch zu erhalten. Weiterhin ist es die Aufgabe des Projekts, einen Überblick über die Versorgung durch Beratungs- und Behandlungsangebote zu pathologischem Internetgebrauch in Deutschland und Impulse zur Weiterentwicklung der aktuellen Versorgungssituation zu geben.

„Suchtbehandlung und hausärztliche Versorgung: Erkennen, steuern, handeln“ – Fachtagung und gemeinsames **Positionspapier der Bundesärztekammer und des FVS** zur Förderung der Frühintervention bei substanzbezogenen Störungen durch niedergelassene Ärzte/innen und der nahtlosen Zusammenarbeit mit Einrichtungen der Suchthilfe bzw. Entwöhnungsbehandlung.

Der FVS wird neues **Mitglied des Drogen- und Suchtrats der Bundesregierung** und wirkt an verschiedenen Empfehlungen zur Verbesserung der Prävention, Versorgung und Behandlung

von Menschen mit substanzgebundenen und -ungebundenen Problemen mit. Das Gremium besteht bis zum Jahr 2019.

Die erste einrichtungsübergreifende **Katamnese studie zur Effektivität der ambulanten Suchtrehabilitation des FVS** wird publiziert. Die Daten werden im Weiteren jährlich erhoben und publiziert.

2011

Veröffentlichung des **Prognos - Dossiers** im Auftrag der AGMedReha „**Reha-Budget: Der Deckel hält nicht mehr**“. Prognos stellt fest, dass angesichts der Alterung der Bevölkerung, der Erhöhung der Lebensarbeitszeit und der zunehmenden Anzahl psychischer Erkrankungen und des damit verbundenen steigenden Bedarfs an Reha-Leistungen das Reha-Budget der Rentenversicherung nicht mehr ausreicht. Grund dafür ist, dass seit dem Jahr 1997 im Zuge des WFG die Ausgaben für Rehabilitationsleistungen in diesem Bereich gesetzlich gedeckelt sind.

Einführung von Landesschiedsstellen im SGB V Bereich (gemäß § 111b SGB V). bei Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen. Hintergrund ist, dass die Vergütung der Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen zwischen den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und den Trägern der zur Versorgung zugelassenen Einrichtungen individuell vereinbart wird. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, kann jede der Parteien nun die Landesschiedsstelle Rehabilitation einschalten. Diese wird auf Landesebene von den gesetzlichen Krankenkassen und den für die Wahrnehmung der Interessen der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Verbände gemeinsam gebildet.

Erstmalig wird im Rahmen der **Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA)“** die Häufigkeit der Internetabhängigkeit in der erwachsenen Bevölke-

rung in Deutschland mittels einer repräsentativen Stichprobe erhoben.

Veröffentlichung der **PREMOS-Studie** (Predictors, Moderators and Outcome of Substitution Treatments), welche **Effekte der langfristigen Substitution Opioidabhängiger** untersucht. Das Bundesministerium für Gesundheit hatte den Forschungsauftrag hierzu erteilt, um den klinischen, psychopathologischen, sozialen und substanzbezogenen Verlauf von Substitutionsbehandlungen zu untersuchen. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten/innen werden – trotz zumeist chronischer gesundheitlicher Probleme (HCV, HIV/AIDS etc.) sowie der schlechten psychosozialen Ausgangslage – die prioritären Substitutionsziele wie Haltequote, Sicherung des Überlebens, Reduktion von Drogenkonsum und körperlicher Morbidität erreicht. Neben dem positiven Gesamtbild zeigt die Studie aber auch Optimierungsbedarf. Die Substitutionsbehandlung führt zwar zu einer Senkung der Mortalität der Opioidabhängigen (Ziel 1), der zusätzliche Konsum weiterer Drogen bleibt mit über 40 % jedoch weiterhin auf einem hohen Niveau (Ziel 2), eine Reduktion der somatischen Komorbidität wird zwar bei Hepatitiden erreicht, bei allen anderen Erkrankungen werden nach sechs Jahren sogar größere Häufigkeiten dokumentiert (Ziel 3), bei den psychischen Begleiterkrankungen gibt es keine Verbesserungen (z.B. Depressions-, Angst-, Schlaf- und Persönlichkeitsstörungen) (Ziel 3), eine Verbesserung der Teilhabe am sozialen und beruflichen Leben aufgrund der hochgradig desintegrierten Klientel erfordert zusätzliche Interventionen, die weit über die angebotene medizinische Behandlung hinausgehen (Ziel 4), das Ziel der längerfristigen Abstinenz wird nur in Ausnahmefällen erreicht (Ziel 5).

Publikation des „**Gemeinsamen Rahmenkonzepts der DRV und der GKV zur ganztagig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**“. Das Konzept beschreibt die Ziele, Voraussetzungen und Zielgruppen sowie die Anforderungen an die ganztagig ambulanten Einrichtungen für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Es wird detailliert auf die Inhalte der Rehabilitation, die Diagnostik, die Dauer und Frequenz der Leistungen, die personelle, räumliche und apparative Ausstattung der Einrichtungen, die Vernetzung und Qualitätssicherung eingegangen.

Der „**Gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztagig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation**“ wird publiziert. Der Leitfaden soll als Arbeitsmittel bei der Konzepterstellung dienen und ermöglicht ein strukturiertes Vorgehen der jeweiligen Einrichtung. Er soll zudem die Prüfung eingereicherter Rehabilitationskonzepte durch die Rehabilitationsträger und ihre sozialmedizinischen Dienste erleichtern. Ergänzend zum gemeinsamen Leitfaden wird die „Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen“ zur Verfügung gestellt. Sie soll den Rehabilitationseinrichtungen mittels einer Gliederungsstruktur die Konzepterstellung nach den Vorgaben des Gemeinsamen Leitfadens erleichtern.

Es erfolgt eine **Aktualisierung der Auswahlkriterien für Weiterbildungen von Suchttherapeuten** von 2001 durch die DRV unter Einbeziehung neuer Berufsabschlüsse und einer Orientierung an den bislang zugelassenen Richtlinienverfahren der Psychotherapie.

Die erste einrichtungsübergreifende **Katamnese des FVS zur Wirksamkeit der ganztagig ambulante Suchtrehabilitation** erscheint und wird jährlich fortgeschrieben.

2012

Die „**Nationale Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik**“ wird von der Bundesregierung beschlossen und löst den bisherigen Aktionsplan Drogen und Sucht von 2003 ab. Die Strategie führt die folgenden 4 Schwerpunkte näher aus und ist bis heute handlungsleitend:

1. Prävention: Präventionsmaßnahmen dienen dazu, durch Aufklärung über die Gefahren des Suchtmittel- oder Drogenkonsums dafür zu sorgen, dass es gar nicht erst zu einem gesundheitsschädlichen Konsum oder einer Sucht kommt. Besonders wichtig ist die Prävention bei Kindern und Jugendlichen.

2. Beratung und Behandlung, Hilfen zum Ausstieg: Beratungs- und Behandlungsangebote sind notwendig, um Suchtkranken beim Ausstieg aus dem Kreislauf der Sucht zu helfen. Vielfältige Angebote ambulanter und stationärer Hilfen existieren bereits in Deutschland. Diese gilt es zu erhalten und zu stärken, damit jeder Suchtkranke das Angebot zur Beratung und Behandlung in Anspruch nehmen kann, das er benötigt.

3. Maßnahmen zur Schadensreduzierung: Überlebenshilfen oder Maßnahmen zur Schadensreduzierung wie zum Beispiel die Drogenkonsumräume mit Angeboten zum Spritzenaustausch stabilisieren die gesundheitliche und soziale Situation des Suchtkranken. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für einen späteren Ausstieg aus der Sucht.

4. Angebotsreduzierung und Strafverfolgung: Ein weiteres Element der Drogen- und Suchtpolitik sind gesetzliche

Regulierungen zur Angebotsreduzierung und allgemeine Verbote. Dazu gehören beispielsweise Nichtraucherschutzgesetze, das Jugendschutzgesetz und das Betäubungsmittelrecht. Von großer, auch internationaler Bedeutung ist die Bekämpfung der Drogenkriminalität.

Das „**Gemeinsame Rahmenkonzept der DRV und der GKV zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker**“ tritt in Kraft. Damit wird eine deutliche Trennung der Reha-Nachsorge - mit den Zielsetzungen erworbene Verhaltensweisen zu sichern, soziale Kontakte zu schaffen, Integration des Erlernten in den Alltag und Reintegration in den Arbeitsmarkt zu fördern sowie Rückfälle zu vermeiden - von der sucht- bzw. psychotherapeutisch ausgerichteten ambulanten poststationären Reha-Behandlung definiert. Diese Trennung ist mit erheblichen Folgen für die Angebotsstruktur im Bereich der ambulanten Suchtberatungs- und behandlungsstellen verbunden.

Die erste klinikübergreifende **Katamnese** des FVS zur **Wirksamkeit der stationären Drogenrehabilitation** wird publiziert und jährlich fortgeschrieben.

2013

Die „**Verordnung zum pauschalierenden Entgeltssystem für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP)**“, ein analog zu den DRG (Diagnosis Related Groups) entwickeltes Entgeltssystem für Akutkrankenhäuser, wird im Bundesanzeiger veröffentlicht. PEPP ist ein in Deutschland angewandtes Patientenklassifikationssystem, das auf Grundlage einer tagesbezogenen Kostenkalkulation in einer klinisch relevanten Weise, Art und Anzahl der behandelten Krankenhaufälle in Bezug zum Ressourcenverbrauch des Krankenhauses setzen soll.

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags zu folgenden Punkten: **1. Konsum kristalliner Methamphetamine durch Prävention eindämmen - Neue synthetische Drogen europaweit effizienter bekämpfen (SPD Fraktion), 2. Eigenkonsum von Cannabis wirksam entkriminalisieren (Bündnis 90/Die Grünen).**

Basierend auf der von 2009 bis 2011 durchgeführten Studie „Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA) wurde ebenfalls von der Universität zu Lübeck die Studie „**Prävalenz der Internetabhängigkeit – Diagnostik und Risikoprofile (PINTA-DIARI)**“ durchgeführt, um eine Überprüfung der Prävalenzschätzung auf Basis einer genauen Diagnostik der betroffenen Personen vorzunehmen. Mit den Ergebnissen kann die Prävalenz aus PINTA im Wesentlichen bestätigt werden.

Der **erste Gemeinsame Qualitätskongress** im Bereich medizinische Rehabilitation wird **von DEGEMED und FVS** gemeinsam in Berlin durchgeführt, danach wird er jährlich ausgerichtet.

2014

Das **Präventionsgesetz - Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention** (PrävG) wird verabschiedet. Ziele sind u.a. die Zusammenarbeit der Akteure in der Prävention und Gesundheitsförderung zu stärken, die Gesundheits- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene weiter zu entwickeln, Gesundheitsförderung auf der Grundlage einer gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie in den Lebenswelten wie Kitas, Schulen, Kommunen, Betrieben und Pflegeeinrichtungen zu fördern und die finanzielle Unterstützung der gesundheitlichen Selbsthilfe auf eine rechtliche Grundlage zu stellen.

Einführung eines Demographiefaktors bei der Berechnung des Reha-Budgets im Bereich Rentenversicherung: Beschlossen wird, das Reha-Budget ab dem Jahr 2014 unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung anzupassen, da die Bevölkerung immer älter wird. Deshalb steigt die Nachfrage nach Rehabilitations- und Präventionsleistungen der Rentenversicherung. Das liegt vor allem daran, dass die geburtenstarken Jahrgänge in ein Alter gekommen sind, in dem Reha-Leistungen häufiger notwendig werden.

Der erste **„Alternative Drogen- und Suchtbericht“** hrsg. von Akzept e.V., der Deutschen AIDS-Hilfe e.V. und dem Selbsthilfe-Netzwerk JES Bundesverband e.V. (Junkies, Ehemalige und Substituierte) wird knapp eine Woche vor Erscheinen des Drogen- und Suchtberichtes der Bundesregierung publiziert. Kritisiert wird hierbei insbesondere eine fehlende wissenschaftlich fundierte Gesamtstrategie in der Drogen- und Suchtpolitik mit klar definierten Zielen und dass wirksame Methoden der Prävention beziehungsweise zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken beim Drogenkonsum teilweise nicht zur Anwendung kommen. Der Bericht umfasst ein breites Themenspektrum, von Alkohol-Prävention für Jugendliche über Ansätze zum Umgang mit dem Konsum von Cannabis und Crystal-Meth, bis hin zu niedrigschwelligen Hilfsangeboten für Heroinkonsumenten. Der Alternative Drogen- und Suchtbericht erscheint in der Folge jährlich.

Das **„Gemeinsames Rahmenkonzept der DRV und der GKV zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“** erscheint. Zuvor existieren bereits verschiedene Formen von Kombinationsmodellen einzelner Rentenversicherungsträger. Die Kombinationsbehandlung ist

vom Grundsatz her einrichtungsübergreifend angelegt und als ein weiteres Angebot neben einer ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung zu sehen. Dabei wird davon ausgegangen, dass in der Kombinationsbehandlung die jeweiligen Vorteile der stationären, der ambulanten und der ganztägig ambulanten Rehabilitation vereint werden können. Das Rahmenkonzept beinhaltet Aussagen zur Definition der Kombinationsbehandlung und Abgrenzung von anderen Verfahren, zur Zielgruppe und zu den Indikationskriterien, zur Durchführung der Kombinationsleistung, zur Dokumentation und Entlassungsbericht, zur Finanzierung und Qualitätssicherung.

Die gemeinsam von den Verbänden der Suchtrehabilitation und der Rentenversicherung entwickelten **„Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA)“** werden verabschiedet. Mit den Empfehlungen soll angeregt werden, die Rehabilitanden/innen noch gezielter entsprechend ihrer individuellen berufsbezogenen Teilhabebedarfe zu fördern und damit zu einer Optimierung der Rehabilitations- und Integrationsprozesse beizutragen. Erwerbsbezogene Screening-, Diagnostik- und Assessmentverfahren werden ausführlich behandelt und einzelne Instrumente vorgestellt. Kernstück sind fünf verschiedene, so genannte BORA-Zielgruppen. Die Rehabilitationseinrichtungen sollen sich bei der Frage, welche erwerbsbezogenen Leistungen im Rahmen der Behandlung in Betracht kommen, daran orientieren.

Das **„Positionspapier zur stärkeren Vernetzung von Substitution und Entwöhnungsbehandlung“ von FVS und fdr** wird publiziert. Anliegen ist es, den Zugang aus der Substitution zur Ent-

wöhnungsbehandlung zu verbessern und dadurch auch die Teilhabechancen durch den Einsatz entsprechender Arbeitsmarktinstrumente und Förderungsangebote zu verbessern. Die Brückenbildung zwischen Substitution und Entwöhnungsbehandlung soll deshalb aus Sicht der beiden Suchtverbände zukünftig im Sinne einer integrierten und systemübergreifenden Behandlungsplanung deutlich ausgebaut werden. Ein Workshop zu dieser Thematik wurde mit weiteren Suchtverbänden zusammen im Jahr 2015 durchgeführt.

2014 - 2016

Die **Unterarbeitsgruppe (UAG) „Frühzeitiger und nahtloser Zugang“** mit Vertretern/innen der DRV, GKV, DHS, FVS (Koordination) tagt, um Vorschläge und Möglichkeiten zur Gestaltung der Schnittstellen hinsichtlich eines frühzeitigeren Zugangs zur Entwöhnungsbehandlung zu besprechen. Hintergrund ist ein Rückgang der Antragszahlen angesichts einer hohen Verbreitung von Suchterkrankungen. Themen sind u.a. Verbesserung des Zugangs aus der Entzugsbehandlung/ dem Krankenhaus, eine verstärkte Früherkennung und -intervention durch den/die niedergelassenen Arzt/Ärztin sowie den/die niedergelassenen Psychotherapeuten/in, ein verbesserter Zugang aus Betrieben, aus dem Bereich der Pflege und Altenhilfe, für Substituierte und durch die Berücksichtigung der Thematik im Rahmen des Reha-Fallmanagements der Leistungsträger. Infolge der Tätigkeit der UAG entsteht das Nahtlosverfahren aus dem qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung im Jahr 2016.

2014 - Mitte 2019

Neue **Drogenbeauftragte der Bundesregierung** wird Marlene Mortler (CSU).

2015

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Gesundheit des Deutschen Bundestags zum **Entwurf eines Cannabis-Kontrollgesetzes der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen**.

Die **S3-Leitlinien „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“** und **“Screening, Diagnostik und Behandlung des schädlichen und abhängigen Tabakkonsums“** - entstanden in einem vierjährigen Entwicklungsprozess - werden im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht. Die Federführung liegt bei der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Eine weitere Aktualisierung der Leitlinien erfolgt im Jahr 2020/1.

Veröffentlichung der **„Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der DRV und GKV für einen Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform nach einer stationären/ganztätig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker“**. Diese beschreiben, für welche Rehabilitanden/innen ein Wechsel von der stationären / ganztätig ambulanten Rehabilitation in das ambulante Setting möglich ist. Anlass für deren Erarbeitung war, dass diese Thematik zuvor von einzelnen Leistungsträgern unterschiedlich gehandhabt wurde. Der Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform kann im Einzelfall angezeigt sein, wenn eine Fortführung begonnener Veränderungsprozesse die therapeutische Unterstützung bei einer erkennbar hohen Rückfallgefährdung im ambulanten Setting erforderlich macht.

2016

Das **Gesetz zur Modernisierung des Vergaberechts** (VergModG) tritt in Kraft. Dem zugrunde liegt das EU-Vergaberecht, das darauf abzielt, das Regelwerk innerhalb der Europäischen Union stärker zu vereinheitlichen. Die Vergabeverfahren sollen effizienter, einfacher und flexibler gestaltet werden. Das VergModG hatte erhebliche Auswirkungen auf den Bereich der medizinischen Rehabilitation, denn es bestand zunächst eine große Befürchtung darin, ob zukünftig eine öffentliche Ausschreibung dieser Leistungen erforderlich sei. Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung (DRV) entspricht das Leistungssystem des SGB IX mit seinen Zulassungsverträgen nach § 21 SGB IX und der konkreten Belegung im Einzelfall unter Berücksichtigung von Qualität und Geeignetheit sowie dem Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten nicht dem Bild des öffentlichen Dienstleistungsauftrags im Sinne des Vergaberechts. Allerdings legt das neue Vergaberecht die Bedingungen dafür fest, wie ein Verfahren ausgestaltet sein muss, um rechtskonform zu sein. Die DRV hat sich im Ergebnis für ein offenes und transparentes Zulassungsverfahren ohne vorgeschaltete Ausschreibung entschieden. Zusätzlich sollen Qualitätskriterien stärker bei der Zuschlagsentscheidung gewichtet werden. Diese Positionen sind Grundlage für die spätere Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstands der DRV (2017, aktualisiert 2023). Entsprechende rechtliche Regelungen werden später auch im Gesetz Digitale Rentenübersicht vom 11. Februar 2021 getroffen.

Die ersten Teile des **„Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz - BTHG)“**

treten nach dessen Verabschiedung in Kraft. Das BTHG greift den Geist der UN-Behindertenrechtskonvention in seiner Zielsetzung und Ausgestaltung auf. Der Wandel von hierarchischer zu partizipativer Steuerung hat nicht nur eine politische Dimension, denn für den Erfolg von Rehabilitation und Teilhabe sind die Mitwirkungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung mitverantwortlich. Die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung soll deshalb durch mehr Selbstbestimmung und mehr Teilhabe verbessert werden. Das neue Reha- und Teilhaberecht tritt bis zum 1. Januar 2023 stufenweise in Kraft und führt zu einem novellierten SGB IX mit neuen Inhalten und einer neuen Struktur. Das BTHG verpflichtet die Träger von Reha-Maßnahmen (wie z.B. die Bundesagentur für Arbeit oder die gesetzliche Rentenversicherung) dazu, frühzeitig drohende Behinderungen zu erkennen und gezielt Prävention noch vor Eintritt der Rehabilitation zu ermöglichen und die Erwerbsfähigkeit zu erhalten. Zur Unterstützung dieser gesetzlichen Pflicht hat das BMAS in der Folge im Mai 2018 das Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben – rehapro“ gestartet. Kernstück der Reform bildet die Integration der bisher im sechsten Kapitel des SGB XII als Sozialhilfeleistung geregelte Eingliederungshilfe ins SGB IX im Jahr 2020.

„Handlungsempfehlungen zur Therapie von Methamphetamin-Abhängigen“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) i. A. der Bundesärztekammer. Um den Berufsgruppen im Gesundheitswesen mehr Handlungssicherheit im Umgang mit akut intoxikierten oder abhängigen Patienten zu geben, hat das Bundesministerium für Gesundheit die Bundesärztekammer dabei unterstützt, diese

Behandlungsempfehlungen zu erarbeiten. Diese wurden vom ÄZQ zusammen mit einem interdisziplinär besetzten Expertenpanel entwickelt.

Einführung des **„Strukturierten Qualitätsdialogs“ im Bereich der DRV** unter Nutzung von Qualitätsindikatoren. Im Strukturierten Dialog mit den Rehabilitationseinrichtungen sollen die mittels der QS-Instrumente erhobenen Daten besprochen werden. Diese sind: Daten aus der Strukturhebung, Ergebnisse des Peer Review-Verfahrens, der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL), der Reha-Therapiestandards (in ausgewählten Indikationsbereichen) und der Rehabilitandenbefragung (mit den beiden Dimensionen Rehabilitandenzufriedenheit und subjektiver Behandlungserfolg). Zudem kann der sozialmedizinische Verlauf von pflichtversicherten Rehabilitanden der DRV zwei Jahre nach Rehabilitation erhoben werden. Im Rahmen des Instruments des Strukturierten Qualitätsdialogs werden Schwellenwerte definiert, deren Unterschreitung als handlungsleitende Auffälligkeit definiert wird. Kommt es also zu einer Unterschreitung eines Schwellenwertes, wird dieser zwischen dem RV-Träger und der Einrichtung ausgelöst. Ziel des Dialogs ist aus Sicht der DRV, gemeinsam die Ursachen für eine Unterschreitung zu identifizieren sowie Schritte zur Qualitätsverbesserung einzuleiten (Aktualisierung 2017).

Der Drogen- und Suchtrat der Bundesregierung veröffentlicht die **Empfehlungen zur „Teilhabe am Arbeitsleben“ und zur „Prävention internetbezogener Störungen“**.

Gründung der **Deutschen Suchtgesellschaft – Dachverband der Suchtfachgesellschaften (DSG)** durch die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht), die

Deutsche Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) sowie die Deutsche Gesellschaft für Suchtpsychologie (DGSPS). Das gemeinsame Ziel der Mitgliedsgesellschaften ist es, die Prävention, Erforschung, Behandlung und Entstigmatisierung von Suchterkrankungen zu fördern.

Das Kooperationspapier **„Rehainnovation: Verbesserungspotenziale zur Förderung der beruflichen Integration von arbeitslosen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung durch die Verknüpfung beruflicher und medizinischer Leistungen zur Teilhabe“** vom Deutsche Berufsförderungswerk-Bundesverband (BV BFW) und dem FVS wird publiziert. Zielsetzung des vorliegenden Konzeptes ist es, durch die parallele bzw. nahtlose Erbringung beruflicher und medizinischer Leistungen zur Teilhabe die Erfolgschancen für eine berufliche Neuorientierung und berufliche Integration im Rahmen einer übergreifenden Gesamtrehabilitationsstrategie zu verbessern.

2017

Das **„Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften“** tritt in Kraft, welches regelt, dass natürliches Cannabis zu therapeutischen Zwecken von Ärzten zur Behandlung von u.a. Schmerzpatienten eingesetzt werden kann. Mit dem Gesetz ist auch die Finanzierung durch die Krankenkassen verbunden.

Eine **Novellierung des Substitutionsrechtes** beschließt das Bundeskabinett mit der 3. Verordnung zur Änderung der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Die Regelungen zu Sachverhalten, die unmittelbar ärztlich-therapeutische Bewertungen betreffen, werden in die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer (BÄK) überführt. Dies betrifft Feststellungen zu den Vo-

raussetzungen für die Einleitung einer Substitutionstherapie, zum Beikonsum, zum Verschreiben des Substitutionsmittels zur eigenverantwortlichen Einnahme sowie zur Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Einbeziehung psychosozialer Betreuungsmaßnahmen. Die BtMVV dient auch dazu, bei der Substitutionstherapie mehr Rechtssicherheit für die behandelnden Ärzte/innen herzustellen.

Die **Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstands der DRV zur „Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation“** beinhaltet im ersten Schritt ein offenes Zulassungsverfahren von Einrichtungen zur Leistungserbringung ohne vorherige Ausschreibung. Nach entsprechender Prüfung der Eignung kommt es dann zum Abschluss eines Vertrages nach § 21 SGB IX. Ist eine Einrichtung damit für die Erbringung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zugelassen, findet unter Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts auf der zweiten Ebene die Auswahl der Rehabilitationseinrichtung, die für den Versicherten am besten geeignet ist, statt. Hierbei werden neben sozialmedizinischen Kriterien auch die Ergebnisse aus dem QS-Programm der DRV beachtet (Aktuelle Ergänzung der Entscheidung erfolgt in 2023).

Die **„Gemeinsamen Handlungsempfehlungen „Nahtlosverfahren bei Abhängigkeitserkrankungen“** regeln den Zugang vom Qualifizierten Entzug zur Suchtrehabilitation. Diese haben die DRV, die GKV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) für einen verbesserten Zugang nach dem qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker abgeschlossen.

Der **Neue Deutsche Kerndatensatz in der Suchtkrankenhilfe (KDS)** wird vom Ausschuss Statistik der Deutschen Haupt-

stelle für Suchtfragen (DHS) nach umfangreichen Überarbeitungen verabschiedet (die aktuelle Fassung ist von 2024).

2018

Öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf und den Anträgen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN **„Entwurf eines Cannabiskontrollgesetzes (CannKG)**, der Fraktion der FDP **„Cannabis-Modellprojekte ermöglichen“** und der Fraktion DIE LINKE **„Gesundheitsschutz statt Strafverfolgung – Für einen progressiven Umgang mit Cannabiskonsum“**.

Die **Richtlinie „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)** tritt in Kraft. Hierbei ist die Schadensminimierung und nicht mehr – wie bisher – die Abstinenz oberstes Ziel. Als Ziele der substitutionsgestützten Behandlung werden verankert: Sicherstellung des Überlebens, Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes, Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen, Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden, Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide, Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel, Abstinenz von unerlaubt erworbenen und erlangten Opioiden, Verringerung der durch die Opioidabhängigkeit bedingten Risiken für Mutter und Kind während einer Schwangerschaft sowie während und nach der Geburt, und die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die Abstinenz soll nun im Zuge von zielorientierten motivierenden Gesprächen thematisiert und die Ergebnisse der Gespräche sollen dokumentiert werden.

Die Empfehlung **„Arbeitsuchende Abhängigkeitskranke – Zugang zur Suchtrehabilitation“**, welche gemeinsam zwi-

schen der **DRV, der Bundesagentur für Arbeit (BA) und den kommunalen Spitzenverbänden** geschlossen wird, soll arbeitsuchende abhängigkeitskranke Menschen beim Zugang in eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker und der anschließenden beruflichen (Wieder-) Eingliederung durch entsprechende Regelungen unterstützen.

2018

Den Auftrag des Bundesgesetzgebers, gemäß § 11 SGB IX Modellvorhaben zur Stärkung der Rehabilitation durchzuführen, setzt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) mit dem **Bundesprogramm „Innovative Wege zur Teilhabe am Arbeitsleben - rehapro“** um. Ziel des Bundesprogramms rehapro ist es, durch die Erprobung von innovativen Leistungen und innovativen organisatorischen Maßnahmen Erkenntnisse zu gewinnen, wie die Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen noch besser erhalten bzw. wiederhergestellt werden kann. Auch die Zusammenarbeit der Akteure im Bereich der medizinischen und beruflichen Rehabilitation soll weiter verbessert und der Zugang in die Erwerbsminderungsrente und die Eingliederungshilfe bzw. Sozialhilfe nachhaltig gesenkt werden. Jobcenter und Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind die federführenden Bedarfsträger der Modellprojekte und somit Antragsteller und Ansprechpartner für mögliche Kooperationen bzw. Verbundprojekte. Zur Umsetzung des Bundesprogramms rehapro stehen bis 2026 insgesamt rund eine Milliarde Euro zur Verfügung. Die einzelnen Modellprojekte können bis zu fünf Jahre gefördert werden. Die ersten Modellprojekte des ersten Förderaufrufs starten im 2. Halbjahr 2019, des zweiten Förderaufrufs

Ende 2021. Der dritte Förderaufruf wird im Juli 2022 veröffentlicht. Verschiedene Modellprojekte betreffen die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Störungen sowie mit Suchterkrankungen.

Vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin wird der Forschungsbericht zur **„Implementation eines telefonischen Nachsorgeangebots für Rehabilitanden nach stationärer Alkoholentwöhnung (TelNa)“** publiziert. Das Forschungsprojekt untersucht in einer Implementationsstudie die Akzeptanz und die Praktikabilität eines telefonischen Nachsorgeangebots nach der stationären Alkoholentwöhnungsbehandlung inklusive einer Aufwandsabschätzung. Mittelgeber ist die Deutsche Rentenversicherung Bund.

Zudem veröffentlicht das Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Berlin die Ergebnisse zur Entwicklung und Erprobung eines **„Ärztlich-psychotherapeutischer Befundberichtes“**. Dieser Befundbericht ist dazu gedacht, beim Zugang zu medizinischen Rehabilitationsleistungen Abhängigkeitskranker eingesetzt zu werden und eine qualifizierte Befundung durch Ärzte/innen und Psychotherapeuten/innen zu ermöglichen.

2019

Der **„Rahmenvertrag zum Entlassmanagement in der Rehabilitation“** im GKV-Bereich wird infolge des Versorgungstärkungsgesetzes aus dem Jahr 2015 vom GKV-Spitzenverband, der Kasernenärztliche Bundesvereinigung und den Verbänden der Rehabilitationseinrichtungen auf Bundesebene für die stationären Rehabilitationseinrichtungen geschlossen. Die Neuregelungen zum Entlassmanagement dienen dazu, eine sachgerechte Anschlussversorgung nach stationären

Rehabilitationsleistungen einzuleiten und zu organisieren sowie die stationäre und ambulante Versorgung der Versicherten besser miteinander zu verzahnen.

Mit der **„Gemeinsamen Empfehlung Reha-Prozess“** haben die Reha-Träger auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) Regelungen erarbeitet und miteinander vereinbart, wie sie die Vorschriften des SGB IX auslegen und umsetzen. Damit schafft die Gemeinsame Empfehlung als untergesetzliche Regelungsebene mehr Rechtssicherheit für die Rehabilitationsberater/innen vor Ort, aber auch für die potentiellen Rehabilitanden/innen. Die trägerübergreifenden Verfahrensregularien sollen die inhaltliche Transparenz erhöhen, die Nahtlosigkeit des Rehaprozesses fördern und den erforderlichen Austausch zwischen den Beteiligten und das gemeinsame Handeln stärken.

Die **„Machbarkeitsstudie zur qualitätsorientierten Steuerung“ im Bereich der DRV** dient dazu, bei der Beschaffung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein neues Verfahren der Einrichtungsauswahl zu erproben. Die Studie steht damit im Zusammenhang mit dem Vergabemodernisierungsgesetz und der Verbindlichen Entscheidung des Bundesvorstands der DRV von 2017. Diese hat zum Ziel, die Einrichtungsauswahl für orthopädische Rehabilitanden auf der Basis einheitlicher und transparenter trägerübergreifender Kriterien modellhaft zu erproben. Sie soll damit Erkenntnisse auch für die Belegungssteuerung in anderen Indikationen liefern. Einbezogen werden hierbei stationäre orthopädische Fachabteilungen, die von der DRV Baden-Württemberg, der DRV Bund sowie der DRV Oldenburg-Bremen belegt werden.

Veröffentlichung des Abschlussberichts zum **Forschungsprojekt: „Effektivität**

der stationären Alkoholentwöhnung – Was ist mit den katamnestic Non-Respondern?“ (Berichtszeitraum: Non-Responder Studie I 2014 – 2017, Non Responder Studie II 2018-2019), gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, durchgeführt vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Abteilung Rehabilitationsforschung der Charité Universitätsmedizin Berlin. Das Projekt wird in Kooperation mit den Suchtverbänden FVS und buss durchgeführt. Zum ersten Mal erfolgt eine systematische Untersuchung der Erfolgsquoten in der stationären Alkoholentwöhnung unter Einbeziehung der Spät-Antwortenden, die hierbei zusätzlich zum Standardverfahren der Katamnese wiederholt nachbefragt werden. Es zeigt sich, dass in dieser Gruppe über 64 % der befragten Personen eine Abstinenz während des Katamnesezeitraums berichteten. Dies ist ein Beleg dafür, dass die konservativste Berechnungsform für die Effektivität der Sucht-Rehabilitation nach DGSS 4 - in die alle angeschriebenen Personen eines Entlassungsjahrgangs eingehen und bei der Nichtantwort/innen generell als rückfällig bewertet werden - eine Unterbewertung der tatsächlichen Erfolgsquote der Behandlungen darstellt. Mit der Erhöhung der Response-Rate, von 46,6 % nach der 1. Phase auf 64,2 % nach der dritten Phase der Befragung steigt die katamnestic Erfolgsquote nach DGSS 4 von 38,2 % nach Phase 1 der Befragung auf 49,5 % nach Phase 3 der Befragung an. Die Ergebnisse tragen zur genaueren Aufklärung der Effektivität der stationären Entwöhnungsbehandlung bei und ermöglichen zudem die Ableitung weiterer Optimierungspotentiale in der Routinekatamnese.

Das **„Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation ab-**

hängigkeitskranker Menschen“ wird publiziert. Die Adaptionsbehandlung bildet die Phase II einer stationären medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen. Das Rahmenkonzept bietet eine inhaltliche Einordnung der Adaption in das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen. Zudem werden einheitliche strukturelle Anforderungen beschrieben, die auf einer im Jahr 2017 durchgeführte Bestandsumfrage der Adaptionseinrichtungen durch die DRV sowie den von diesen zu erfüllenden Aufgaben durch die DRV basieren.

Das **„Rahmenkonzept Kinder Suchtkrankender in der Entwöhnungsbehandlung“** wird vom FVS publiziert. Anlass dafür ist, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit eröffnet, in diesem Setting nicht nur die Suchterkrankung der Eltern zu behandeln, sondern auch deren Kinder hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen, körperlichen und kognitiven Entwicklung zu fördern und die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. In der Mehrzahl der Fälle liegt noch keine psychische Erkrankung der Kinder vor, es bestehen jedoch häufig bereits Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen. In diesem erstmalig vorliegenden übergreifenden Rahmenkonzept werden zunächst die Entwicklungsfolgen und die spezifischen Gefährdungen der Kinder beschrieben, es wird auf entwicklungspsychologische Aspekte und deren Grundbedürfnisse hingewiesen und auf entsprechende Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtblasteten Familien eingegangen. Im Weiteren werden grundlegende strukturelle Aspekte und konkrete Handlungsmöglichkeiten in der stationären Entwöhnungsbehandlung vorgestellt und es wird auf die Vernetzung mit weiteren Angeboten eingegan-

gen An der Entwicklung des Rahmenkonzepts mitgewirkt haben Experten/innen des Fachverbandes Sucht e.V., des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. sowie aus dem Bereich der Wissenschaft.

10.9.2019 - 8.12.2021

Neue **Drogenbeauftragte der Bundesregierung:** Daniela Ludwig (CSU).

2020

Das **Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz – IPReG** enthält einige Neuregelungen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation. Es sieht u.a. vor, dass Ärzte/innen auch ohne vorherige Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch die Krankenkasse eine geriatrische Reha verordnen dürfen. Bei allen anderen vertragsärztlich verordneten Rehabilitationsmaßnahmen dürfen Krankenkassen die medizinische Erforderlichkeit der Maßnahme nur auf Grundlage einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes in Zweifel ziehen. Wenn Versicherte sich für eine Reha-Einrichtung entscheiden, die nicht von der Krankenkasse bestimmt wurde, bezahlen sie noch die Hälfte der damit verbundenen Mehrkosten selbst. Einheitliche und verbindliche Vorgaben für Versorgungs- und Vergütungsverträge sollen im Rehabereich für mehr Transparenz sorgen. Krankenkassen und Leistungserbringer werden verpflichtet, dazu entsprechende Rahmenempfehlungen auf Bundesebene zu schließen. Tarifvertraglich vereinbarte Vergütungen in Reha-Einrichtungen dürfen von den Krankenkassen hierbei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden.

Mit dem Gesetz zur **Reform der Psychotherapeutenausbildung** wird die Ausbildung der Psychotherapeuten/

innen auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Künftig soll die Approbation als Psychotherapeut/in nach einem fünfjährigen Universitätsstudium erteilt werden. Für den Zugang zum Versorgungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ist zusätzlich eine anschließende Weiterbildung notwendig.

Die aktualisierten **S3-Leitlinien** der AWMF „**Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung**“ und „**Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen**“, welche unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) überarbeitet wurden, werden verabschiedet. Dies trifft zudem auf die weitere S3 Leitlinie „Medikamentenbezogene Störungen“ zu.

Ergänzende Hinweise zum „**Gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker**“ werden zwischen den Suchtfachverbänden, der DRV und der GKV konsentiert. Die Konkretisierungen betreffen insbesondere den Einsatz von Psychotherapeuten/innen in der Ausbildung, die Co-Therapeutenfunktion, die ärztlichen Aufgaben und die Personalbemessung nach Gruppengröße.

2020 - Frühjahr 2023

Die **SARS-CoV-2-Pandemie** hat weitreichende Auswirkungen auf die Versorgung von suchtkranken Menschen, sowohl auf institutioneller als auch auf individueller Ebene.

Corona bringt existentielle Herausforderungen für das gesamte Suchthilfe- und -behandlungssystem und den Bereich der medizinischen Rehabilitation mit sich. Wichtige Themen sind hierbei u.a.:

- **Sicherstellung der Angebote** zur Versorgung und Behandlung suchtkranker Menschen angesichts drohender Schließungen in einzelnen Bundesländern
- **Entwicklung von praktikablen Hygienekonzepten** in den Einrichtungen und kontinuierliche Anpassung an sich ändernde politische Vorgaben
- **Hygienebedingte Mehraufwände und Minderbelegungen** in den Einrichtungen – zunächst ohne entsprechende Gegenfinanzierung
- **Hohe Krankenstände** unter den Mitarbeitern/innen in den Einrichtungen und Unterstützung bei der **Organisation der Kinderbetreuung** von Mitarbeitern/innen
- Entwicklung **telefonischer und onlinebasierter Beratungs-, Selbsthilfe- und Nachsorgeangebote**. Die DRV und GKV erlassen in dieser Situation Sonderregelungen für telefonische/digitale Einzelgespräche im Bereich Ambulante Reha Sucht und der Suchtnachsorge
- Verhandlungen über einen angemessenen **Corona-Zuschlag** durch die Rentenversicherung und über **Ausgleichszahlungen** durch die gesetzlichen Krankenkassen
- Regelungen im **Sozialdienstleister-Einsatzgesetz (SodEG)** zur Sicherstellung der Versorgung durch sozialen Dienstleister.

Das **Projekt „CoV-AZuR“**, durchgeführt vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft Abteilung Rehabilitationsforschung - Charité Universitätsmedizin Berlin (mit Förderung der DRV Bund und in Kooperation mit den

Suchtverbände FVS⁺ und bus.), untersucht die Auswirkungen der SARS-CoV-2-Pandemie auf den Zugang, die Inanspruchnahme und die Ausgestaltung der Sucht-Rehabilitation (Projektlaufzeit 2020-2022).

2021

Das „**Gesetz zur Verbesserung der Transparenz in der Alterssicherung und der Rehabilitation sowie zur Modernisierung der Sozialversicherungswahlen und zur Änderung anderer Gesetze**“ (Kurzform: Gesetz „Digitale Rentenübersicht“) wird veröffentlicht. Es hat weitreichende Folgen für den Bereich der medizinischen Rehabilitation im Verantwortungsbereich der Rentenversicherung. Verankert wird zunächst, dass Leistungen zur Prävention Vorrang vor den Leistungen zur Teilhabe haben. Hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtungen wird festgelegt, dass diese einen Anspruch auf Zulassung haben, wenn sie

1. fachlich geeignet sind,
2. sich verpflichten, an den externen Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung Bund oder einem anderen von der Deutschen Rentenversicherung Bund anerkannten Verfahren teilzunehmen,
3. sich verpflichten, das Vergütungssystem der Deutschen Rentenversicherung Bund anzuerkennen und

ferner die elektronischen Datenaustausch mit den Trägern der Rentenversicherung sicherstellen und datenschutzrechtliche Regelungen beachten.

Die Inanspruchnahme einer zugelassenen Rehabilitationseinrichtung erfolgt durch einen Vertrag. Versicherte haben im Sinne des Wunsch- und Wahlrechts ein Vorschlagsrecht hinsichtlich der Rehabilitationseinrichtung, ansonsten entscheidet der Leistungsträger. Die Deutsche Rentenversicherung Bund

ist verpflichtet, die Daten der externen Qualitätssicherung zu veröffentlichen, um damit eine Grundlage für die Inanspruchnahme einer Rehabilitationseinrichtung zugänglich zu machen.

Zur Ermittlung und Bemessung einer leistungsgerechten Vergütung der Einrichtungen hat die Deutsche Rentenversicherung Bund ein transparentes, nachvollziehbares und diskriminierungsfreies Vergütungssystem bis zum 31. Dezember 2025 zu entwickeln, dabei sind insbesondere zu beachten:

1. leistungsspezifische Besonderheiten, Innovationen, neue Konzepte, Methoden,
2. der regionale Faktor und
3. tariflich vereinbarte Vergütungen.

Die für die Wahrnehmung der Interessen der Rehabilitationseinrichtungen maßgeblichen Vereinigungen der Rehabilitationseinrichtungen und Verbände erhalten die Gelegenheit zur Stellungnahme. Ziel soll sein, mit ihnen von Seiten der DRV eine konsensuale Regelung zu erreichen.

Der erste **Gemeinsame Soziotherapie-tag der Suchtverbände** zum Thema „**Update der Umsetzung des BTHG in der Suchthilfe**“ findet angesichts von Corona als Online-Workshop statt.

In der Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. - Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung erscheint als Band 28 „**Qualitätsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Ziele, Entwicklungen und Perspektiven auf dem Prüfstand**“ mit grundsätzlichen Ausführungen zum aktuellen Entwicklungsstand der Qualitätssicherung im Bereich der Rentenversicherung und Perspektiven für eine Weiterentwicklung unter Einbezug eines Blicks auf andere Handlungsfelder.

2022

Der **Überfall auf die Ukraine und die damit verbundenen Folgen** sind dramatisch. Diese sind auch in Deutschland in allen Lebensbereichen zu spüren. So kommt es zu **deutlichen Preissteigerungen** auf dem Energiesektor, wie auch in den Bereichen Lebensmittel und Versorgung. Diese Veränderungen betreffen selbstverständlich auch das Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe und -behandlung sowie den Rehabilitationsbereich.

Das **„Eckpunktepapier der Bundesregierung zur geplanten Cannabis-Legalisierung“** sieht unter anderem folgende Maßnahmen vor, um eine kontrollierte Abgabe von Cannabis im Sinne des Jugend- und Gesundheitsschutzes umzusetzen:

- Cannabis soll in lizenzierten Geschäften an Erwachsene zu Genusszwecken abgegeben werden. Damit soll erreicht werden, dass die Cannabis-Qualität kontrolliert wird und dass keine verunreinigten Substanzen abgegeben werden. Der Jugendschutz soll gewährleistet werden. Cannabis soll ausschließlich an Volljährige abgegeben werden.
- Der gewerbliche Anbau und Vertrieb von Genuss-Cannabis soll staatlich lizenziert und kontrolliert sein. Der Schwarzmarkt und die organisierte Drogenkriminalität sollen damit eingedämmt werden.
- Erwerb und Besitz von Cannabis zum Eigenkonsum sollen zulässig sein, allerdings nur bis zu einer Höchstmenge von 20 bis 30 Gramm. Auch der private Eigenanbau soll zulässig sein, begrenzt auf drei Pflanzen für jede volljährige Person.
- Die Präventionsangebote zu Cannabis sollen ausgeweitet werden. Anstelle einer strafrechtlichen Verfolgung sollen konsumierende Minderjährige zum Beispiel an verbindlichen Präventionsprogrammen teilnehmen. Es wird ein generelles Werbeverbot geben.

- Die gesellschaftlichen Auswirkungen des Gesetzes sollen nach vier Jahren und darüber hinaus evaluiert werden.

Die neue **digitale Plattform „DigiSucht“ zur Suchtberatung** geht online. Die Onlineberatung ist zu allen Fragen rund um die Themen Drogen, Sucht, Substanzkonsum, Glücksspielen und Medienkonsum möglich, sie erfolgt anonym und kostenfrei. Mit einem länder- und trägerübergreifenden Ansatz, dem Aufbau entsprechender organisatorischer Strukturen, der systematischen Integration eines Qualitätsmanagements, der Bereitstellung digitaler Tools zur strukturierten Unterstützung von Verhaltensänderungen sowie Möglichkeiten für Blended Counseling, soll das bislang existierende Angebot der Suchtberatung via Mail und Chat substantiell erweitert werden. Für Ratsuchende wird mit der Plattform eine zentrale und niedrigschwellige Anlaufstelle geschaffen, über welche die Beratung von kommunalen Suchtberatungsstellen in Anspruch genommen werden kann. Die DigiSucht Plattform wird aktuell im Rahmen einer öffentlich vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellphase getestet. Nach dem Ende der Modelllaufzeit ist eine Finanzierung der Plattform über die Bundesländer vorgesehen. Verantwortlich für die Umsetzung des DigiSucht Projektes ist die delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH in Berlin.

Neuer **Bbeauftragter der Bundesregierung für Sucht- und Drogenfragen** ist Burkhard Blienert (SPD).

2023

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach stellt am 16. August in der Bundespressekonferenz den **Gesetzentwurf zur kontrollierten Abgabe von Cannabis**

vor. Zuvor hat das Bundeskabinett den Gesetzentwurf beschlossen. Parallel zur Vorstellung des Gesetzentwurfs startet eine Kampagne des Bundesgesundheitsministeriums zu den Risiken des Cannabiskonsum unter www.infos-cannabis.de.

„Hilfen im Netz“- Dreijähriges Projekt zur bundesweiten Erstberatung für Kinder suchtblasteter Eltern von NACOA Deutschland e.V. und der Drogenhilfe Köln gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).

Die **„Finanzierungsvereinbarung zur Telematikinfrastruktur in der medizinischen Rehabilitation“** tritt in Kraft. Seit Jahresbeginn können sich ambulante und stationäre Reha-Einrichtungen sowie stationäre Vorsorgeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI-Infrastruktur) im Gesundheitswesen anschließen. Der Gesetzgeber hatte dafür im Jahr 2020 die Grundlage im Patientendatenschutzgesetz (PDSG) geregelt und gleichzeitig die Kostenträger und die Verbände der Leistungserbringer beauftragt, eine Vereinbarung zur Finanzierung des entstehenden Aufwands für die Einrichtungen abzuschließen. Die Vereinbarung stellt nun eine verbindliche Rechtsgrundlage für den Ausgleich der entstehenden Kosten für die Einführung

und den Betrieb der Telematikinfrastruktur dar. Die Vereinbarungspartner auf der Seite der Kostenträger sind die gesetzlichen Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV), auf der Seite der Leistungserbringer sind es die maßgeblichen Spitzenverbände auf Bundesebene.

Es kommt zur **Beendigung des Corona bedingten Zuschlags der DRV** in den medizinischen Rehabilitationseinrichtungen und auch der Sonderregelungen der DRV und GKV hinsichtlich der Finanzierung der telefonischen/digitalen Einzelgespräche im Bereich Ambulante Reha Sucht und der Suchtnachsorge.

Die neue **„Verbindliche Entscheidung des Bundesvorstands der Deutschen Rentenversicherung Bund“** enthält Aussagen zur Umsetzung der Bestimmungen des Gesetzes „Digitalen Rentenübersicht“, etwa zur Veröffentlichung der Daten der externen Qualitätssicherung der zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen in Form eines Public Reportings der Deutschen Rentenversicherung, zum Vorgehen bei der Einrichtungsauswahl oder zur Entwicklung eines verbindlichen, transparenten, nachvollziehbaren und diskriminierungsfreien Vergütungssystems. Zur Begleitung der Umsetzungsphase für das Vergütungssystem und zur

Einbindung der Verbände der Leistungserbringer und der Vertreter/innen der Rehabilitand/innen wird ein Beirat für den Zeitraum 1. Juli 2023 bis zum 31. Dezember 2025 gegründet, ebenso zur Weiterentwicklung des Produkts Public Reporting. Zu allen weiteren Themen im Rahmen der Umsetzung der verbindlichen Entscheidungen sowie zum Zulassungsverfahren und zum Vertrag wird ab dem 1. Juli 2023 für fünf Jahre ein Begleitgremium der DRV mit den Vertretern/innen der Verbände der Leistungserbringer sowie den Vertretern/innen der Rehabilitanden/innen eingesetzt.

Ab dem 1. Juli 2023 tritt das von der **DRV Bund entwickelte qualitätsorientierte Belegungsverfahren bei der Bestimmung der Reha-Einrichtung** in Kraft. Die Neuregelung im § 15 Abs. 9 Nr. 3 SGB VI gibt vor, dass bei der Bestimmung der Reha-Einrichtung die Einrichtung mit der für den Versicherten nachweislich besten Qualität ausgewählt werden soll. Die DRV Bund hat hierzu ein Portal im Internet geschaffen, das entsprechende einrichtungsbezogene Qualitätsdaten aus dem QS-Programm der RV und weitere Informationen zu den Einrichtungen enthält.

Autor:

Dr. Volker Weissinger

Vita

Studium:

WS 1977/78 – WS 1982/83 Studium der Erziehungswissenschaften an der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn und an der Universität zu Köln – Heilpädagogische Fakultät in den Fachbereichen Pädagogik (Schwerpunkt: Sozialpädagogik, Sozialarbeit), Soziologie, Heilpädagogische Psychiatrie, Psychologie.

Berufsbegleitend zur späteren hauptamtlichen Tätigkeit als Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V. Promotion an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg – die Fakultäten Pädagogik, Philosophie, Psychologie mit Abschluss magna cum laude am 08.05.1996. Thema der Dissertation „Wohlbefinden im Lebensraum Hochschule - Gesundheitsförderung im Studium“.

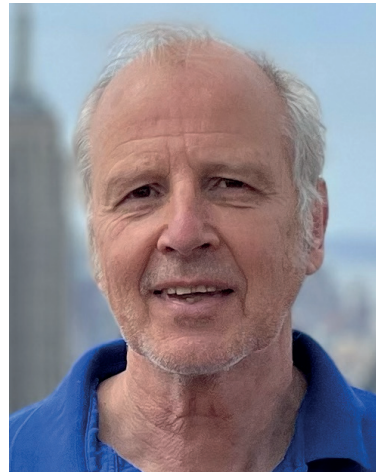
Weiterbildung in den Methodenfeldern Gestalttherapie und Transaktionsanalyse am Institut für Humanistische Psychologie, Eschweiler vom 1.4.1981-31.4.1984.

Berufliche Tätigkeiten :

Von **1980-1982** studienbegleitend ehrenamtliche bzw. Honorartätigkeit in einem Städt. Jugendfreizeitheim, Bonn.

Nach dem Studium **1983/4** zunächst Praktika in verschiedenen Einrichtungen für Drogenabhängige, bei Synanon in Berlin, bei der Therapeutischen Gemeinschaft `Tauwetter` in Bornheim-Roisdorf und in der Langzeittherapieeinrichtung `Aebi-Hus/Maison Blanche` in Evillard bei Biel/Schweiz. Danach **1984 bis Ende 1985** Einzel- und Gruppentherapeut in der stationären Drogentherapie `Tauwetter`.

Ab **1986 – Sept. 1993** mit kurzer Unterbrechung zunächst Projektleiter, später Leiter einer Fortbildungs- und Beratungsstelle bei der Bundesvereinigung für Gesundheits-erziehung e.V. (später : Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung



Dr. phil. Volker Weissinger

Jg. 1957, verh. 2 Kinder

e.V.) mit den Schwerpunkten: Psychosoziale Aspekte von Gesundheit, Suchtprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Vielfältige Veröffentlichungen (z.B. `Suchtprävention- eine Studie ` , Medienpakete zur Suchtprävention in Schulen `Sucht hat viele Ursachen` I und II hrsg. vom AOK-Bundesverband, , Organisation und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren (z.B. Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen), Durchführung von Projekten wie z.B. Gesundheitszirkel im Betrieb, Beratungstätigkeiten (z.B. Mitwirkung in der AG `Beratung und Gesundheit` beim Deutschen Studentenwerk) sowie Referententätigkeiten.

Vom **1.10.1993-31.12.2020** Geschäftsführer des Fachverbandes Sucht e.V. mit vielfältigen Tätigkeiten in diesem Zeitraum, wie z.B.:

2010-2019 Mitglied im Drogen- und Suchtrat der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Teilnahme als Experte an öffentlichen Anhörungen - etwa vom Gesundheitsaus-

schuss des Deutschen Bundestages, Mitglied im Beirat ´rehapro` des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (für die AGMedReha) sowie in vielen weiteren

Gremien auf Bundes- und Landesebene - etwa mit Rentenversicherungsträgern, den gesetzlichen Krankenkassen zur Entwicklung von Behandlungs- und Therapiestandards in der Suchtkrankenhilfe/-behandlung oder zur Umsetzung gesetzlicher Rahmbedingungen (z.B. Qualitätssicherung/-management im SGB V-Bereich, qualitätsorientierte Steuerung von Reha-Leistungen, BORA- Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (Koordination) im SGB VI- Bereich) sowie zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation (incl. inhaltliche Abstimmung entsprechender Empfehlungen und Vereinbarungen). Mitwirkung in vielfältigen Arbeitsgruppen/-gemeinschaften, etwa der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation zur Entwicklung von Gemeinsamen Empfehlungen für den Bereich der Rehabilitation, in entsprechenden Gremien der Verbände der Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation (z.B. Mitbegründung der AGMedReha) sowie der Suchtverbände auf Bundesebene zu vielfältigen Aspekten der Behandlung und Versorgung von Menschen mit substanzgebundenen und -ungebundenen Störungen. Mitwirkung an der Entwicklung der AWMF S 3 Leitlinien ´Alkoholbezogene Störungen` und ´Tabakbezogene Störungen` (2015 und 2020) und bei gesundheitsziele.de im Rahmen der Gesundheitsziele «Tabakkonsum reduzieren», «Alkoholkonsum reduzieren».

Planung und Durchführung von Bundeskongressen (1994 bis 2019 jährlicher Heidelberger Kongress des Fachverbandes Sucht e.V. (FVS)) sowie von Kooperations- (z.B. jährlicher Qualitätskongress DEGEMED/FVS) und Fortbildungsveranstaltungen

(jährliches Fortbildungsprogramm des FVS). Planung, Koordination und Moderation von vielfältigen Arbeitsgruppen im Suchtbereich (z. B. Statistik und Dokumentation des FVS, Qualitätszirkel Stationäre Drogentherapie des FVS; Arbeitsgruppe ambulante Suchtbehandlung des FVS, Arbeitsgruppe ´Kinder Suchtkranker in der Entwöhnungsbehandlung`).

Chefedaktion der Zeitschrift ´Sucht Aktuell` des FVS sowie von dessen Schriftenreihe ´Qualitätsförderung in der Entwöhnungsbehandlung`.

Zahlreiche Publikationen (z.T. in Mitautorenschaft) zu gesundheitspolitischen Themen, zur Wirksamkeit und Weiterentwicklung der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Gesamtkonzept des FVS), zur Früherkennung und Frühintervention sowie zur Vernetzung mit angrenzenden Sektoren (z.B. niedergelassenen Ärzte/innen, psychologischen Psychotherapeuten/innen, Einrichtungen der Entzugsbehandlung, substituierenden Ärzten/innen, Betrieben, Jobcentern, Berufsförderungswerken), zur Dokumentation und Wirksamkeit der Suchtbehandlung sowie zur Qualitätssicherung und zum Qualitätsmanagement. Mitwirkung an der Entwicklung von Zertifizierungsverfahren und entsprechenden Auditlisten im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitskranker/Psychosomatik (DEGEMED/FVS - Zertifizierungsverfahren) und für soziotherapeutische Einrichtungen im Suchtbereich.

Seit 2021 im Ruhestand.

Korrespondenzadresse:

Dr. Volker Weissinger
Am Heidchen 24
53639 Königswinter

E-Mail : v.weissinger@t-online.de,
Tel.: +49 (171) 6112488

