

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit

Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen- ein Auslaufmodell?

Eine Analyse vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Kostendrucks auf
dem Sozialmarkt

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 07.02.2013

Betreuende Prüferin/ betreuender Prüfer: Grit Lehmann
Zweite Prüferin/ zweiter Prüfer: Prof. Dr. Wolfgang Becker

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Spezifische Grundlagen zur Sucht, Rehabilitation und der Sozialen Arbeit in diesem Feld.....	3
1.1 Begriffsbestimmung der Sucht	3
1.2 Die wichtigsten Grundlagen zur Rehabilitation.....	5
1.3 Illegale Drogen	6
1.4 Die Soziale Arbeit in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen.....	8
2. Sozialpolitische und sozialrechtliche Dimension.....	10
2.1 Epidemiologie des gesellschaftlichen Drogenkonsums	11
2.2 Drogen- und Suchtpolitik	14
2.3 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen.....	18
3. Sozialökonomische Dimension.....	22
3.1 Gesundheitsökonomische Aspekte zur Drogenabhängigkeit.....	24
3.2 Die Sozialwirtschaft und ihre Bezüge zu stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen ..	26
3.3 Relevante Aspekte des Sozialmarktes.....	28
3.4 Qualitätssicherung.....	30
3.4.1 Betriebswirtschaftliche Dimensionen von Qualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen.....	31
3.4.2 Zertifizierung.....	33
4. Therapeutische und medizinische Dimension.....	34
4.1 Aspekte relevanter psychotherapeutischer Ansätze.....	35
4.1.1 Integrative Therapie	36
4.1.2 Verhaltenstherapie.....	37
4.2 Einflüsse aus der Suchtmedizin und der Neurobiologie.....	39
4.3 Diagnostik	42
5. Herausforderungen und Problemfelder der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen.....	42
5.1 Ökonomische Probleme und Herausforderungen für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen.....	43
5.2 Besondere Problemaspekte zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen.....	48
6. Fazit.....	55
Abkürzungsverzeichnis.....	60
Literaturverzeichnis.....	61

Einleitung

Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen¹ ist als Teil des differenzierten Suchthilfessystems und als Teil des sozialversicherungsrechtlichen Rehabilitationssystems in Deutschland zu verstehen. Aus dieser doppelten Zuordnung ergeben sich sowohl förderliche als auch begrenzende Effekte für die Umsetzung der ausgewiesenen Ziele. Beide Versorgungssysteme haben eine lange und wechselvolle Geschichte, die allerdings in der vorliegenden Arbeit im Hintergrund bleibt. Aspekte, die im Kontext von Migration und Abhängigkeit stehen, werden hier ebenfalls nicht spezifiziert herausgearbeitet. Diese historisch und kulturell verorteten Themenkomplexe sind im Verlauf der Suchtforschung immer weiter differenziert worden und gehen über den Rahmen der hier vorgelegten Arbeit hinaus. Im Zentrum steht hier eine primär ökonomische und spezifisch auf die Rehabilitation bezogene Perspektive.

Um sich einer Analyse der aktuellen Problemlagen der stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen anzunähern, bedarf es einer Klärung der relevanten Einflüsse. Dabei liegen die Perspektiven auf den Dimensionen der Sozialpolitik, des Sozialrechts, der Medizin und Therapie und der Sozialökonomie. Diese sehr weit gefasste Ausgangsbasis dient der Untermauerung jener Problemaspekte, die sich aus dem Zusammenwirken der benannten Dimensionen ergeben. Die Darstellung der einzelnen Dimensionen begrenzt sich auf die, für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen bedeutsamen Aspekte. Auf eine vollständige Erfassung der gesamten rehabilitativen Drogenhilfe wird verzichtet, da der Fokus auf vollstationärer und rehabilitativer Intervention liegt. Zwar erfahren die ambulanten und ganztägig ambulanten Angebote derzeit innerhalb der Suchtrehabilitation eine deutliche Aufwertung, diese gehen jedoch von wesentlich anderen Grundvoraussetzungen auf Seiten der Klienten aus.

Zunächst stehen jedoch die wichtigsten Grundlagen zur Sucht, zur Rehabilitation und zur Sozialen Arbeit im Suchthilfessystem im Vordergrund. Die Position der Sozialen Arbeit in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen wird hierbei präzisiert und konkretisiert. Im weiteren Verlauf erfolgt eine Darstellung jener Determinanten, die aus politischer, sozialrechtlicher, sozialökonomischer, medizinisch - therapeutischer und damit auch sozialarbeiterischer Perspektive auf die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen wirken.

¹ Im Sinne einer besseren Lesbarkeit, beziehen sich alle personenbezogenen Begriffe auf beide Geschlechter.

Dabei widmet sich die Arbeit folgender Fragestellung: Welche Problemlagen ergeben sich für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen unter den Bedingungen des sich verschärfenden Kostendrucks auf dem Sozialmarkt?

Die sozialpolitischen und die sozialrechtlichen Aspekte sind Inhalt der ersten Dimension. Sie sind aufgrund ihres engen strukturellen Bezuges zusammen abgebildet. Eine explizite Trennung dieser Disziplinen könnte die Gefahr der Zergliederung von unmittelbar verbundenen Aspekten bergen. Die Gesetzgebung ist, unabhängig vom assoziierten Politikfeld, auch immer Ausdruck politischen Willens und Handelns und beeinflusst somit gesellschaftliche Realität. Die relevanten Aspekte der Sozialökonomie und des Sozialmanagements in Einrichtungen der stationären Drogenhilfe, werden auf der Grundlage von Politik und Recht, in der zweiten Dimension aufgezeigt. Auf der Ebene der theoretisch fundierten Praxis von Therapie und Intervention wird die dritte Dimension thematisiert. Aus diesen Rahmenbedingungen werden dann, die sich daraus ergebenden Herausforderungen und Problemstellungen extrahiert. Die Zielsetzung ist dabei nicht etwa der Anspruch auf Problemlösung oder Erklärung der bestehenden Verhältnisse, sondern es soll vielmehr eine rein deskriptive Übersicht über jene komplexen Strukturen gegeben werden, die die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen sowohl umgeben, als auch durchdringen. Dabei spielen vor allem praktisch, strukturelle Faktoren eine Rolle. Theoretische Hintergründe werden dabei nicht übersehen, jedoch werden diese in ihren Inhalten nicht explizit in Frage gestellt. Die aus dieser Deskription gewonnen Erkenntnisse könnten in einem weiterführenden Schritt zur Bildung neuer Hypothesen, neuer praktischer Ansätze oder zur Entwicklung von Strukturveränderungen hilfreich sein. Dies ist jedoch nicht der Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Im multifaktoriellen Bedingungsgefüge zur Genese von Drogenabhängigkeit hat die Soziale Arbeit als eigene Disziplin eine wichtige Position in der multiprofessionellen Arbeit mit dieser Klientengruppe. Die interdisziplinäre Übersicht zu den Problemlagen der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen ist für die Soziale Arbeit zur Differenzierung von möglichen strukturellen Kausalitäten gelingender und weniger gelingender Intervention nutzbar und soll Ansätze zur kritischen Reflexion bestehender Verhältnisse bieten. Gerade im Wissen um die prägenden Elemente eines Arbeitsfeldes, liegen wichtige Schutzfaktoren zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in diesem für die Praktiker überaus anspruchsvollen Feld.

1. Spezifische Grundlagen zur Sucht, Rehabilitation und der Sozialen Arbeit in diesem Feld

Begrenzt auf die für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen relevanten Aspekte gliedert sich dieses Kapitel zunächst in die Herleitung dessen, was heute als Sucht definiert wird. Die Begriffsbestimmung von Rehabilitation, Drogen und die spezifische Rolle der Sozialen Arbeit im Feld der Drogenarbeit und der stationären Rehabilitation schließen sich an. Um die Grundlagen abzurunden, folgt die Zusammenfassung dessen, was sie stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen beinhaltet und wie darin die Position und Kompetenz der Sozialen Arbeit zu bestimmen ist.

1.1 Begriffsbestimmung der Sucht

Festzuhalten ist, wenn es sich um die Grundlagen einer Ausführung zum Thema Sucht handelt, dass bis heute nicht abschließend geklärt ist, was oder wodurch die „Süchtigen“ im Grunde definiert sind. Ein physiologisches oder biologisches Korrelat, welches eindeutig der Sucht zuzuordnen wäre, ist bis heute nicht gefunden. Allerdings dominiert im Versuch der Bestimmung dessen, was Sucht ist, aktuell der naturwissenschaftliche Ansatz der Neurobiologie (vgl. Kap. 4.2). Das Paradigma der „süchtigen Persönlichkeit“, assoziiert mit sozialer, persönlicher oder gar „naturegegebener“ Dysfunktion, gehört der Vergangenheit an und wird aktuell durch das Modell ubiquitären Vorkommens von Sucht ersetzt (vgl. Lüdecke 2010, 29). Dabei wird süchtiges Verhalten auf immer weiteren und komplexeren Ebenen beschrieben. Die zunehmende Bedeutung von Verhaltenssuchten (Spiel-, Medien- oder Computersucht) ist hierfür bezeichnend. Ob sich deren Beschreibung von auffälligen Verhaltensweisen innerhalb der Suchtdefinition erhält, werden künftige Erkenntnisse zeigen. Für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen sind Verhaltenssuchte eher von sekundärer Bedeutung und tauchen meist als komorbide Störung auf. Fraglos bleiben die dysfunktionalen Verhaltensweisen auch heute noch ein fester Bestandteil der Symptome der Sucht. Allerdings entfällt sowohl die Zuordnung zu Eigenschaften der Persönlichkeit als auch zu den Symptomen unterschiedlich definierter Persönlichkeitsstörungen. Hier ist vielmehr von einer bestehenden Komorbidität auszugehen. Die Folgen von Sucht sind vielfältig. Soziale Verelendung, alltäglich verschleiertes, unentdecktes, aber vorhandenes Kompensieren von Stress in Hochleistungsfeldern, aber auch Risikofaktor für HIV und Hepatitisinfektionen und andere gesundheitliche Schäden seien hier beispielhaft genannt. Ist dies jedoch den konsumierten Stoffen anzulasten? Quasi dem My-

thos des „ersten Schusses“ als unumkehrbares Einfallstor für die Opiatsucht folgend? (vgl. Dollinger 2005, 8). Oder geht es vielmehr darum, den Umgang mit diesen Substanzen zu betrachten?

Die These der Sozialen Konstruktion von Sucht baut auf der historischen Analyse des Alkoholismus auf. War es im frühen Mittelalter noch durchaus anerkannt dem Wein in größtmöglicher Menge zuzusprechen, so rückte das Menschenbild des bescheidenen Körpers und des klaren Geistes im Calvinismus um 1550 immer mehr in das Zentrum der religiösen Weltanschauung (vgl. Nolte 2007, 48). Im Zuge dieser Veränderung kristallisierten sich erste Zuschreibungen von moralischer Verfehlung an abhängiges Verhalten und Rauschhaftigkeit heraus. Heute stellt sich die Sucht als ein von Pathologisierung (Sucht als Krankheit, vgl. Kap. 2.2) geprägtes, sozial bedrohliches und noch immer das Individuum stigmatisierendes Phänomen in der Leistungsgesellschaft dar. In der Transformation der Sozialen Konstruktion des Alkoholismus auf die Drogenabhängigkeit spiegelt sich die lange Geschichte des Morphinismus und des Opiumkonsums wieder. Soziale Konstruktion geht dabei von einer Implementierung von gesellschaftlicher Wirklichkeit durch Genese, Etablierung und Institutionalisierung gemeinsamer, tradierter Werte und Sichtweisen aus (vgl. Berger/ Luckmann 1980, 58). Eine Reduzierung der Bedeutsamkeit für die Gesellschaft, im Sinne eines sozial fixierten, unreflektierten Dogmas ergibt sich daraus keineswegs. Vielmehr erfährt die Bedeutung von abhängigem Verhalten, sowohl im medizinischen Bereich als auch in der sozialwissenschaftlich geprägten Perspektive auf individueller und gesellschaftlicher Ebene enorme Aufmerksamkeit. Dabei richtet sich der Blick des Individuums und der Gesellschaft primär problemorientiert, stigmatisierend und ablehnend auf das Profil der Sucht. Ein tieferliegendes Verständnis menschlichen Daseins in Bezug auf Ressourcen und Defiziten ist, gerade in der Perspektive auf Sucht, vorrangig in der Fachwelt und bei den Betroffenen zu finden. Diese auch heute noch durchaus gesellschaftlich geprägte Sicht auf Sucht und süchtiges Verhalten hat umfassende, belastende Auswirkungen auf das Selbstkonzept der Suchtkranken und wirkt ebenfalls auf die Einordnung der Suchthilfe in die Hierarchie der Hilfsangebote.

Unabhängig von der konstruktivistischen Perspektive ist eine Abhängigkeitserkrankung vor allem mit medizinisch, diagnostischen Kriterien assoziiert. Der zwangsähnliche Konsum von psychotropen Substanzen und die verminderte Kontrollfähigkeit über Konsumzeitpunkt und Konsummenge sind die ersten Befunde einer sich entwickelnden Abhängigkeit. Gebunden an die Substanz entstehen im weiteren Verlauf körperliche Entzugssyndrome in

mehr oder weniger ausgeprägter Form. Hier verläuft der diagnostische Übergang von schädlichem, risikohaftem Gebrauch von Suchtmitteln zum Vollbild der substanzgebundenen Abhängigkeit. Toleranzentwicklung und damit Steigerung der konsumierten Menge um die gewohnte Rauschwirkung zu erreichen mit zunehmender Vernachlässigung anderer Interessen bis hin zu kontinuierlichem Konsum mit sozialer Verelendung bilden meist die zerstörerischen Anschläge an zuvor gescheiterte Interventionen oder Selbstheilungsversuche (vgl. Bilke-Hentsch 2012, 2). Weiter differenzierende Aspekte der Sucht erschließen sich in den folgenden Kontexten und werden an den relevanten Stellen ausgeführt.

1.2 Die wichtigsten Grundlagen zur Rehabilitation

Der Begriff der Rehabilitation bezieht sich auf die Zielsetzung der Wiederherstellung von Teilhabe, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung aller Menschen in der Gesellschaft. Besonders angesprochen sind dabei jene Menschen die von Behinderung oder chronischer Erkrankung betroffen oder bedroht sind. Integration in die Erwerbstätigkeit und die selbstbestimmte Teilhabe am sozialen Kontext dienen in der Rehabilitation als Leitvorstellung zur Behebung der sichtbaren und erfassbaren Problemkategorien von Behinderung oder chronischer Erkrankung. Insgesamt ist das rehabilitative System in Deutschland durch eine heterogene Trägerlandschaft geprägt. Der Zugang erfolgt primär über die Beantragung von Rehabilitationsleistungen und wird im Rahmen der gesetzlichen Regelungen des SGB IX umgesetzt. Vorrangig sind die Renten- und Krankenversicherung Kostenträger der Rehabilitation. Jedoch auch Unfallversicherung oder kommunale Sozialhilfeträger kommen in den jeweils zu prüfenden Zuständigkeiten als Leistungsträger der Rehabilitation in Frage. Das Leistungsspektrum in der Suchtrehabilitation, welches sich aktuell hauptsächlich auf stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, Drogen und Medikamente) bezieht, wird jedoch primär von der Renten- und Krankenversicherung finanziert und reicht von ambulanten, ganztägig ambulanten bis zu vollstationären Maßnahmen.

Momentan erfährt die allgemeine Rehabilitation eine Modifikation ihres Grundverständnisses. Dies wird deutlich in der Umlenkung ihrer ehemals eher individuell defizitorientierten Ausrichtung auf einen teilhabeorientierten, gesellschaftsmodifizierenden Fokus. Diese rehabilitationsbezogene Grundlagendiskussion zielt auf eine strukturverändernde Akzeptanz von Behinderten oder chronisch erkrankten Menschen. Ausdruck dieses europaweit implizierten Umwälzungsprozesses ist die Anerkennung der ICF (International Classi-

fikation of Functioning, Disability and Health) als erweitertes Klassifikationsinstrument bestehender Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Diese weitreichende Gesellschaftsdebatte kann an dieser Stelle nicht vertieft werden, da sie sich im Schwerpunkt auf dem Sektor der Arbeit mit körper-, geistig oder seelisch behinderten Menschen profiliert und sich entlang der Themen der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit entfacht. Im Mittelpunkt dieser Diskussion steht die Implementierung des „persönlichen Budgets“. Als allgemeingültige Tendenz ist, jedoch auch im Zusammenhang mit der Rehabilitation von Drogenabhängigen eine Stärkung der Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit festzustellen, die im Spannungsverhältnis von Überforderung und Orientierungslosigkeit bei den Betroffenen steht. Für die Umsetzung der Ziele der allgemeinen Rehabilitation wird es vor dem Hintergrund der sich immer weiter ausdifferenzierenden gesellschaftlichen Lebenslagen in der Zukunft darum gehen, die Anforderungen und Angebote für die äußerst heterogenen Profile unterschiedlichster Rehabilitationsrichtungen bedarfsgerecht zu justieren.

Die Klienten der rehabilitativen Drogenarbeit werden im Sinne einer chronischen Erkrankung, damit als von Behinderung bedroht, der Rehabilitation zugeordnet. Die näheren sozialrechtlichen Bestimmungen werden in Kap. 2.3 intensiver betrachtet. Innerhalb der Suchthilfe dehnte sich das Spektrum der professionellen Versorgung durch Kurkliniken oder Sanatorien in der Entwicklung der Angebote auf ein Vielfaches an Professionen und Institutionen aus. Heute ist die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen lediglich ein Baustein einer umfassend konzipierten und differenzierten Suchthilfelandchaft. Den ambulant beratend tätigen Kontaktstellen kommt die oft schwierige Aufgabe zu, die Beziehung zu den Klienten zu stabilisieren und spezifische Angebote vorzuhalten. Neben der niederschweligen Überlebenshilfe, die der akzeptierenden Drogenhilfe zuzuordnen ist, stehen die Angebote zur Psychosozialen Begleitung von Substituierten, das große Feld der Prävention und die ambulante Therapie bzw. Nachsorge. Motivierende, einer stationären Maßnahme vorgelagerte Gruppenangebote als Voraussetzung für die Kostenübernahme gehören ebenfalls zur Angebotsstruktur der ambulant tätigen Drogenberatungsstellen.

1.3 Illegale Drogen

Zur Definition dessen, was Drogen sind, kann aus unterschiedlichen Perspektiven heraus argumentiert werden. In meist synonymem Gebrauch tauchen Begriffe wie psychotrope

Substanzen, Stimulanzien, Betäubungsmittel, legale und illegale Drogen und Suchtmittel bzw. Genussmittel auf. Als Arzneimittel wurde der Begriff der Droge in der Pharmazie auf wirksame getrocknete Pflanzenprodukte angewendet. Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen impliziert der Begriff der Droge allerdings hauptsächlich jene Substanzen, die in der Anlage des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgelistet sind. Die hier gewählte Definition geht von folgender Festlegung aus.

„Drogen in diesem Zusammenhang sind alle Stoffe, Mittel, Substanzen, die aufgrund ihrer chemischen Natur Strukturen oder Funktionen im lebenden Organismus verändern, wobei sich die Veränderungen insbesondere in den Sinnesempfindungen, in der Stimmungslage, im Bewusstsein oder anderen psychischen Bereichen oder im Verhalten bemerkbar machen.“ (Scheerer et al. 1989, 5 ff.).

Eine im BtMG bestimmte Gruppe dieser Substanzen unterliegt einem gesetzlichen Verbot von Handel und Besitz und wird unter dem Begriff der illegalen Drogen erfasst. §1 BtMG verweist auf die Anlagen I-III, in der sämtliche, als illegal definierten Substanzen erfasst sind. Die vor allem pharmakologisch relevante Methode der Klassifizierung in nicht verkehrsfähige, verkehrsfähige aber nicht verschreibungsfähige und verkehrsfähige und verschreibungsfähige Betäubungsmittel muss hier nicht vertieft werden. Bedeutsam ist in der Praxis der Rehabilitation vor allem die Strafbewehrung des Besitzes oder des Handels mit diesen Substanzen. Konkret betrifft dieses Heroin, Kokain, Amphetamin, Cannabis, synthetische Substanzen wie Ecstasy oder Speed, Spice oder Crystal, u.v.a.m. Darüber hinaus tauchen auf dem Markt stets neue, meist synthetisch hergestellte Stoffe auf, deren Langzeitschäden bzw. -wirkungen zu diesem Zeitpunkt nicht abzusehen sind. Als problematisch wird diese Entwicklung vor allem dahingehend thematisiert, dass diese neuen Drogen die gesetzliche Repression über die zuvor notwendige Erfassung im BtMG unterlaufen. Die Repression, welche primär das Ziel der Angebotsreduzierung auf dem Markt für illegale Drogen verfolgt, ist steter Gegenstand fachlicher Diskussion und wird weiter unten erneut betrachtet.

Nicht nur im Zusammenhang mit der Repression ist die Definition und das Wissen zu unterschiedlichen Substanzen und Substanzgruppen relevant. Auch zur Bestimmung und Entstehung der individuellen Konsummuster ist eine Aufschlüsselung hinsichtlich der Wirkung und Menge notwendig. Im Falle einer Mehrfachabhängigkeit (Polytoxikomanie) wird von einem, an die Verfügbarkeit von unterschiedlichen Substanzen gebundenen, Konsummuster ausgegangen. Alkohol oder Benzodiazepine dienen hier durchaus als Möglichkeit zur Überbrückung bis zur nächsten Verfügbarkeit des eigentlichen Suchtmittels. So konsti-

tuiert sich ein mitunter chaotisches, wahlloses Konsumverhalten mit riskanten Wechselwirkungen. Das Risiko der Letalität bei Mischkonsum ist dabei deutlich erhöht (vgl. Scherbaum 2012, 205). Sowohl die somatischen als auch die psychosozialen Folgen der Polytoxikomanie sind sehr komplex und eine umfassende Versorgung in einem multiprofessionellen Team ist unerlässlich. Die Fragestellung, ob gerade die politisch lancierte Angebotsminimierung eine Begünstigung für die Entwicklung einer Polytoxikomanie bedeutet, wird hier nicht ausführlich diskutiert. Praktische Erfahrungen aus den Modellprojekten der diamorphingestützten Vergabe oder der Substitutionsbehandlung könnten hierzu in der Zukunft wegweisende Erkenntnisse liefern. Allerdings sind die gesetzlichen und strukturellen Hürden zur kontinuierlichen Teilnahme an diesen Behandlungsformen hoch, vom Gesetzgeber als kontrollierend und im Falle der medikamentösen Substitution langfristig abstinenzorientiert, also ausstiegsorientiert, angelegt (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011, 64). In gleicher Weise bedarf die Problematik des Beikonsums und des Umgangs damit im Rahmen der Substitutionsbehandlung an dieser Stelle eine neue Reflexion. Diese Zusammenhänge überschreiten jedoch den gesteckten Rahmen der vorliegenden Arbeit, da Substitution zu diesem Zeitpunkt noch ein primär ambulant angelegtes Angebot ist (vgl. Barth 2011, 297). Allerdings gibt es in spezifischen Konzepten der stationären Rehabilitation durchaus substituionsgestützte Angebote. Jene Aspekte werden in Kap. 4.2 näher benannt.

1.4 Die Soziale Arbeit in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen

Die herausragende Position der Sozialarbeit ist in der gesamten Drogenhilfe nicht in Frage zu stellen. Eines der klassischen Felder praktischer Sozialer Arbeit sind die fachlichen Bezüge zur Genese und Bekämpfung des sozialen Problems der Abhängigkeit und ihrer Folgen. Die differenzierte, konzeptionelle Bandbreite deutscher Drogenhilfe reicht von der gut ausgebauten Prävention bis hin zu aufsuchender Sozialer Arbeit im Rahmen von Streetwork und mobiler medizinischer Minimalversorgung im Sinne der Überlebenshilfe. Vor allem der Anteil der niederschweligen Drogenhilfe wird von Sozialarbeitern in Form von Beratung oder materieller und sozialer Überlebenshilfe geleistet. Auf der Basis von sowohl akzeptanzorientierten als auch abstinenzorientierten konzeptionellen Ansätzen wird das Ziel der gesellschaftlichen Inklusion auf allen erreichbaren Ebenen angestrebt. Gerade in der Drogenhilfe wird die Ambivalenz aus Hilfe und Kontrolle besonders evident, da neben der Prävention, Beratung und Behandlung die in der europäischen und deutschen Drogenpolitik verankerte Repression steht. Dies führt dazu, dass die Anforderungen an eine trag-

fähige Arbeitsbeziehung zum Klienten außerordentlich hoch sind. Vertrauen und Parteilichkeit als weitreichende Grundlage im Kontext von Strafverfolgung und Illegalität umzusetzen, dies maßvoll dem Klientenwohl dienend zum Einsatz zu bringen und dabei die Interessen der beteiligten Akteure in der Balance zu halten, ist das Kernstück sozialarbeiterischer Kompetenz in der Drogenhilfe.

Neben medizinischer und arbeitstherapeutischer Betreuung ist die psychotherapeutische Behandlung tragendes Element eines umfassenden rehabilitativen Behandlungskonzeptes, welches sich am bio- psycho- sozialen Modell menschlichen Daseins orientieren will. Auf der Grundlage einer fundierten sozialarbeitswissenschaftlichen Ausbildung kann die Befähigung zur therapeutischen Intervention über Weiterbildung erworben werden. Um in der professionstheoretischen Differenzierung zwischen psychologischer Therapie und sozialarbeiterischer Profilierung eine schärfere Trennung zu ermitteln, müssen die jeweils ureigenen Merkmale der gegenübergestellten Disziplinen herausgearbeitet werden. Dies bedeutet in allerletzter Konsequenz allerdings keine Distanzierung der Professionen, sondern zielt auf eine in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen unbedingt notwendige Interdisziplinarität ab. Wo Psychotherapie auf individuelle, intrapsychische Prozesse fokussiert, kann Soziale Arbeit auf die ebenfalls sozialökologische Bedingtheit von Lebenslagen hinweisen. Im Bemühen der Sozialen Arbeit um das Verständnis von klientspezifischem Alltagshandeln, bieten die unterschiedlichen Schulen psychotherapeutischer Ansätze handlungsleitende Erkenntnisse. Während sich Soziale Arbeit um gesellschaftliche Integration bemüht, legt die Psychotherapie ihr Augenmerk vor allem auf die personale Integration fragmentierter Persönlichkeitsanteile (vgl. Schneider/ Heidenreich 2011, 1661 ff.). In dieser übersichtsartig angelegten Zusammenfassung stellen sich die synergetischen Chancen und Möglichkeiten der Interdisziplinarität zwischen Sozialer Arbeit und Psychotherapie idealtypisch dar. In der praktischen Umsetzung erfährt die Soziale Arbeit jedoch auch im Kontext der stationären Drogenhilfe noch immer eine hinter Psychologie und Medizin zurückstehende Positionierung, obwohl etwa ein Drittel der therapeutischen Stellen durch Sozialarbeiter besetzt ist (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 95). Dies drückt sich in tariflich unterschiedlich definierten Gehältern und durch extern konzeptionierte, einrichtungsspezifisch ausgehandelte und durch den Rentenversicherer kontrollierte Strukturen der betrieblichen Organisation von Einrichtungen stationärer Rehabilitation von Drogenabhängigen aus (vgl. DRVc 2011, 16). Diese Aspekte wurzeln in einem eher hierarchischen Verständnis darüber, was die multifaktoriale Genese und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen betrifft und drücken sich konkret in rahmenkonzeptionellen Vorstel-

lungen der betriebswirtschaftlichen Normierung durch den Rentenversicherer aus (a.a.O.).

2. Sozialpolitische und sozialrechtliche Dimension

Sozialpolitische und sozialrechtliche Inhalte sind stets eng miteinander verbunden. Das Sozialrecht dient primär der sozialen Sicherung allgemeiner Lebensrisiken. Krankheit, Behinderung, Unfall, Alter oder Arbeitslosigkeit und der Schutz der Jugend sind Inhalte (policy)², für die das Sozialrecht auch im europäischen Kontext als „Garant“ für sozialen Frieden und soziale Gerechtigkeit steht und stehen soll. Die Rahmenbedingungen zur Verwirklichung des Sozialrechts legt die Sozialpolitik fest. Damit beeinflusst Sozialpolitik auf allen Ebenen und ebenso im übergeordneten europäischen und weltweiten Bezug, die Ausgestaltung und Zielführung sozialrechtlicher Praxis. Diese gegenseitige Determination beider Disziplinen ermöglicht die Erfassung der politischen und sozialrechtlichen Einflüsse auf die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen in einer Dimension.

Mittlerweile greift der sozialrechtliche „Arm des Gesetzes“ tief in die darunterliegenden Ebenen des Sozialmanagements der Fürsorgepraxis ein. Dies hat direkte Auswirkungen in der Gestaltung der rehabilitativen Praxis (vgl. Kap. 3). Die Institution der stationären medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen unterliegt dabei einer Vielfalt von relevanten sozialpolitischen und sozialrechtlichen Einflüssen, die Gegenstand dieses Kapitels sind. Als Hinführung und Grundlegung zur drogen- und suchtbefugenen Sozialpolitik steht zunächst die Epidemiologie der Abhängigkeit von illegalen Drogen im Mittelpunkt. Daran schließt sich die Darstellung der aktuellen Strukturen der deutschen Sucht- und Drogenpolitik an. Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen ist als personenbezogene soziale Dienstleistung der gesundheitsorientierten und damit immanent den sozialen Versorgungsstrukturen zuzuordnen (vgl. Bellermann 2008, 87). Das SGB IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen und dient anderen Gesetzbüchern als Verweisungsgrundlage zur Durchführung der Rehabilitation (vgl. Kap. 2.3). Die oft schwierige Trennschärfe von gesundheits-, ordnungs- oder kriminalpolitischen Prägungen im Feld der Sucht- und Drogenpolitik führt zu einer heterogenen Struktur des Zusammenhangs. Dies ist ein signifikantes Merkmal des staatlich regulierten Umgangs mit Betäubungsmitteln und determiniert damit auch die Praxis der stationären

2 Die Unterscheidung aus Policy (Inhalt, Aufgaben und Ziele, Programme), Polity (Normen, Institutionen, politische Formen) und Politics (Prozesse der Durchsetzung, Konflikte, Konsens) bilden die Dimensionen der Politik ab (vgl Böhret / Jann 1988,3ff.). Dies stellt einen Versuch der Strukturierung des Politikbegriffes dar (vgl. Langer 2009, 10).

Rehabilitation. Das Ziel dieses Kapitels ist es dieses komplexe Geflecht hinsichtlich der bedeutsamsten Aspekte zu erfassen. Eine vollständige Analyse kann an dieser Stelle nicht geleistet werden.

2.1 Epidemiologie des gesellschaftlichen Drogenkonsums

Die Epidemiologie stellt die Basis für sowohl politische als auch forschungsrelevante Perspektiven dar. Durch die Beobachtung des Konsumverhaltens und die Erhebung der polizeilich beschlagnahmten Mengen von illegalen Drogen, einschließlich der zugehörigen Kriminalitätsstatistiken kann die Relevanz des gesellschaftlichen Drogenkonsums nicht in absoluten Größen dargestellt werden, sondern begrenzt sich vor allem auf eine Vergleichsanalyse der erhobenen Werte.

Zur Bemessung und epidemiologischen Bestimmung der gesellschaftlichen Verbreitung von Drogenabhängigkeit, werden in der Bundesrepublik Deutschland und auch auf europäischer Ebene jährlich quantitative Daten erfasst. Diese Datengrundlage dient der Verlaufsanalyse des Konsumverhaltens in der Bevölkerung. Aktuell steht vor allem der Cannabiskonsum und die Entwicklung der neuen synthetischen Drogen im Fokus deutscher Drogen- und Suchtpolitik. Dies sind vor allem jugendkulturell verortete Suchtmittel und der größte Teil der jungen Konsumenten kann im Rahmen von jugendlichem Experimentierverhalten gesehen werden. Die Gruppe der Konsumenten, welche ein manifestes Suchtverhalten entwickelt, kann bislang nur über spezifische statistische Datenerhebungen in eine Verhältnismäßigkeit zu sämtlichen Konsumenten von Drogen und/oder Alkohol gesetzt werden. Für den Erhebungszeitraum 2009 veröffentlichte die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht auf der Basis des Epidemiologischen Suchtsurveys (ESA) einen Minimalschätzwert zur 12-Monats-Prävalenz für illegale Drogen für die Altersgruppe aller 18 - 64 jährigen. Demnach konsumierten in Deutschland 2.638.000 Personen in irgendeiner Weise eine als illegal einzuordnende Droge (vgl. Pfeiffer- Gerschel [u.a.] 2011, 39). Dieser Schätzwert ist nicht zur Erfassung der Zielgruppe für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen geeignet, da in der oben genannten Berechnung auch alle episodischen Konsumformen enthalten sind. Somit fließen hier auch alle Erstkonsumenten von Cannabis und Ecstasy, die im jugendkulturellen Kontext den Umgang mit Drogen erproben, ein. Zur weiteren Eingrenzung der Personengruppe, die illegale Drogen konsumiert, wird im Epidemiologischen Suchtsurvey nach Substanzgruppen unterschieden. Trotz der fraglichen Repräsentativität für die Grundgesamtheit der deutschspra-

chigen Bevölkerung zwischen 18 und 64 Jahren ist dieses Erhebungsinstrument als Datenbasis zur Beurteilung des Konsumverhaltens von illegalen Drogen in Deutschland nutzbar, da auf diese Weise Indizien und Hinweise zur Gestaltung künftiger politischer Maßnahmen ermittelt werden können. Sowohl in der Begrenzung auf nur deutschsprachige Interviewpartner als auch durch unterschiedliche Befragungsmodi (postalisch, telefonisch oder online) können Gründe für Abweichungen zum tatsächlichen Konsumverhalten in der Bevölkerung liegen. Dies sollte in der Festlegung politischer Strategien durch die fachliche Expertise der Praxis ergänzt und ausgeglichen werden. Dadurch könnte ein Schritt in die Richtung bedarfsgerechter Versorgung gegangen werden. Dieser Aspekt taucht jedoch in der Erfassung der Problemdimensionen nochmals differenzierter auf.

Durch Mischkonsum von multiplen Substanzen und Mehrfachnennungen entstehen möglicherweise ebenfalls Verzerrungen. Ausdrücklich weisen die Autoren des Studiendesigns auf das proportional höhere Bildungsniveau der Studienteilnehmer und Rücksender der Fragebögen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung hin (vgl. Kraus / Papst 2010, 324). Dieser Umstand beeinflusst zusätzlich die exakte Abbildung des realen Konsums bzw. die Erfassung jener Konsumenten die ein manifestes Abhängigkeitssyndrom entwickelt haben. Zum Konsum von illegalen Drogen unter Ausschluss von Cannabis geben 1,3% der Befragten des ESA 2009 zur 12- Monatsprävalenz eine bestätigende Antwort (N= 8030), wobei der Altersschwerpunkt zwischen 18-24 Jahren liegt (vgl. Kraus [u.a.] 2010, 4) . Dem Bericht der Deutschen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) (vgl. Pfeiffer- Gerschel [u.a.] 2011, 41) zufolge, stellt dies keine nennenswerte Steigerung zum Erhebungszeitraum von 2006 dar. Der Drogenbericht der Bundesregierung aus 2012 liefert, ebenso auf der Basis des ESA 2009, die Einschätzung, dass etwa 200.000 Personen risikohaften Konsum von illegalen Drogen betreiben (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b , 26).

Um konkretere Zahlen zu gewinnen, die ihrerseits ebenfalls kein Abbild der Verbreitung von manifesten Abhängigkeitssyndromen im Bereich der illegalen Drogen darstellen, sondern vielmehr auf die stationäre Intervention fokussieren, wird in der Bundesrepublik Deutschland die jährliche Suchthilfestatistik erhoben (vgl. Steppan / Künzel / Pfeiffer- Gerschel 2010,1-68). Von 436 Facheinrichtungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland nahmen im Jahre 2010 189 Einrichtungen an der Erhebung teil. Diese wiesen 44.872 behandelte Klienten aus. In dieser Summe sind allerdings neben dem Konsum von illegalen Drogen auch Alkohol und pathologisches Glücksspiel erfasst. Dabei stellt dieser Wert einen

Indikator von 48,4 % bezogen auf alle Einrichtungen der stationären Suchtkrankenhilfe in Deutschland dar. In der Gewichtung des Konsumverhaltens jener Klienten, die die Therapie beendet haben, steht an erster Stelle der Alkoholismus mit 75% (29.523) der behandelten Patienten. Gefolgt von 9% primär Opiatabhängigen (3.243), 6% primär Cannabisabhängigen (2.156) und ca. 8% in der Verteilung auf primär Kokain und Stimulanzen (MDMA, Amphetamine, Ephedrin, Ritalin etc.) mit 1.375 Klienten. Die diagnostische Grundlage dieser Einordnungen erfolgte nach den Kategorien des ICD-10. In absoluten Zahlen entspricht dies einer Gesamtsumme von 6774 Patienten (Opiate, Cannabis, Kokain und Stimulanzen), die in den teilnehmenden Einrichtungen in Deutschland behandelt wurden (vgl. a.a.O.). Zur weiteren Bestimmung dieser Personengruppe kann die Anzahl der beendeten Therapien herangezogen werden, die von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) ermittelt wurden. Im Berichtsjahr 2011 weist die DRV 9700 (davon 8089 Männer) abgeschlossene stationäre Behandlungen für primär Drogenabhängigkeit und 4680 (davon 3992 Männer) abgeschlossene stationäre Behandlungen bei Mehrfachabhängigkeit aus (vgl. DRV 2012a, 174-182). Ein weiterer Indikator zur Eingrenzung der Klientengruppe stationärer Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit ist eine Teilerhebung des Statistischen Bundesamtes. Alle Einrichtungen der Vorsorge und Rehabilitation mit einer Bettenzahl von über 100 Betten sind auskunftspflichtig bezüglich der Diagnosen der von ihnen behandelten Klienten. Im Jahre 2010 wurden in diesen großen Einrichtungen 2268 Klienten im Rahmen einer Vorsorge- oder Rehabilitationsbehandlung vollstationär versorgt (vgl. DESTATIS 2011, 7). Als aussagekräftigste Datengrundlage zur Erfassung der Klienten der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigkeit können die Statistiken der Deutschen Rentenversicherung und die Suchthilfestatistik bewertet werden. In der jährlichen Veröffentlichung des Drogen- und Suchtberichtes der Drogenbeauftragten der Bundesregierung wird allerdings die politische Bedeutung der Datenerhebungen die aus dem ESA zu entnehmen sind sichtbar. Projekte, suchtmittelspezifische Aufklärung oder Beobachtung der Konsumformen beziehen sich zum größten Teil auf diese Grundlagen und prägen so die politische Strategie zum Umgang mit illegalen Drogen. Für den politischen Hintergrund der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen hat dies die Folge, dass die reale Bedarfslage nicht im Feld der real verbreiteten Abhängigkeit von illegalen Drogen zu bestimmen ist, sondern sich nur über die retrospektiv erfasste Nachfrage von Rehabilitationsleistungen darstellt. Dies ist vor allem auch im Kontext der administrativ geprägten Zugangsstrukturen, die eine erschwerte und langwierige Zugänglichkeit für die Klienten bedeutet, zu sehen.

2.2 Drogen- und Suchtpolitik

In der nationalen Strategie zur Drogen- und Suchtpolitik vom 15.02. 2012 positioniert sich die Bundesregierung durch die Drogenbeauftragte und das Gesundheitsministerium (policy) zu den Fragen des Umgangs mit illegalen Drogen, dem Handel damit und der Versorgung von Abhängigkeitserkrankten. Dort sind die vier Ebenen der Drogen- und Suchtpolitik als Prävention, Beratung und Behandlung mit Hilfen zum Ausstieg, Maßnahmen zur Schadensminimierung und die Repression genannt (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung, 2012a) (policy). Als Maßnahmen zur Schadensminimierung sind sämtliche akzeptanzorientierten Angebote der niederschweligen Drogenarbeit wie z.B. Drogenkonsumräume, Spriztentausch und Versorgung mit Hygieneartikeln zu verstehen.

Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen ist dem programmatischen Inhalt der Beratung und Behandlung zuzuordnen. Aus gesundheits- und sozialpolitischer Perspektive wird hier die sozialstaatlich begründete und sozialrechtlich strukturierte Aufgabe der Versorgung von chronisch Erkrankten umgesetzt. Der Status von chronisch Erkrankten wird im Falle der Drogenabhängigkeit von differenzierten sozialrechtlichen Bestimmungen definiert (vgl. Kap 2.3).

Bereits im Titel der oben genannten Strategie wird deutlich, dass die politische Landschaft, welche die Drogenhilfe im Allgemeinen und die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängige im Speziellen umgibt, zum einen aus der Drogenpolitik und zum anderen aus der Suchtpolitik besteht. Durchaus sind diese Anteile nicht quasi „automatisch“ der sozialpolitischen Grundorientierung zuzuordnen.

Im Feld der Drogenpolitik steht die programmatische Zielsetzung (policy) der Angebotsminimierung und der Repression von Drogendelikten im Zentrum. Der Aspekt des Erhaltes der Volksgesundheit wird dabei auffälligerweise von der Drogenpolitik rezipiert, während sich doch vor allem die Suchtpolitik um gesundheitlich orientierte Inhalte bemüht. Im Falle der Drogenpolitik zeigen sich die zur Anwendung kommenden Formen durch das BtMG und der daraus resultierenden Strafverfolgung durch die Institution der Polizei und Justiz (policy). Der strafrechtlich reglementierte Umgang mit Betäubungsmitteln, vor allem mit Opiaten, geht weit in die Historie zurück. Für Deutschland wurde die Grundlage zur staatlichen Kontrolle über jene spezifischen Substanzen und ihren Konsumenten in den Opiumkonferenzen Anfang des 20. Jahrhunderts gelegt. Zu diesem Zeitpunkt waren allerdings volkswirtschaftliche Prämissen zum Schutze der 1914 weit ausgebauten Produktion von pharmazeutisch genutzten Alkaloiden relevant (vgl. Scheerer 1982, 41). Auf die weiteren

historischen Entwicklungen wird hier, gemäß dem thematisch gesteckten Rahmen, nicht eingegangen. Allerdings bleibt auch heute noch der immer wieder diskutierte Aspekt, dass sich der Vollzug und die Umsetzung des BtMG als Instrument zur Monopolisierung pharmazeutischer und medizinischer Interessen bestätigt habe, im Raum (vgl. Jungblut 2004, 55). Festzuhalten bleibt, dass das BtMG in seiner Doppelfunktion als politisches Kontrollinstrument und Nebenstrafrecht, einschließlich eines auf Therapie verweisenden Passus (§35 BtMG Zurückstellung des Strafvollzuges), die durchgängig prohibitive Zielsetzung deutsche Drogenpolitik zum Ausdruck bringt. Dahinter stehen die gesellschaftlich und politisch etablierten Werte der normkonformen Lebensführung und vor allem der eigenverantwortlichen Problem- und Lebensbewältigung. Auf der Basis des Modells zur Entstehung von Drogensucht, nachdem auch die Verfügbarkeit von Drogen als kausal eingestuft wird, legitimiert sich die Kontrolle über Konsumenten und jene Substanzen, die in der Anlage des BtMG erfasst sind, nochmals neu. Der Erhalt der Volksgesundheit und den Schutz der Jugend vor psychotropen Substanzen dient als Maxime der hierfür einstehenden politischen Akteure. Beleuchtet man jedoch die kriminalstatistischen Ergebnisse, die eine erhoffte Wirkung des BtMG belegen könnten, so ergibt sich ein ernüchterndes Resultat. Wie oben dargestellt zeigen sich die Konsumentenzahlen von illegalen Drogen, lediglich auf der Basis von Schätzungen, als bloß stabil. Wobei sich die geschmuggelten Mengen kontinuierlich erhöhen. Dies betrifft im Schwerpunkt Cannabis, kristallines Methamphetamin und die sich neu verbreitende Droge Khat (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b, 35).

Im Feld der Drogenabhängigkeit, analysiert man es einmal aus politischer Sicht, liegen demzufolge zwei unterschiedlich angelegte spezifische Politikfelder nebeneinander, die jeweils einen abgetrennten Gegenstand für sich beanspruchen und dabei fast symbiotisch verbunden bleiben. In der Verschränkung aus versorgungsorientierter Suchtpolitik und prohibitionsorientierter, repressiver, kriminalisierender Drogenpolitik liegen die kausalen Zusammenhänge, für eine Steigerung der Komplexität im Behandlungssetting der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen, bzw. des gesamten Suchthilfesystems. Im Ergebnis dieser Strukturen entstehen dabei eben nicht nur die Folgen der Abhängigkeit an sich, sondern die psychosozialen Folgen aus Inhaftierungen oder Strafverfolgung kommen erschwerend zu den ohnehin ressourcenintensiven Behandlungsanforderungen hinzu. Hier ist eine auch durchaus ökonomisch geprägte, sozialwissenschaftlich fundierte wissenschaftliche Prüfung der in Deutschland angewandten Prohibition seit langen Jahren indiziert.

Fokussiert man innerhalb des Suchthilfesystems auf die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen wird aufgrund der Zuordnung zum Rehabilitationssystem deutlich, dass der sozialpolitisch fundierte Anteil der Drogenproblematik über die Bereitstellung von personenbezogenen Dienstleistungen von fachlich qualifizierten Professionen bewerkstelligt werden soll. Der Zugang zu diesen Dienstleistungen ist über sozialrechtliche Strukturen, die sich über politische Steuerung verwirklichen, festgelegt. Sozialpolitische Steuerung steht vor dem Hintergrund des seit den 90er Jahren in Deutschland angestrebten Umbaus des Sozialstaates, der vor allem die Kostenminimierung sämtlicher Sozialausgaben anvisiert (vgl. Kap.3). Neben gesetzlich fundierten Regularien zur Behandlung von Drogenabhängigkeit, stehen Präventionsprojekte und Internetberatungen als politisch geförderte Maßnahmen und Form der Umsetzung suchtpolitischer Ziele. Auf den großen Bereich der Suchtprävention, welche sich im Spannungsfeld der spezifischen oder gesamtgesellschaftlichen Prävention bewegt, wird hier nur übersichtsartig eingegangen. Zusammenfassend sei angemerkt, dass die Prävention größtmögliche Aufmerksamkeit erfährt. Das sowohl suchtpolitisch als auch drogenpolitisch erklärte idealtypische Ziel maximaler Minimierung jeglicher Suchtproblematiken ist seit Ende der 60er Jahre die gemeinsame politische Programmatik. Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen steht, wie oben ausgeführt, über den §35 BtMG als Spezialprävention des kriminologischen Feldes im Kontext der politischen Praxis. Mit der Zurückstellung von Strafe bei Antritt einer Therapie findet ein Versuch zur Überbrückung der in der Struktur angelegten Ambivalenz aus Strafverfolgung und Krankheitsstatus statt. Das Individuum erhält so die Chance aus der justiziellen Repression bei sozialrechtlich anerkannter Erkrankung (vgl. Kap. 2.2) herauszukommen. Die spezifische Fachdiskussion zu der Frage, ob es sich hier um Zwangstherapie oder um eine reale Chance zum Ausstieg aus dem Konsum handelt, kann an dieser Stelle nicht vertieft werden. In der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen wird diese Thematik hinsichtlich der Einschätzung der Motivationslage jener Klienten die durch die Regelung des §35 BtMG die Therapie antreten evident (vgl. Kap. 4). An dieser Stelle rücken vor allem die Interessen der deutschen Suchtpolitik in den Fokus. Durch präventive Aufklärung soll es erst gar nicht so weit kommen, dass Sucht in irgendeiner Weise entsteht. Suchtmittlespezifisch konzeptioniert in Schulen, Internet, Betrieben und öffentlichen Infoveranstaltungen sollen vor allem Jugendliche und Kinder durch Edukation über die Risiken informiert und damit auch abgeschreckt werden. Prävention kann jedoch auch im Konzept der frühzeitigen Intervention gesehen werden um bei bestehendem Risikoverhalten bleibende oder sich verstärkende Schäden zu vermeiden. Das Paradigma der Präven-

tion auf allen Ebenen dient hier sowohl der Zusammenführung der sozialpolitischen als auch der repressiven und kulturellen Leitvorstellungen. Allerdings geschieht dies unter Nichtbeachtung des Wissens darum, dass tiefliegende sozialstrukturelle Kausalitäten, gerade im Kontext von illegalen Drogen, für das Entstehen und Persistieren von Drogenabhängigkeit primär verantwortlich sind. Diese Kausalitäten sind allerdings nicht über massenpräventive, lediglich politisch repräsentative Programme zu erreichen.

Auch der Aspekt der Sucht im Alter rückt aktuell in den Fokus deutscher Suchtpolitik. Unter dieser Perspektive soll die Unterstützung von alternden Suchtmittelabhängigen vorangetrieben werden. Dieser Aspekt trifft durchaus auch auf die Versorgung älter werdender Abhängiger von illegalen Drogen zu. Hier sollen zukünftig Lücken geschlossen werden.

Beleuchtet man den Prozess (politics), über den sich deutsche Drogen- und Suchtpolitik verwirklicht, so kann festgehalten werden, dass sich der Konsens, sich mit der Verschränkung aus Strafverfolgung und Therapieangeboten abzufinden, in ganz Europa etabliert hat. Da Drogenhandel und die kriminalistische Verfolgung der Handelswege für jede Nation ein grenzüberschreitendes Problem darstellt, sind in der Vergangenheit Kooperationen und gemeinsame Strategie entwickelt worden. Die Horizontale Gruppe Drogen, ein Arbeitskreis aus Regierungsvertretern aller Mitgliedsstaaten der EU, evaluiert aktuell den EU- Drogenaktionsplan aus 2009- 2012 (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2012b, 153). Des Weiteren festigen sich die Grundlagen zur Vertiefung eines Dialogs mit Osteuropa, Zentralasien und Lateinamerika. Aus diesem kurzen Blick über den nationalen Tellerrand Deutschlands hinaus wird deutlich, dass die Prozesse (politics) in einen Kontext aus europäischem und internationalem Dialog und Konsens integriert sind. Hauptproblem im europäischen Kontext sind aktuell die neu auf dem Drogenmarkt etablierten synthetischen psychotropen Drogen, welche die Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetze systematisch unterlaufen und in Form von Badesalzen oder Kräutermischungen auf den Markt kommen. Abschließend wird nochmals auf die hier verkürzte Darstellung des Feldes der Sucht- und Drogenpolitik hingewiesen. Es sollte lediglich ein zusammengefasster Hintergrund zu den Bezugspunkten der deutschen politischen Gestaltung geliefert werden. Deutlich konkreter wird der Blick in das spezifische Sozialrecht ausfallen. Dieser Blick ist ebenfalls vor den Einflüssen sozialpolitischer Grundhaltungen zu begreifen auf die an den relevanten Stellen verwiesen wird.

2.3 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen

Die in Kap.1.2 eingeleiteten Grundzüge der Rehabilitation werden im Folgenden durch die konkreten sozialrechtlichen Bezüge ergänzt. Darüber hinaus werden erste Berührungspunkte zu den in Kap.3 entwickelten sozialökonomischen Inhalten dargestellt. Schon durch die Gliederung des Zusammenhanges in dieser Arbeit, wird deutlich wie sich die vermittelnde Rolle der Sozialgesetzgebung, in diesem Fall ergänzt durch das Betäubungsmittelgesetz, passgenau in die übergeordneten Inhalte und Programmatiken von Sozial-, Drogen- und Sucht-, Gesundheits-, Kriminal- und Finanzpolitik fügen. Sowohl in der ökonomischen als auch in der fachlich ausgestalteten Praxis liegt der äußere Rand dieses Wirk- und Einflussgeflechtes in welchem die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen positioniert ist.

Mit der Anerkennung des Alkoholismus als „Krankheit“ legte die WHO im Jahre 1952 eine weltweite Grundlage für den Zugang zu gesundheitspolitisch etablierten und sozialrechtlich implementierten Suchthilfeangeboten der Mitgliederstaaten. Erst im Jahre 1968 übernahm das Bundessozialgericht in einem Urteil diese Einordnung³ und kanalisierte damit den Zugang zu rehabilitativen Interventionen für Suchtkranke auch in Deutschland. Eine abschließende Definition eines allgemeinen Krankheitsbegriffes, auf dem diese Zuordnung aufbauen könnte, liegt allerdings nicht vor. Diese Lücke soll durch die von der WHO gegenübergestellte Definition von Gesundheit geschlossen werden:

„Gesundheit ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes ist eines der Grundrechte eines jeden Menschen ohne Unterschied der Rasse, der Religion, des politischen Bekenntnisses, der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“
(Deppe 2009, 9).

Sozialrechtlich bildet seit 2001 eine Erweiterung des oben genannten Gesundheitsbegriffes die konzeptionelle Grundlage für das deutsche Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) (vgl. Kap 1.2). Der von der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) geprägte Begriff der funktionalen Gesundheit (vgl. WHO 2005, 4) bezieht neben dem bestmöglichen Befinden des Individuums alle relevanten Funktionen des Menschen zur umfassenden Teilhabe an allen Lebensbereichen ein. Mit dem Terminus der funktionalen Gesundheit werden also nicht nur die Merkmale einer Krankheit oder Behinderung erfasst, sondern sowohl ihre möglichen Kausalitäten als auch möglichen Folgen für die verschiedenen Ebenen menschlicher Teilhabe. Überträgt man diese Definition auf die in der ICD-10 kategorisier-

3 BSG 3 RK 63/66

ten Abhängigkeitserkrankungen weitet sich der Blick von bloßer individualbezogener Diagnose zu der Erkenntnis, dass Abhängigkeit stets im sozialökologischen und kulturellen Kontext steht. Dieses Paradigma unterstützt die ICF durch ihre Analysekategorien 1. Funktionsfähigkeit und Behinderung (Körperfunktionen und Lebensbereiche) und 2. Kontextfaktoren (Umwelt und Person). Zu allen Kategorien werden sowohl schädigende, neutrale und positive Aspekte des Klienten erhoben. Dennoch bleibt das Augenmerk auf jene Bereiche gerichtet, die noch Defizite aufweisen und das Ziel der umfassenden Teilhabe bleibt primär. Damit stellen die ICF und die seither gebräuchliche ICD-10 in Kombination das derzeit bestmögliche Instrument zur Erfassung aller diagnostischen Bezüge und Befunde dar. Dies trifft neben der sozialrechtlichen Indikation zur Leistungsbewilligung im Rahmen des Antragsverfahrens durchaus auch auf die in der Rehabilitation von Drogenabhängigen Dokumentationspflichten zu. Die ICF sollte jedoch nicht mit einem Diagnoseinstrument zur Sicherung rein medizinischer, psychiatrischer oder sozialer Diagnosen gleichgesetzt werden, sondern dient vielmehr der Darstellung einer interdisziplinären Diagnose die multiperspektivischen Aspekte erfasst und klassifiziert (vgl. Wartenpfehl 2010, 70). Als oberstes Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen beschloss der gemeinsame Bundesausschuss am 16.04.2004 die Rehabilitations-Richtlinie, die am 19.06.2009 in aktualisierter Form erneut in Kraft trat. In §4 Abs. 2, Satz 2 dieser Richtlinie ist die Bezugnahme auf die ICF hinterlegt.

Mit oben genannter Perspektiverweiterung geht in gleicher Weise eine Erweiterung gesellschaftlicher Verantwortung einher. Nicht nur der Einzelne ist gehalten, sich den Anforderungen von umfassender gesellschaftlicher Teilhabe zu fügen, sondern die Gesellschaft hat jene Bedingungen herzustellen, die umfassende Teilhabe für alle Menschen ermöglicht und dies als gültiges Grundrecht. Mit der Integration des ganzheitlichen Modells aus Körper, Geist und Seele in biologischer, materieller und sozialer Umwelt (bio-psycho-soziales Modell) in das SGB IX werden so die jeweils zur Zielerreichung notwendigen Professionen einbezogen und die sozialstaatlich geprägte Sozialgesetzgebung wird zur Umsetzung dieser Grundsätze verpflichtet. Deutlich wird dies in §1 SGB IX durch die dort postulierten Werte der Gleichberechtigung und Selbstbestimmung. Diese Werte gehen weit über den Begriff des bloßen körperlichen Wohlbefindens hinaus. Im Kontrast zur funktionalen Gesundheit ist der sozialrechtliche Krankheitsbegriff durch ein Urteil des Bundessozialgerichtes⁴ aus dem Jahre 1972 deutlich enger gefasst: „Krankheit ist ein regelwidriger

4 BSG 9RV 556/71

körperlicher, geistiger oder seelischer Zustand, der Arbeitsunfähigkeit oder Behandlung oder beides nötig macht.“ Dennoch entspricht diese Definition keiner gesetzlich festgeschriebenen Legaldefinition (vgl. Schellhorn 2007, 449). Hinter der Gegenüberstellung aus unterschiedlich definierten Gesundheits- und Krankheitsbegriffen liegt eine lange Entwicklung eines Spannungsfeldes aus Kausalitäten und Zuständigkeiten, welches in der BRD heute durch die Anwendung der dargestellten rechtlichen Grundlagen zur Rehabilitation strukturiert wird. Aus der Einordnung des Alkoholismus als Krankheit mit dem daraus resultierenden Anspruch auf Versorgung, ergaben sich im Verlauf ebenfalls anspruchrechtliche Konsequenzen für den Umgang mit Drogenabhängigkeit. Grundsätzlich fand eine Abkehr vom moralischen Konzept der subjektiven Individualverantwortung für die Ursachen und Folgen von Abhängigkeit statt. Darüber hinaus erlebte der Begriff „Sucht“ eine Ausweitung auf ein heute sehr komplexes Feld von vielfältigen stoffgebundenen oder verhaltensbezogenen Abhängigkeiten (vgl. Kap.1).

Im Bezug auf die stationäre, medizinische Rehabilitation von Drogenabhängigen kommen neben dem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung ebenfalls die gesetzliche Krankenversicherung und die kommunalen Träger der Sozialhilfe (Eingliederungshilfe) in Betracht. Als erste Differenzierung der Zuständigkeiten der einzelnen Träger können die §§ 5 und 6 SGB IX herangezogen werden. Dort sind die Leistungsgruppen definiert und den zuständigen Trägern zugeordnet. Die gesetzliche Rentenversicherung übernimmt die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn die persönlichen und versicherungsrechtlichen Voraussetzungen des Versicherten nach §§ 10 und 11 SGB VI erfüllt sind. Vor allem sind dies die Indikationen der Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit und die Erfüllung der versicherungsrechtlichen Beitrags- oder Wartezeiten. In allen anderen Fällen leistet die gesetzliche Krankenkasse oder der kommunale Sozialhilfeträger die Finanzierung der stationären Rehabilitation. Zweck der medizinischen Rehabilitation ist unabhängig vom Träger die Wiederherstellung oder der Erhalt der Arbeitsfähigkeit. Hier greift der Grundsatz „Reha vor Rente“. Zentral ist der § 26 SGB IX als anspruchdefinierender Gesetzestext. Dort wird der Anspruch auf medizinische Rehabilitation zur gesellschaftlichen Teilhabe von Behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen konkretisiert. § 26 SGB IX Abs.1 präzisiert die Ziele der medizinischen Rehabilitation und bezieht die Belange von Menschen mit chronischen Krankheiten ein. Drogenabhängigkeit erfüllt die in den Richtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses definierten Kriterien einer chronischen Krankheit (vgl. gBA 2008). Die übergeordneten Ziele der Rehabilitation sind nach §1 SGB IX die Selbstbestimmung und die umfassende gesellschaftliche Teilhabe. Dazu

gehört im Sinne der Rentenversicherung die Teilhabe am Berufsleben, die in § 26 SGB IX Abs.1, Nr. 2 explizit als Ziel der Rehabilitation definiert wird. Die Leistungen zur Erreichung dieser Ziele sind den zu erbringenden personenbezogenen sozialen Dienstleistungen zuzuordnen. Das Leistungsspektrum des SGB IX geht weit über die in § 26 SGB IX definierten Leistungen der medizinischen Rehabilitation hinaus. Für den hier eingegrenzten Zusammenhang treten diese Leistungsdefinitionen allerdings in den Hintergrund und werden daher auch nicht weiter vertieft. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass mit der Zielsetzung der Stärkung der Selbstbestimmung und damit auch der Eigenverantwortlichkeit gerade im Feld der Drogenhilfe neue Räume zur Ausgestaltung gegeben und gefordert sind. Die Risiken dieser noch zu füllenden Lücken, werden in der Erfassung der Problemdefinitionen dargelegt (vgl. Kap.5)

Die zwischen den Krankenkassen und dem Verband Deutscher Rentenversicherungsträger/ dem Gesamtverband der landwirtschaftlichen Alterskassen geschlossene Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitserkrankter vom 04.05.2001 stellt eine weitere Grundlage zur Durchführung der Rehabilitation dar. In §2 Abs.1 präzisieren sich dort die Ziele der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten aus Sicht der Träger um eine weitere Spezifizierung. Neben der Eingliederung in das Berufsleben und die seelische und körperliche Genesung wird dort das Ziel der Abstinenz gesetzt. Diese Zielvorstellung ist jedoch in der Fachdiskussion um den Einsatz von Drogenersatzstoffen sehr umstritten.

Das standardisierte Antragsverfahren aus §6 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ stellt die Basis zur Prüfung der Maßnahmenbewilligung durch den zuständigen Träger dar. In diesem Verfahren, welches durchaus auch an die bloße Prüfung der antizipierten Arbeitsfähigkeit durch amtsärztliche Untersuchungen gekoppelt sein kann und damit im Kontrast zur Ethik der ICF steht, werden die individuellen Ressourcen und Problemlagen kategorisiert und nach dem allgemeinen Rechtsgrundsatz der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit (§ 69 SGB IV) bereits im Vorfeld der medizinischen Rehabilitation festgelegt. Dabei dienen standardisierte Sozialberichte und ebenfalls standardisierte ärztliche Stellungnahmen als formale Grundlage der Bewilligung bzw. Ablehnung durch die gesetzlich definierten Träger. Ebenfalls werden in oben genannter Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ §3 grundsätzliche Prüfkategorien benannt. Die Frage nach Rehabilitationsbedürftigkeit,- fähigkeit und -prognose sind Bestandteil dieses Verfahrens und

werden in den §§ 8-10 der Rehabilitations- Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses definiert. Ausdrücklich sind hier auf allen Ebenen die Grundsätze der ICF zu berücksichtigen.

Zusätzlich sind die §§35 und 37 BtMG (Zurückstellung der Strafvollstreckung) als zuweisende Rechtsnormen relevant. Im BtMG wird der Umgang mit als illegal eingestuft Substanzen geregelt. Als Nebenstrafrecht enthält das BtMG sowohl Tatbestände des unerlaubten Besitzes von oder Handels mit Drogen. Im Spannungsfeld aus dem Paradigma des Erhaltes der Volksgesundheit und dem Auftrag der Versorgung von Drogenabhängigen sind die §§ 35 und 37 des BtMG anzusiedeln. Sowohl bei bestehendem Verdacht als auch bei erfolgter Verurteilung einer Straftat, die im Zusammenhang einer Abhängigkeitserkrankung stehen, kann der Grundsatz „Therapie statt Strafe“ zur Anwendung kommen. § 35 Abs. 1, Satz 1 verweist auf die Möglichkeit einer Behandlung, die der Rehabilitation dient und ist damit als relevante rechtliche Zuweisungsgrundlage in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen anzuerkennen.

Die sozialrechtliche Gesetzeslage geht jedoch über den Regelungsbereich der Indikation und des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation hinaus und greift bis in die Gestaltung der rehabilitativen Abläufe innerhalb der Fachkliniken und Einrichtungen ein. Mit dem §20 SGB IX wurde die Implementierung eines Qualitätsmanagements für alle Leistungserbringer der medizinischen Rehabilitation verpflichtend. Auf die einzelnen Perspektiven dieser gesetzlich verordneten Qualitätssicherung fokussiert Kapitel 3. Abschließend sei zu den Zusammenhängen der relevanten sozialrechtlichen Normen und den Aspekten der drogen- und suchtbefugenen Politik auf die unvermeidlichen Mehrfachnennungen, allerdings aus unterschiedlichen Perspektiven, hingewiesen. Die strukturellen Unschärfen in der Zuordnung zu einzelnen wissenschaftlichen Disziplinen ist der Komplexität der suchtbefugenen Politik- und Sozialrechtsfelder geschuldet.

3. Sozialökonomische Dimension

Neben den sozialrechtlichen und politischen Perspektiven gewinnt in der stationären Rehabilitation vor allem die Perspektive der Ökonomie zunehmende Bedeutung. Die gegebene Notwendigkeit des wirtschaftlichen Denkens und Handelns auf dem Sektor der sozialen Dienstleistungen, im Allgemeinen ebenso wie im Bereich der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen, kann jedoch nicht mit dem Ziel der profanen Kostenreduzierung gleichgesetzt werden. Wirtschaftlichkeit fragt nach dem optimalen Verhältnis aus In-

put und Output, während bloße Kostenminimierung lediglich an der Reduzierung des Inputs interessiert ist. Die Seite des Outputs, im Feld der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen kann diese als die Menge und die Beschaffenheit der erbrachten Leistungen gesehen werden, bleibt dabei allerdings unberücksichtigt bzw. es wird ein Rückgang der Leistungen sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht billigend in Kauf genommen. Vor dem Hintergrund deutlich verknappter finanzieller Ressourcen der Kostenträger formiert sich auf der Grundlage verantwortlichen wirtschaftlichen Handelns und in der Abwägung des bestmöglichen Verhältnisses aus Input und Output, das Ziel der Optimierung der Leistungen. Dies soll, so der Gesetzgeber, durch die Verpflichtung zum internen Qualitätsmanagement geschehen. Der Gedanke, es resultiere daraus, quasi automatisch, steigende Qualität bleibt dabei mitunter unreflektiert bestehen. Die Frage ob die Implementierung eines internen Qualitätsmanagements auch wirklich bessere Versorgungsqualität für die Klienten erbringt, kann nur über die konsequente Kontrolle der Ergebnisqualität beantwortet werden. Gerade diese Ergebniskontrolle vor dem Hintergrund sehr heterogener Erfolgs- und Qualitätsdefinitionen stellt im Feld der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen eine bislang nur teilweise gelöste Herausforderung dar. Vor allem wenn man anerkennt, dass die Einführung solcher Systeme zur Qualitätssicherung ihrerseits ebenfalls enorme Ressourcen beanspruchen. Dieses Kapitel widmet sich zunächst den gesundheitsökonomischen und sozialökonomischen Hintergründen der Drogenabhängigkeit und der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen auf makroökonomischer Ebene. Dies beinhaltet eine Übersicht zu den relevanten Aspekten der Sozialwirtschaft. Da die allgemeine Rehabilitation dem Bereich der Gesundheitsförderung und -erhaltung zuzuordnen ist, kann sie unter funktionalen Gesichtspunkten dem Sektor der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen, die auf dem Markt der Sozialwirtschaft umgesetzt werden, zugeordnet werden (vgl. Geest 2009, 135-136). Die Perspektive auf die Sozialwirtschaft als organisierte Praxis zur gemeinschaftlichen und sozialen Versorgung (vgl. Wendt 2003, 15) lässt ebenfalls eine Zuordnung zur Form der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen zu. In der Abgrenzung der Disziplinen der Gesundheits- und der Sozialökonomie liegen im Feld der Rehabilitation, besonders im multifaktoriell determinierten Feld der Rehabilitation von Drogenabhängigen, interdisziplinäre Überschneidungen vor, die an dieser Stelle nicht weiter ausdifferenziert werden. Diese Überschneidungen sind in der Zwischenposition der Rehabilitation aus gesundheitlicher und sozialer Hilfeleistung begründet (vgl. Wendt 2003, 22). Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte in der wissenschaftlichen Gegenstandsbestimmung von Gesundheits- und Sozialökonomie kann eine fach-

liche Einbeziehung der Belange der medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen in die Sozialökonomie und in die Strukturen des Sozialmarktes vorgenommen werden (vgl.a.a.O.).

Im weiteren Verlauf des Kapitels schließen sich daher die Aspekte des verschärften, indirekten Wettbewerbs über das Merkmal der Preisgestaltung und der Qualitätssicherung auf dem Sektor der sozialen Dienstleistungen, insbesondere der Rehabilitation von Drogenabhängigen an. Die Darstellung der Qualitätssicherung bezieht sich dabei hauptsächlich auf die mikroökonomische Ebene der Einrichtungen.

3.1 Gesundheitsökonomische Aspekte zur Drogenabhängigkeit

Aus den epidemiologischen Daten (vgl. Kap.2.1) können, wenn auch nur mit eingeschränkter Validität, Schätzungen zur ökonomischen Bedeutung der Abhängigkeitserkrankungen abgeleitet werden. Eine Spezifizierung auf einzelne Bereiche von Abhängigkeitserkrankungen fällt jedoch nach wie vor schwer. Insgesamt kann die Suchthilfelandchaft in Deutschland als eines der größten spezifizierten Versorgungssysteme in Europa eingestuft werden. Mit einem Kostenanteil von ca. 0,22- 0,26 des Bruttoinlandsprodukts im Jahre 2006 auf dem Sektor der suchtbetragenen Hilfe nimmt Deutschland im europäischen Vergleich eher eine Mittelstellung ein. Im Vereinigten Königreich wurden 0,48 % des Bruttoinlandsprodukts für die spezifische Versorgung der Bevölkerung investiert. Gefolgt von der Niederlande, die mit 0,46 % im Jahre 2003 ausgewiesen wird (vgl. EBDD 2011, 24). Die Darstellung und Bemessung der Kosten, die die Abhängigkeit von illegalen Drogen in Deutschland jährlich verursacht, ist jedoch lückenhaft und hält einer kritischen Prüfung nur schwer Stand. Erste Versuche, den tatsächlichen Kostenaufwand bzw. den volkswirtschaftlichen Schaden der von der Abhängigkeit von illegalen Suchtmitteln in Deutschland ausgeht, genauer zu bemessen stammen aus dem Jahr 2003 und stützen sich auf 4 amerikanische Studien aus den Jahren 1972-1976 (vgl. Fischer 2003, 2-7). Daraus geht hervor, dass die hauptsächlich volkswirtschaftlichen Belastungen im Bezug auf illegale Drogen im Zusammenhang mit Kriminalitäts- und Strafverfolgungskosten zu vermuten seien, wobei diese Aussage durch das Forschungsdesign bedingt sein könnte. Schätzungen, die im Jahre 1995 auf den zu diesem Zeitpunkt verfügbaren Kalkulationen beruhen, belaufen sich auf Gesamtkosten des Heroinkonsums von 13.748,5 Mio. DM bezogen auf das Jahr 1992 (Hartwig 1995, 34). Die Gewichtung der darin enthaltenen Kostenanteile basiert jedoch ebenfalls auf Kriterien und Differenzierungen aus der Drogenkriminalität und der Beschaffungskriminalität. Drogenkriminalität beinhaltet darin die Kosten für Polizei, Justiz und

Inhaftierungskosten. Beschaffungskriminalität wird im Sinne von Kosten für Delikte, Kosten für Polizei, Kosten für Justiz und Inhaftierungskosten erfasst. Auch hier ergibt sich die Fragestellung transparenter Zuordnung. Beispielsweise wirft die Bestimmung von Kosten für die Bekämpfung von illegal eingeführten Drogen bei Zollkontrollen das Problem auf, dass eben nicht nur Drogen, sondern auch andere illegale Einfuhren dabei erfasst werden (a.a.O., 20). Dennoch zeigte die vorgenommene Kalkulation der Beschaffungskriminalität den höheren Kostenaufwand. Insgesamt kann hier noch nicht von einer fundierten Forschungslage ausgegangen werden.

Auf dem Sektor der Behandlungen ergaben sich aus der Substitutionsbehandlung die ökonomisch effektivsten Ergebnisse (vgl. Fischer 2003, 2). Dazu merkt Salize kritisch an:

„ So ist der [...] Trend, vor allem pharmazeutisch unterstützte Behandlungsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Kosteneffektivität zu untersuchen, sicherlich durch die Bedeutung dieser Behandlungsform in der klinischen Forschung beeinflusst.“ (Salize 2006, 110).

Dies bestätigt sich durchaus auch in den stets steigenden Behandlungszahlen in der Substitution. So waren im Jahre 2010 77.400 Klienten im Substitutionsregister verzeichnet (vgl. Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2011, 68). Entgegen diese Perspektive geht aus einer schweizer Untersuchung unter Einbeziehung einer Zehnjahresspanne das gegenteilige Resultat hervor. Demnach sind stationäre Interventionen aus ökonomischer Sicht der ambulanten Substitution vorzuziehen, da die Substitution länger finanziert werden muss und mit einer erhöhten Komorbidität zu rechnen ist. Diese Aussagen beziehen sich auf einen regulären Therapieabschluss in beiden Interventionsformen (vgl. Blaser 2006, III/61). In der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen sind einzelne Angebote, die auch die Substitution in ihrem Konzept vorsehen, durchaus gegeben. Die grundsätzliche Ausrichtung dieser Angebote sind jedoch auf einen Ausstieg aus dem Konsum gerichtet und definieren sich als abstinenzorientiert (vgl. Kap. 2.2). Die Feststellung der Dominanz von ambulanter Substitution folgt ebenfalls den aktuell neurobiologisch determinierten Forschungsprämissen, die ihren Fokus hauptsächlich auf medikamentöse Behandlungsansätze richten. Zur gesamten aktuellen suchtkonomischen Forschungslage gibt Uhl in differenzierter, sachlogischer Art einen Überblick (vgl. Uhl 2006, 121-132). Grundsätzlich geht jede Kostenanalyse (KA) von einer jeweils spezifischen Perspektive aus. Diese Perspektivität muss bei der Beurteilung der jeweils getroffenen Aussagen zwingend berücksichtigt werden und auf evtl. Funktionalisierungen zur Erreichung von eher politischen Zielen geprüft werden. Die Berechnung des volkswirtschaftlichen Aufwandes oder Schadens, der von Abhängigkeitserkrankungen ausgeht, ist derzeit nur auf Basis von Schät-

zungen oder undifferenzierten, uneinheitlichen Designs erfolgt. In Anerkennung dieses gesundheitsökonomischen Problems formierte sich bereits 1996 ein Arbeitskreis. Dieser entwickelte die „International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse“ (eda.). Trotz dieser internationalen Richtlinien (IR) äußert Uhl harsche Kritik:

„Kostenanalysen im Sinne der IR in der derzeitigen Form sind aber weder als Ausgangsbasis für Kosten- Effektivitäts- Analysen noch für Kosten- Nutzen- Analysen relevant, und es ist kaum vorstellbar, dass es jemandem gelingen könnte, logisch konsistente und brauchbare Ansätze der KA (Kostenanalyse) zu entwickeln.“ (eda.).

Die volkswirtschaftliche Perspektive auf illegalen Substanzkonsum ist also von hoher Komplexität und auch heute in keiner Weise geklärt. Dazu erneut Salize:

„ In der bundesdeutschen Suchtforschung existiert kein eigenständiger gesundheitsökonomischer Forschungszweig, der sich mit Kostenaspekten der Versorgung von Substanzabhängigen beschäftigt. In Zeiten, in denen Gesundheitspolitik und Kostendämpfung fast synonyme Begriffe geworden sind, ist dies ein sträflicher Mangel.“ (Salize[u.a.] 2004, 270).

Da die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen unmittelbarer Bestandteil sowohl gesundheitspolitischer und gesundheitsökonomischer als auch sozialpolitischer und sozialökonomischer Zusammenhänge ist, erhöht sich der Druck zur Kostenminimierung auch hier massiv. Somit besteht hier ein dringender Forschungsbedarf, der allerdings von bildungs- und forschungspolitischer Seite nur wenig Berücksichtigung erfährt (vgl. Salize 2006, 106).

3.2 Die Sozialwirtschaft und ihre Bezüge zu stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen

Um zu differenzieren und zu konkretisieren, was den Begriffen Sozialwirtschaft und Sozialmarkt inhaltlich zuzuordnen ist, sind einige grundlegende Klärungen notwendig. Zunächst kann eine allgemeine Definition der Sozialwirtschaft als Grundlage herangezogen werden.

„Sozialwirtschaft wirkt ökonomischer und sozialer Ausgliederung von Menschen entgegen, indem sie den Prozess der Eingliederung wirtschaftlich gestaltet.“ (Wendt 2003, 14).

Der Prozess der Eingliederung wird auf praktischer Ebene durch eine Vielfalt an sozialen personenbezogenen Dienstleistungen unterstützt. Diesen Leistungen wurde die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen durch die einleitenden Ausführungen bereits zugeordnet.

Die Gewährleistung sozialer Sicherung und der Ausgleich sozialer, marktbedingter Ungerechtigkeit wurzelt in der sozialstaatlichen, demokratischen Grundorientierung der Bundesrepublik Deutschland. Nach dem Grundsatz der Subsidiarität, also der Nachrangigkeit

von staatlicher Hilfe zur eigenständigen oder familiären Hilfe, sind soziale Unterstützungsleistungen organisiert. Die Berufsgruppen dieses Sektors sind sehr heterogen und reichen von pflegerischen Leistungen, dem Sektor der erzieherischen Betreuungs- und Bildungsleistungen bis hin zu therapeutischer Intervention und unterstützender Alltagsbegleitung. Die auf das Ideal der sozialen Gerechtigkeit oder der Sicherung allgemeiner Lebensrisiken ausgerichtete Ethik der Sozialwirtschaft begrenzt die Einsatzmöglichkeiten von Strategien zur gewinnorientierten Maximierung. Handelt es sich doch bei den personenbezogenen sozialen Dienstleistungen stets um Leistungen, die vorhandene Risiken zur Verschlimmerung der Lebenslage abwenden sollen oder um Leistungen die desolate Lebenslagen zunächst stabilisieren oder verbessern sollen. Damit steht die Sozialwirtschaft im Kontrast zur rein profitorientierten Wirtschaft. Es ist kein Gegenüber vorhanden, welches über gleiche oder gar höherer Ressourcen verfügt als der Dienstleistungserbringer, sondern ein vielmehr auf Hilfe und Ressourcenförderung angewiesener Nachfrager von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Dabei ist die üblicherweise gegebene Kundensouveränität zwar nicht aufgelöst, aber per Gesetz allgemeingültig festgelegt. §9 SGB IX i. V. m. §33 SGB I konkretisiert das Wunsch- und Wahlrecht des als Koproduzenten der sozialen Dienstleistung verstandenen Adressaten und legt damit den Korridor der gegebenen Mitbestimmung der Klienten fest.

Das gesetzlich eingegrenzte Wunsch- und Wahlrecht beeinflusst neben anderen Determinanten die Preisbildung der erbrachten Leistungen. Über die Art der Leistung wird nach gesetzlichen Prämissen entschieden. Lediglich über den Ort oder die Wahl des Leistungserbringers kann begründet vom Klienten entschieden werden. Nicht die vom Konsumenten ausgehende Nachfrage steuert somit den Preis, sondern die gesetzlich definierten Anspruchsvoraussetzungen der Leistungsempfänger gegenüber den Leistungserbringern bestimmen über Art und Umfang der Nachfrage. Angebot und Nachfrage regulieren auf dem freien Markt die Preise. In der Sozialwirtschaft findet dieser Prozess auf dem sozialrechtlich beeinflussten Sozialmarkt statt. Als staatlich regulierter Quasi- Markt, strukturiert durch Gesetze und Bedarfskalkulationen, wird hier über die Zugänglichkeit und Verfügbarkeit der personenbezogenen sozialen Dienstleistungen entschieden.

„ Unter pragmatischen Gesichtspunkten soll hier der Markt für soziale Dienstleistungen definiert werden als spezifisches sozialstaatlich und sozialpolitisch reguliertes Arrangement von Angebots- und Nachfragestrukturen zur eigentlichen Vermittlung personenbezogener Serviceleistungen, die darauf ausgerichtet sind, Menschen bei der Lösung von Lebensproblemen zu unterstützen und ihr körperliches, psychisches und soziales Wohlergehen zu fördern.“ (Geest 2009, 134).

Im Bezug auf die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen zeigen sich diese regulierenden staatlichen Einflüsse in den bereits dargestellten Gesetzen und politischen Paradigmen. Das bereits angedeutete Dreiecksverhältnis aus Kunde- Anbieter- und Kostenträger zeigt sich sowohl bezüglich des geregelten Wunsch- und Wahlrechtes, welches im vorgelagerten Antragsverfahren Raum findet, als auch in der tatsächlichen Ausgestaltung der indizierten Hilfeleistung.

Eine differenzierte Analyse dieses Dreiecksverhältnisses erbringt jedoch weitere Feststellungen. Die politisch gewollte und gesetzlich fundierte Zielvorstellung der Selbstbestimmung entlässt, neben anderen Gruppen von Nachfragern, die Klienten der Drogenrehabilitation in eine „riskante Eigenverantwortung“ (Langer 2012, 204) die im Konflikt mit den suchtbedingten Verhaltensweisen steht. Besteht doch das Wesen der Sucht, im fortgeschrittenen Stadium gerade in der Einschränkung der selbstfürsorglichen Eigenverantwortung. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass die Normen und Werte im Bearbeitungskontext einer sowohl individuellen als auch gesellschaftlichen Problemlage, in ihrer Umsetzung stets durch die politisch „gefärbte“ Perspektiv erfolgt. Bestmögliche Minimierung der suchtaссоziierten Probleme soll über Bekämpfung und Prävention erreicht werden. Gesellschaftsstrukturelle Kausalitäten treten dabei in den Hintergrund und werden in ein Dunkelfeld gepresst. Dies prägt die organisatorischen Strukturelemente der Vermittlung von personenbezogenen sozialen Dienstleistungen. Es kann auf dem Sozialmarkt nur jene Leistung vermittelt oder umgesetzt werden, die durch die sozialrechtliche Institutionalisierung anerkannt ist. Allerdings muss von einem Rückbezug der Institutionalisierung von Humandiensten auf die politische - und eben nicht auf die individuelle - Problemdeutung und Festlegung von hintergründig wirkenden Normen und Werten ausgegangen werden. Diese sind stets im Kontext der verfügbaren finanziellen Ressourcen sowohl von versicherungsrechtlichen Solidargemeinschaften als auch auf der Ebene von kommunalen Trägern zu sehen (vgl. a.a.O). Wenn also festgehalten werden kann, dass die Struktur der sozialen Dienstleistungserbringung von politischen Intentionen gesteuert wird, ist zu fragen ob dies auf allen Ebenen der Umsetzung zu einem vergleicharen Resultat kommt oder ob nicht auch kommunale oder institutionsgebundene Unterschiede in der Ressourcenallokation zu unterschiedlichen Versorgungslagen führen. Die organsatorische Struktur der DRV differenziert sich in Deutschland in 17 einzelne örtliche Träger. Jeder Träger positioniert sich in der Umsetzung der gesetzlichen Rahmenbedingungen jeweils individuell und lässt somit jene angesprochenen Werte und Normen in jeweils eigener Form einfließen. Dies stellt die Zielsetzung der Gleichberechtigung auch innerhalb der Gruppe der Leistungsempfänger in

Frage (vgl. Langer 2012, 207).

In der ambulanten Suchtberatung soll der Klient, ebenfalls als personenbezogene Dienstleistung, bereits vor Antritt der Rehabilitation Beratung und Strukturierungshilfe zur Formulierung seiner Bedarfs- und Zielvorstellungen erhalten. Diese werden im standardisierten Antragsverfahren zur Basis der Bewilligung oder Ablehnung. Welche Leistungen in welchem individuellen Fall gewährt werden, kann jedoch nicht nach freien oder gar kreativen, fachlich begründeten, klientenbezogenen Kriterien und Bedürfnissen entschieden werden, sondern hat sich nach den gesetzlich vorgegebenen Zielen und Rahmenbedingungen des gesetzlich definierten Maßnahmenkatalogs zu richten. Was einerseits einen gesetzlich klar definierten, einklagbaren Anspruch begründet, kann so andererseits zum starren Hilfestandard, der an realen Bedarfen vorbeigeht, verfallen. Auch die nur begrenzt aussagefähigen Kalkulationen des real gegebenen Bedarfes an Angeboten zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen basiert auf den retrospektiv gewonnenen Daten der wahrgenommenen Therapien in den Vorjahren. Ob dies dem realen Bedarf, der sich aus einer Messung des Bedarfs in einer Feldstudie ergeben würde, entspricht, darf in Zweifel gezogen werden. Aufgrund der Feststellung, dass es keine Wartezeiten gibt (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 81) kann, gerade im Feld der Suchtrehabilitation, nicht davon ausgegangen werden, dass eine Bedarfsdeckung vorliegt. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Angebot und Nachfrage über die Regulation von Bewilligungen und Ablehnungen von Therapieanträgen die Waage halten. Eine Aussage über den tatsächlichen Bedarf im Feld der Betroffenen kann so nicht getroffen werden, da basisnahe Forschung im Kontext von Repression und Kontrolle schnell an ihre Grenzen kommt.

3.3 Relevante Aspekte des Sozialmarktes

Auf dem regulierten Markt der Anbieter von sozialen Dienstleistungen ist eine hohe Heterogenität aus rein wohlfahrtlich orientierten, an der Gemeinnützigkeit interessierten und privat gewerblich organisierten Unternehmensformen festzustellen. Die stationäre Rehabilitation ist zu 35% in öffentliche, 50% freie Wohlfahrtspflege und zu 15% in privatgewerblichen Träger gegliedert (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 95). Der Gesetzgeber hat mit der Auflösung des staatlichen Angebotsmonopols im Bezug auf die personenbezogenen Sozialdienste (freie Wohlfahrtspflege) das Ziel der Wettbewerbsförderung und der Angebotsvielfalt verfolgt. Im Rahmen des in den 90er Jahren implizierten neuen Steuerungsmodells, welches auch als New Public Management bezeichnet wird, wurden vor dem Hintergrund

knapper finanzieller Ressourcen Reformen nach englischem und amerikanischem Vorbild eingeleitet. Die Ursachen für die Verknappung finanzieller Ressourcen bei den wichtigsten Trägern der stationären Rehabilitation (Krankenkassen und Rentenversicherer) sind vor allem im demographischen Wandel der Bevölkerung und im krisenhaften Umbau der Arbeitsgesellschaft zu suchen. Die Öffnung des Marktes für privatgewerbliche Anbieter hat vor allem im Bereich der Pflegedienste eine verschärfte Konkurrenz bewirkt, die sich jedoch auf den gesamten Bereich der Anbieter von Sozialdiensten ausweitet. Ungeachtet der vor allem auf Hilfe und Unterstützung angelegten Unternehmensinhalte, sind privatgewerbliche Anbieter durchaus gewinnstrebend orientiert, um die Stabilität bzw. die Expansion des Unternehmens zu gewährleisten. Da sich auf dem Quasi-Markt der sozialen Dienstleistungen die Konkurrenz über eine dritte Instanz, also den Kostenträger, verwirklicht, verdichtet sich der Begriff der Wettbewerbsfähigkeit immer mehr in die Richtung des kostengünstigsten Angebotes. Wettbewerb findet also primär über das Merkmal der Preisgestaltung statt. Für die allgemeine stationäre Rehabilitation bedeutet dies, dass die Aushandlungsprozesse der Vergütungen, welche über tagesgleiche Pflegesätze oder Fallpauschalen einrichtungsspezifisch erfolgt, so kostengünstig wie möglich gehalten muss.

Seitens des Rentenversicherers besteht die gesetzliche Notwendigkeit, das vorgesehene, gedeckelte Budget der Rehabilitationsleistungen pro Jahr nicht zu überschreiten. Die Deutsche Rentenversicherung hat im Jahre 2010 5,38 Mrd. € für die Erbringung aller Rehabilitationsleistungen aufgewendet und ist damit unter dem Budget von 5.43 Mrd. € geblieben. Daraus ergibt sich eine durchschnittliche Aufwendung von 2.469 € pro durchgeführte stationäre Rehabilitation. Deutlich über diesem Durchschnitt liegt die stationäre Rehabilitation bei psychischen oder von Abhängigkeit geprägten Erkrankungen. Die berechnete Summe beläuft sich auf durchschnittlich 6.042 €, was ursächlich mit der weitaus längeren Verweildauer zu erklären ist (vgl. DRV 2012b, 70).

Die einrichtungsspezifisch ausgehandelten Pflegesätze zur Entlohnung der erbrachten Leistungen sind monistisch angelegt, d.h. Betriebs- und Investitionskosten auf Seiten des Leistungserbringers werden über die Entlohnung durch den Rentenversicherer oder die Gesetzliche Krankenversicherung abgegolten (vgl. Augurzky 2011, 8). Im Falle einer Entlohnung durch die Krankenversicherung außerhalb der Rehabilitationsbereichs, also Akutkliniken, erfolgt die Entlohnung über eine Fallpauschale, die an einen bestimmten Rahmen der Verweildauer gebunden ist. Fallpauschalen enthalten allerdings keine Anteile, die sich auf Betriebs- oder Investitionskosten beziehen. Daraus folgt, dass die Entlohnung über

Fallpauschalen, welche primär im Krankenhauswesen zur Anwendung kommt, separate Finanzierungsquellen für Investitionen und Betriebsbedarfe ermöglicht bzw. erfordert, während dies im Rehabilitationsbereich nur über erneute Verhandlungen mit dem Kostenträger möglich wird. So entsteht das Risiko eines Investitionsstaus hinsichtlich der Personal- und Unternehmensentwicklung. In Anerkennung der zunehmend festgestellten Insolvenzwahrscheinlichkeit (28% sind von Insolvenz bedroht) im Kontext von Fachkliniken der Rehabilitation (vgl. Augurky [u.a.] 2011, 75) ist grundsätzlich von einer belasteten wirtschaftlichen Lage auszugehen. Weitere Gründe liegen in der Divergenz aus Vergütungsanpassungen und der allgemeinen Kostensteigerung.

Das ökonomische Risiko der unterschiedlich ausgeprägten Verläufe oder Schweregrade einer Erkrankung, spezifiziert auf die Rehabilitation von Drogenabhängigen eben der Schweregrad eines Verlaufes eine Drogenabhängigkeit, liegt dabei bei den Leistungserbringern, also bei den Einrichtungen und den Fachkliniken des rehabilitativen Feldes (vgl. Haaf 2009, 2). Eine Differenzierung der unterschiedlichen Schweregrade und eine in der Folge daran orientierte Entlohnung innerhalb des Vergütungssystems der Rentenversicherung ist in der Diskussion. Allerdings erweist sich die spezielle Frage nach einer möglichst unbürokratischen Umsetzung einer diagnostisch korrekten Kategorisierung im deutschen Suchthilfesystems als recht problematisch.

3.4 Qualitätssicherung

Das betriebswirtschaftliche Instrument eines systematisch angelegten, internen Qualitätsmanagements hat sich seit den 90er Jahren auf den Bereich der Verwaltung und der Sozialen Dienstleistungen ausgeweitet. Diese als „Managerialismus“ bezeichnete Entwicklung (Rüb 2003, 257) greift auf das gesamte Sozialversicherungssystem, die Kinder- und Jugendhilfe, die Verwaltung und die kommunale Sozialhilfe über. Zielsetzung ist in dieser staatlich geförderten Entwicklung eine Effizienzsteigerung staatlichen Handels und eine Verbesserung der Qualität in der Erbringung personenbezogener sozialer Dienstleistungen jeglicher Art. Diesbezüglich wird im §20 SGB IX die Auflage zur Qualitätssicherung durch den Gesetzgeber im Bezug auf sämtliche Rehabilitationsleistungen formuliert. Die nach diesem Verständnis qualitätsorientierten Anforderungen an die Leistungserbringer werden durch den Spitzenverband der Rehabilitationsträger, Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR), auf mittlerer Ebene konkretisiert. Das Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementssystems QMS- Reha, welches von

der DRV in der zweiten Version am 26.09.11 zugelassen wurde, ist ein Beispiel für eine spezifische, auf die gesamte stationäre Rehabilitation bezogene Verfahrensgrundlage (vgl. DRV 2011a, 1). Über zugelassene und auf den spezifischen Bereich der Rehabilitation anwendbare Qualitätsmanagementsysteme wird eine strukturelle, mikroökonomische und differenzierte Arbeitsgrundlage, die ihren Ursprung in der Industrie (DIN ISO 90001) hat, in die Praxis der Rehabilitation eingeführt. Hier entsteht, besonders in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen, ein Spannungsfeld zwischen expertengestützter, primär konzeptionell begründeter Methodik und dem betriebswirtschaftlichen, auf Standardisierung ausgerichteten Evidenz- und Effektivitätsdenkens. Eine Schlüsselrolle in diesem Spannungsfeld wird in der Zukunft von den zu erwartenden neurobiologischen Erkenntnissen ausgehen (vgl. Kap 4.2.), da diese dem eher standardisierbaren Ansatz der Medizin in diesem Behandlungsfeld entgegenkommen. Deutliche Bestrebungen in diese Richtung sind den Behandlungsleitlinien für Substanzbezogene Störungen der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch- Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) zu entnehmen (vgl. Schmidt [u.a.] 2006, 1). Das interne Qualitätsmanagement, dessen Implementierung und Umsetzung innerhalb der Einrichtung Bestandteil der Gesetzgebung ist, ist von einem einheitlichen, unabhängigen Zertifizierungsverfahren gegenüber den Kostenträgern auszuweisen und in kontinuierlicher Fortführung zu belegen. Welchen Kriterien in welchen Qualitätsdimensionen dieses Qualitätsmanagement zu entsprechen hat, geht aus § 2 der gemeinsamen Vereinbarungen zum internen Qualitätsmanagement hervor (vgl. BAR 2009, 6). Das Einrichtungskonzept, ein teilhabeorientiertes Leitbild, ein transparentes Fehlermanagement oder Aspekte der internen Personalentwicklung oder interner Kommunikation sind hier neben anderen Kriterien aufgezählt (vgl. BAR 2009, 7). Ungeachtet der vielfältig vorhandenen Qualitätsdefinitionen, die aus unterschiedlichen Perspektiven formuliert wurden, sind in diesen Vereinbarungen die Dimensionen der Prozess-, der Struktur- und der Ergebnisqualität erfasst.

3.4.1 Betriebswirtschaftliche Dimensionen von Qualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen

In einem allgemeinen Verständnis von Qualität beeinflusst die Perspektivität der jeweils unterschiedlichen Interessen die Bestimmung dessen, was die Qualität eines Produktes oder einer Dienstleistung ausmacht. Um dieser individuellen Bestimmung, was Qualität ist, eine übertragbare und damit anwendbare Qualitätsdefinition entgegenzusetzen, wurde der Qualitätsbegriff aus betriebswirtschaftlicher Perspektive operationalisiert und den Katego-

rien Prozess-, Struktur-, und Ergebnisqualität zugeordnet (vgl. Arnold 2009, 462). Prozessqualität bewertet die Zielführung der Abläufe und analysiert wie einzelne Arbeitsschritte in zeit- und inhaltslogischem Ablauf ineinandergreifen. Stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen muss sich in dieser Qualitätsdimension der Prüfung von beispielsweise Kernprozessen, unterstützenden Prozessen, mitarbeiterbezogenen Prozessen, Führungsprozessen und dem Innovations- und Wissensmanagement durch die zertifizierenden Unternehmen stellen (vgl. DRV 2011b, 4). Zur Dokumentation und damit zum Nachweis dieser hier angeführten Kategorisierung, die abhängig vom gewählten Qualitätssicherungssystem variieren kann, werden entweder Prozesslandkarten oder Prozessbeschreibungen im Qualitätshandbuch der Einrichtung erstellt und auf aktuellem Stand gehalten. Aus der Analyse der so dargestellten Abläufe sollen sich Potentiale zur Verbesserung und zur Effektivitäts- bzw. Effizienzsteigerung ergeben. Vor allem die Perspektiven der Planung und Verlaufsüberprüfung fallen in diese prozessbezogene Qualitätsdimension. Aus Sicht des Klienten und der Rentenversicherer sollen einerseits bestmögliche Ergebnisse zu andererseits geringstmöglichem Ressourceneinsatz generiert werden. Um dies im Rahmen der gesetzlich bindenden Zertifizierung nach außen ausweisen zu können sind beispielsweise betriebsinterne Statistiken, Klientenbefragungen oder Evaluationen von Therapiezielen zu erarbeiten.

Richtet man den Fokus auf die Dimension der Strukturqualität so ergeben sich vor allem Analysen zur Ausstattung und Infrastruktur der Einrichtung. Bauliche, verwaltungsorganisatorische und personelle Ressourcen hinsichtlich ihrer Aktualität und Beschaffenheit stehen hier im Zentrum. Die Darstellung dieser Qualitätsdimension erfolgt einerseits über die Erfassung von Stellenplänen, Kooperationspartnern, die Erstellung von Organigrammen, Gerätelisten mit Wartungsintervallen und die Beschreibung von sichernden Maßnahmen wie Brandschutz oder Notfallmanagement (vgl. DRV 2011b, 20).

Im Bereich der Ergebnisqualität spiegelt die Darstellung der Kundenzufriedenheit eine herausragende Rolle. Dabei spaltet sich die Perspektive vor allem in die Dimension der Wirtschaftlichkeit und in die des Behandlungsergebnisses. Klienten der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen richten individuell spezifische Erwartungen in unterschiedlicher Motivationslage an die Einrichtungen. Diese Erwartungen und Erfolgsdefinitionen stimmen nicht zwangsläufig mit den gesetzlich definierten Zielen überein. Ob sich die Zielsetzung der Abstinenz und Inklusion in den Arbeitsmarkt vor dem ebenfalls gesetzlich definierten Anspruch der Selbstbestimmung, als Grundlage zur Überprüfung von Ergebnis-

qualität in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen eignet, ist eine der meist diskutiertesten Fragestellungen in diesem Feld. Aktuell etablieren sich innerhalb der Fachkliniken immer mehr statistische Verfahren zur Messung der Ergebnisqualität. Instrumente zur Darstellung der Ergebnisqualität sind Katamnesestudien, Berichtsevaluation und Zufriedenheitsbefragungen. Im Rahmen von Katamnesestudien beläuft sich der Katamnesezeitraum auf ein Jahr nach Beendigung der stationären Maßnahme. Allerdings muss angemerkt werden, dass diese Katamnesestudien, die auf der Basis eines Kerndatensatzes aufbauen, im spezifischen Bezug auf die Abhängigkeit von illegalen Drogen noch eine geringe Aussagekraft haben. Dies ist vor allem durch die geringe Rücklaufquote und die vermutete Tendenz, dass vor allem abstinent lebende Rehabilitanden an der nachgängigen Befragung teilnehmen (vgl. Fischer [u.a.] 2012, 42) begründet. Hinsichtlich des Sozialmedizinischen Verlaufs kann von positiven Effekten der allgemeinen Rehabilitation ausgegangen werden, da 86% aller Rehabilitanden im Verlauf von zwei Jahren nach der Maßnahme erwerbstätig sind und daher Sozialversicherungsbeiträge entrichten. Wie diese Bewertung für die Gruppe der Abhängigkeitserkrankungen im Bezug auf illegale Drogen ausfällt geht aus den Daten des Entlassjahrgangs 2008 hervor. Demnach sind 98% der ausgewerteten Gruppe (n= 2473) grundsätzlich erwerbstätig, wobei 44 % lückenhafte Zahlungen aufweisen (a.a.O., 45). Eine konkrete Darstellung in welchen Branchen und unter welchen Bedingungen eine Erwerbstätigkeit nach Abschluss einer rehabilitativen Maßnahme im Zusammenhang von Abhängigkeit von illegalen Drogen stattfindet, ist diesen statistischen Erhebungen keinesfalls zu entnehmen. Auch ist die Repräsentativität einer noch kleinen Erhebung in Frage zu stellen. Zur präziseren Beurteilung der sozialmedizinischen Wirksamkeit von stationärer Rehabilitation von Drogenabhängigen stellt diese Erhebung jedoch eine wichtige Grundlage dar.

3.4.2 Zertifizierung

Qualität, wie man sie auch definieren möchte, ist immer auch ein repräsentatives Merkmal und Instrument zur Positionierung einer Ware oder Dienstleistung auf dem Markt der entsprechenden Branche. Im Falle der personenbezogenen Dienstleistungen innerhalb der stationären Rehabilitation ist an das durchzuführende interne Qualitätsmanagement in § 20 SGB IX Abs. 2, Satz 2 die Verpflichtung zur Zertifizierung gebunden.

„Unter Zertifizierung versteht man die Prüfung des Qualitätsmanagements einer Organisation durch einen unabhängigen Dritten. Sofern das geprüfte Qualitätsmanagement bestimmten Anforderungen und Normen entspricht, wird ein Zertifikat ausgestellt.“ (Arnold 2009, 486).

Bundesweit haben sich eine Vielzahl von Zertifizierungsstellen für das Gesundheitswesen und für die Qualitätskontrollen in anderen Branchen etabliert. Für die stationäre Rehabilitation ist die Zulassung dieser Zertifizierungsstellen durch die BAR relevant. In der praktischen Umsetzung der Prüfung werden sowohl die Dokumentation als auch die Umsetzung des qualitätsorientierten Managements abgefragt, durch Fragebögen evaluiert und im Rahmen von Visitationen oder Audits auf den Prüfstand gestellt. Konkreter Inhalt der in der Zertifizierung geprüften Kategorien sind die im Qualitätsmanagementsystem ausgewiesenen Qualitätsdimensionen der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität. Das Erlangen eines Zertifikates, welches Kompetenz und Qualität ausweisen soll, ist zwingend zur Aufrechterhaltung der vertraglich geregelten Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger, in diesem Falle hauptsächlich die Deutsche Rentenversicherung oder die Krankenkassen, notwendig. Nach § 21 SGB IX Abs. 3 werden bestehende Kooperationsverträge gekündigt, sobald die Voraussetzungen zur Zertifizierung nicht erfüllt werden. Durch diese gesetzliche Regelung soll sichergestellt werden, dass die vom Rentenversicherer geleisteten Rehabilitationsleistungen nur in Organisationen oder Rehabilitationsdiensten in Anspruch genommen werden, welche den standardisierten Qualitätskriterien entsprechen. Dies geschieht vor allem vor dem Hintergrund des gesetzlich verankerten Grundsatzes der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit.

In kritischer Reflektion dieser Entwicklung weist Arnold auf die nur relative Aussagekraft von Zertifikaten hin. Ob die ermittelten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse auch der Erreichung einer optimalen Ergebnisqualität im zeitlichen Kontinuum entsprechen, oder nur eine Momentaufnahme theoretischer Anpassung an vorgegebene Normen darstellt, ist über Zertifizierungen nicht erfass- oder ausweisbar.

„Ein Zertifikat garantiert lediglich, dass die Voraussetzungen für eine qualitätsorientierte Leistungserstellung gegeben sind. Inwieweit die angebotenen Leistungen mit der Erwartung der Nachfrager übereinstimmen, ist also nicht Bestandteil der Zertifizierung.“ (Arnold 2009, 486).

Auch hier muss kritisch hinterfragt werden, welche zielführenden Kriterien von Erfolg oder Qualität die Matrix einer solchen Zertifizierung liefert und prädisponiert.

4. Therapeutische und medizinische Dimension

Die therapeutische und medizinische Dimension stellt die direkt am Klienten vorgenommene Intervention in den Mittelpunkt. Als erste Differenzierung kann hier die psychothera-

peutisch angelegte von der psychiatrisch/ neurologischen Disziplin unterschieden werden. Die schulenübergreifenden Inhalte psychotherapeutischer Intervention in der Behandlung von Drogenabhängigen stehen dabei einem immer naturwissenschaftlicher geprägteren Blick auf die Genese und die Beständigkeit von Sucht gegenüber. Die Komplexität beider Perspektiven lässt eine vollständige Darstellung der erforschten und belegbaren Erkenntnisse nicht zu. Die Zusammenfassung des aktuellen Kenntnisstandes sollte allerdings eine ausreichende Grundlage zum Verständnis der im Anschluss abgebildeten Herausforderungen in dieser Dimension bieten.

4.1 Aspekte relevanter psychotherapeutischer Ansätze

In der Diskussion um die Ätiologie der Sucht dominiert heute das allgemeine Modell des bio- psycho- sozialen Bedingungsgefüges. Dahinter verbergen sich vielfältige Erklärungsansätze schulenübergreifender Psychotherapie, naturwissenschaftlich mess- und darstellbarer Forschungsergebnisse aus der Neurobiologie, der Traumaforschung und der Analysen der soziologisch, sozialökologisch orientierten Schutz- und Risikofaktoren zur Entstehung von Sucht. Trotz mannigfaltiger Versuche, die Aspekte dieser Wissensgebiete zu einem lückenlosen Entstehungsmodell zu verbinden, kann heute nicht von einer bewiesenen Ätiologie der Sucht ausgegangen werden (vgl. Reis 2012, 10). Psychotherapeutische Ansätze gehen von sowohl psychoanalytischen, lerntheoretischen, kognitiven und sozialökologischen Grundannahmen zur Entstehung von Sucht aus. Die integrative Therapie beansprucht für sich das Paradigma, all diese Modelle pathogener Entwicklung zusammenzuführen und in individualisierter Übertragung auf den spezifischen Klienten zur Anwendung zu bringen (vgl. Kap. 4.1.1). Dabei wird eine sich gegenseitig ausschließende oder negierende Anwendung von Bezugstheorien vermieden und in einen offenen, prozessorientierten, wissenschaftlich strukturierten Ansatz kritischer Reflexion umgesetzt. Dies geschieht nicht im Sinne einer beliebigen Anwendung von therapieschulenabhängiger Perspektiven, sondern ordnet sich metatheoretischen Leitlinien unter (vgl. Ebert / Könnecke 2007, 166). Neben der integrativen Therapie kommen ebenso verhaltenstherapeutische Ansätze in der Psychotherapie von Drogenabhängigen zur Anwendung (vgl. Kap. 4.1.2). Auf die theoretischen oder praktisch- methodologischen Inhalte der benannten Therapieschulen kann hier nur in übersichtsartiger Form eingegangen werden. Ziel des Kapitels ist die Schaffung einer Ausgangsbasis für das Verständnis der aktuellen, strukturbedingten Problemstellungen in der Rehabilitation von Drogenabhängigen in diesem Kontext. Dabei stehen der integrative und der verhaltenstherapeutische Ansatz im Mittelpunkt, weil diese

weite Verbreitung finden.

4.1.1 Integrative Therapie

Hilarion Petzold begründete in den 60er Jahren den Ansatz der Integrativen Therapie und Beratung. Die Basis dieses therapeutischen Ansatzes geht von einem integrativen, d.h. zusammenführenden, einbeziehenden Leitgedanken aus, ohne dabei in „wildem Eklektizismus“ (vgl. Ebert / Könnecke 2007, 166) einem willkürlichen Konstrukt zu unterliegen. Das Modell des „Tree of Science“ ist hier der tragende wissenschaftstheoretische Unterbau, um unzulässige Kombination von gegenläufigen Theorieansätzen zu vermeiden. In seinem „Tree of Science“, welcher in der basalen Struktur der Praxis wurzelt und sich bis in die Höhe philosophischer, wissenschaftstheoretischer Metatheorien erstreckt, kombiniert und modifiziert Petzold relevante Theorien aus den umgebenden Bezügen. Primär sind hier die Quellen der Psychoanalyse, des Psychodramas, der Gestalttherapie und die Verhaltensmodifikation zu nennen (vgl. a.a.O.). Herausragende Bedeutung hat Petzolds Modell der Identität, welche er auf 5 Säulen aufbaut, erlangt. Ausgehend von einer lebenslangen, d.h. longitudinalen Entwicklungsperspektive, ordnet Petzold die Identität als einen Teil seines Persönlichkeitsmodells in sein therapeutisches Grundmodell ein. Die körperbezogene Perspektive der Leiblichkeit als eine der 5 Säulen wird sowohl in ihrer wahrnehmenden als auch in ihrer nach außen sichtbaren Dimension betrachtet. Im Blick auf die Beschaffenheit des Sozialen Netzwerkes, der materiellen Sicherheit, der Analyse des Wertekanons und im Aufspüren der Dimension von Arbeit, Leistung und Freizeit verwirklichen sich weitere Erkenntnisse zur Stabilität oder Instabilität von Identität. Dieses Modell wird in der Umsetzung des integrativen Ansatzes zum einen als Folie der prozessualen Diagnostik und zum anderen als Zielvorstellung einer förderlichen Intervention angewandt. Das prozessorientierte Denken Petzolds kommt in mehrfacher Hinsicht zur Geltung. Grundlage seines Modells ist die Erfassung der gesamten Lebensspanne des Klienten unter Einbeziehung seiner Zukunftsperspektiven (vgl. Ebert/ Könnecke 2007, 180). In gleicher Weise erfolgt die Erhebung von Diagnosen in prozesshaftem Abgleich mit dem Klienten. Die Zielsetzung dabei ist, die in der Vergangenheit oder Gegenwart vorhandenen Schädigungen zu erkennen und als Arbeitsgrundlage auszuweisen. In der Kategorisierung pathogener Faktoren unterscheidet Petzold in Entwicklungsnoxen, Repressionen/ Dissoziationen und multifaktorielle Überlastungen im Sinne schwieriger sozialer Lagen und Bedrohungen (a.a.O.). Der Therapieprozess als Strategie zur Veränderung von Befindlichkeit und Verhalten gliedert sich in die Initialphase (Anamneseerhebung, Beziehungs- und Gruppenkontakt herstellen),

die Aktionsphase (Themenfindung, Zielerarbeitung, Behandlung), die Integrationsphase (Vertiefung, Modifikation) und die Phase der Neuorientierung (Verhaltenstraining, Erprobung auf Verhaltensebene). Dies erfolgt jedoch nicht auf bloßem, von Kausalität gelöstem Verhaltenstraining, sondern bezieht das Verständnis für die Genese von pathogenem Körperbezug, Verhalten und Denken ein. In einem weit gefassten Spektrum aus 14 Wirkfaktoren der integrativen Beratung und Therapie definiert Petzold einen breit angelegten Katalog möglicher Intervention. Auf der Basis einer emotional annehmenden, von Verständnis geprägten Arbeitsbeziehung zum Klienten, erarbeitet er Ansätze zur Verbesserung der emotionalen Erlebnis- und Ausdrucksfähigkeit. Ansätze zur Stärkung von Selbstwirksamkeit und Beziehungsfähigkeit gehören ebenfalls in fein ausdifferenzierter, individuabezogener Art und Weise zu den psychotherapeutisch wirksamen Faktoren in der integrativen Therapie.

Allgemeine Erkenntnisse aus der Psychotherapieforschung ergeben, ungeachtet sämtlicher anwendbarer Methoden, dass die Passung der Persönlichkeit des Therapeuten zur Bedürfnislage der Klienten den höchsten Wirkfaktor in der Psychotherapie ergibt (vgl. Grawe/ Donati/ Bernauer 1994, 775). Authentisches Interesse an der Person des Klienten, Wertschätzung, Unterstützung, Optimismus und Zuversicht sind wichtige Merkmale über die ein Therapeut verfügen sollte, um ein positives Therapieergebnis zu erzielen. Ebenso liegen in der Persönlichkeit des Klienten entscheidende Einflussfaktoren. Wie empfänglich ist der Klient für Veränderung und wie nimmt der Klient den Therapeuten wahr? Diese Fragen spielen in der Analyse der therapeutischen Interaktion eine wichtige Rolle. In jedem Falle ist die Beziehungsqualität zwischen Klient und Therapeut ein qualitätsrelevanter Faktor, der in der übergeordneten Gestaltung therapeutischer Rahmenbedingungen dringende Beachtung finden sollte (vgl. Schneider 2008, 80).

4.1.2 Verhaltenstherapie

Die Verhaltenstherapie geht von lerntheoretischer Prägung menschlichen Verhaltens aus (vgl. Zimbardo/ Gerrig 2008, 605). Konditionierungsprozesse, welche über Signallernen, Lernen an Konsequenzen und durch Modellernen das menschliche Verhalten beeinflussen, stehen hier in kausalem Zusammenhang mit der Entstehung von Suchtverhalten (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 65). Allgemein wird Sucht als Fehlanpassung an ein defizitäres Lernumfeld definiert (vgl. Osten 2007, 206). Dies geschieht nach dem Modell der suchtbef-

zogenen Verhaltenspsychologie nicht nur über Kognitionen, sondern wird in gleicher Weise von motivationalen Prozessen beeinflusst. So speist sich die Verhaltenstherapie der Sucht sowohl aus der kognitiven Psychologie als auch aus der Motivationspsychologie. Positive und negative Wirkungserfahrungen des Konsums treten in Wechselwirkung mit meist sozial gebundenen konsumverstärkenden Impulsen und ergeben ein komplexes Wirkungsgeflecht suchterhaltender Funktionen. Vor allem der Mechanismus der antizipierten Wirkung einer Substanz, z.B. soziale Offenheit unter Substanzwirkung oder Verdrängung unangenehmer Gefühlszustände, bildet den Antrieb zur Fortführung des Konsums. Bei ansteigender Substanztoleranz entsteht so eine Erhöhung der jeweils konsumierten Dosis um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Das Postulat des kognitiven Teufelskreislaufs der Sucht (vgl. Beck 1997, 25) zeigt auf, wie vor allem negativ gefärbte Gefühlszustände vor dem Hintergrund mangelnder emotionaler und sozialer Kompetenz im Sinne einer Selbstmedikation erträglicher gestaltet werden. Dies verwirklicht sich in einer gewissen „Sogwirkung“ der Sucht.

Ziel der Verhaltenstherapie ist eine Gegenkonditionierung, bzw. eine Identifikation und Modifikation pathogenetischer Gedanken und Emotionen (vgl. Hautzinger 2012, 47). In der Differenzierung aus Auslöser, automatische, d.h. unreflektierte Gedanken und den daraus resultierenden Empfindungen, Verhaltensweisen und Folgen ergibt sich eine transparente Behandlungsbasis. Konkrete Interventionen wurden für diesen Bereich der Suchtbehandlung vielfach entwickelt. Programme zur Rückfallprävention, Rollenspiel in sozialen Situationen in denen Konsumeinladungen oder gar -aufforderungen zu erwarten sind, soziales Kompetenztraining und Stressmanagement gehören zu diesem weiten Feld verhaltenstherapeutischer Konzepte (vgl. Täschner 2010 [u.a.] 123). Die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnik hat in diesem Segment eine herausragende Bedeutung.

„Das übergreifende Ziel ist es, die intrinsische Motivation zu erhöhen, so dass Veränderung eher von innen heraus entsteht als dass sie von außen aufgepfropft wird“ (Miller / Rollnik 2009, 55).

In Anerkennung der oft ambivalenten Haltung des Klienten gegenüber dem Drogenkonsum strebt die motivierende Gesprächsführung eine Stärkung des Abstinenzgedankens an. Die Abwägung zwischen den Vor- und Nachteilen des Konsums verstärkt die Ambivalenz und führt den Klienten zu bewusstem Umgang mit seinen destruktiven Verhaltensweisen. Über die Beobachtung und Förderung von Ambivalenz, Widerstand und Erfahrungen von Selbstwirksamkeit fokussiert die Motivierende Gesprächsführung auf den Prozess möglicher Veränderung. Dabei wird das Element des Widerstandes als positiv bestetzt

Facette im Kontext einer explizit an förderlicher Selbstbestimmung orientierten Methodik definiert. Die Analyse von Kausalzusammenhängen zur Entstehung von Sucht oder anderen destruktiven Verhaltensweisen stehen eher im Hintergrund bei dieser Form der Intervention, wenngleich sie auch in der Erfassung von pathogenen Kognitionen und Motivationen mitschwingen.

4.2 Einflüsse aus der Suchtmedizin und der Neurobiologie

Die Suchtmedizin betrachtet die Sucht als eine

„neurochemische Anpassung des Gehirns an eine anhaltende Substanzzufuhr“ (Tretter / Braun 2008, 14).

Die neurochemische bzw. neurobiologische Erforschung zur Genese von Sucht stellt mehrere Ebenen in den Mittelpunkt. Ausgehend von der Analyse zellulären molekularen, biochemischen Geschehens an den Synapsen (Schaltstellen zwischen Neuronen und Sinneszellen) werden die nachfolgenden elektrochemischen Reaktionen der Nervenzellen bzw. Sinneszellen betrachtet. Da jedoch auf der Analyseebene von einzelnen Nervenzellen noch keine neuronalen Systeme erfasst und verstanden werden können, rückt auf der nächsten Ebene die Erforschung neuronaler Schaltkreise in den Fokus. Die übergeordneten anatomischen Strukturen des Gehirns stellen die oberste Forschungsebene dar. Der suchtmittelspezifische Einfluss auf allen Ebenen ist komplex und nicht abschließend geklärt (vgl. Tretter / Braun 2008, 15). Die überaus interessanten Erkenntnisse auf diesem Gebiet sind so weitreichend und spezifisch, dass hier nur holzschnittartig darauf eingegangen werden kann. Zentraler Ort der Wirkung von psychotropen Substanzen ist die Synapse. Als Transmitter werden Botenstoffe bezeichnet, die durch das Andocken an spezifische Rezeptoren entweder erregende oder dämpfende Reaktionen in der nachfolgenden Zelle hervorrufen. Die für die Analyse von Drogenwirkungen wichtigen Transmitter sind Dopamin, Noradrenalin, Acetylcholin, Serotonin, Glutamat (γ -Aminobuttersäure). Durch ein komplexes System aus Anflutung und Rücktransport der Transmitter im synaptischen Spalt und zwischen den transmitterspezifischen Rezeptoren wird das neurobiologische Erregungsniveau über molekulare Prozesse gesteuert. Die synaptischen Effekte, die die jeweilig konsumierten Substanzen auslösen, sind zwar tiefgreifend erforscht und beobachtet, jedoch bleiben kausale Fragen noch unbeantwortet (vgl. Tretter / Braun 2008, 19). Auf vereinfachter Ebene ist ein Modell des neuronalen/ molekularen Gleichgewichtes im Gehirn hilfreich. Im Zustand ausgeglichener Aktivität findet ein steter Fluss und Rückfluss der

genannten Substanzen auf vielen Ebenen statt. Abhängig von der individuellen Disposition und den äußeren Reizanflutungen kann dieses Gleichgewicht auch durchaus bei einem gesunden Menschen aus der Balance geraten. Die ausgleichende Regulation hingegen gelingt auf natürlichem Weg. Um die Ausgeglichenheit des Befindens wiederherzustellen muss nicht auf den Konsum von psychogenen Substanzen zurückgegriffen werden.

Unabhängig von der tatsächlich vorhandenen Menge eines Transmitters ist der Aspekt der spezifischen Wirksamkeit und Einflussnahme eines Transmitters relevant. Abhängig von den biochemischen Abläufen eines Transmissionsprozesses in der Synapse kann man zusammenfassen:

„Die Substanz X hat ein relativ starkes (hohes) funktionelles Gewicht im gesamten Funktionsgefüge“ (Tretter / Braun 2008, 34).

Daraus folgt, dass der Erhalt des Gleichgewichtes nicht allein von der Menge der konsumierten Substanz abhängt, sondern, dass sie spezifische Wirkweise und der Zeitraum während dem konsumiert wurde ebenfalls relevant sind.

Im Falle einer anhaltenden „Nutzung“ von Drogen wird das physiologische Gleichgewicht in den neurobiologischen Regulationsprozessen so nachhaltig gestört, dass es zu einer temporären oder chronischen, pathologischen Gleichgewichtsverschiebung kommt. Auf dieser Grundlage persistiert und verschlechtert sich das Konsumverhalten im Sinne eines Negativkreislaufes. Um den Zustand ausgeglichener Befindlichkeit zu erreichen muss stets das Suchtmittel zugeführt werden, da sich das Gehirn zunehmend an das dysfunktionale System anpasst. Beim Absetzen der Substanz entwickelt sich das Entzugssyndrom, welches Ausdruck des entgleisten neurobiologischen Gleichgewichtes ist. Nicht nur die somatischen Entzugssymptome, sondern auch die psychischen Zustände der Angst, der Erregung und Nervosität, der Aggression und Depression können in diesen Kontext einbezogen werden (a.a.O.).

Wenn auch noch von einem unvollständigen Erkenntnisstand in diesem Bereich ausgegangen werden muss, so sind hier in der Zukunft dennoch richtungsweisende Impulse zu erwarten. In besonderer Weise stellt die Forschung aktuell die Zusammenhänge von Komorbiditäten und Sucht in den Vordergrund. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen in engem Zusammenhang stehen (vgl. Lüdecke 2010a, 22). Ebenso kommen Depressionen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen als komorbide Krankheitsbilder bei bestehender Abhängigkeit in Frage. Mit Komorbidität ist die überzufällig,

häufig auftretende Gemeinsamkeit zweier Störungs- oder Krankheitsbilder gemeint. Daraus ist jedoch keine allgemeingültige oder sich gegenseitig zwingend bedingende Kausalität ableitbar (Barth 2011, 91). Durch die Erhebung zeitlicher Abläufe kann im Verlauf des Therapieprozesses ein präziseres Bild der Krankheits- bzw. Störungsgeschichte gewonnen werden (a.a.O.). Dies ist jedoch nur durch prozesshaft orientierte Diagnostik möglich. Die Korrelation von PTBS und Abhängigkeit ist bei bestehender Polytoxikomanie auffällig hoch. In zahlreichen Studien zwischen 1995 bis 2008 konnte ermittelt werden, dass Abhängige von multiplen Substanzen von einer PTBS auffällig oft betroffen sind. Die Prozentanteile und Wahrscheinlichkeiten bei bestehender Traumatisierung vs. Sucht an einer PTBS zu erkranken, variieren allerdings innerhalb dieser Studien stark (vgl. Lüdecke 2010a, 17). Grundlegend für dieses spezifische Gebiet sind drei Hypothesen (vgl. Lüdecke 2010a, 19). Die *Selbstmedikationshypothese* geht von einem eigenständig vom Klienten angewandten Versuch, die Symptome der PTBS zu mildern aus. Flashbacks oder ständige innere Unruhe und Angst können über den Konsum von psychoaktiven Substanzen gemildert werden. Über diesen zunächst als positiv erlebten Effekt bildet sich in einem über gegenseitige Wechselwirkungen selbsterhaltenden Kreislauf das Vollbild der Abhängigkeit heraus. Dahinter verbirgt sich jedoch die Grunderkrankung der PTBS. Die *Sensibilitätshypothese* fokussiert auf die höhere Wahrscheinlichkeit bei bestehender Substanzabhängigkeit an einer PTBS zu leiden, sollte ein schwer traumatisierendes Ereignis abgelaufen sein. Hier spielen die zeitlichen Abfolgen von Symptombildungen eine wichtige Rolle. Sowohl die Häufigkeit und Intensität von Traumatisierungen als auch die Konstitution des Klienten sind hier von Interesse für die Ursachenforschung. Die *Hochrisikohypothese* kategorisiert Drogen- und Alkoholabhängige als besonders gefährdet, weil innerhalb der suchtbezogenen Lebensgestaltung proportional zur nicht süchtigen Bevölkerung ein erhöhtes Risiko überhaupt einem Trauma ausgesetzt zu sein, vorhanden ist (Beschaffungsprostitution, Gewalt und Missbrauch). Zu dieser Hypothese liegen allerdings keine einheitlichen Ergebnisse vor (a.a.O.). Insgesamt ist die Selbstmedikationshypothese am deutlichsten bestätigt.

Im Bezug auf andere psychische Komorbiditäten (Depressionen, Ängste, Borderline-Störung, Schizophrenie, Psychosen) liegen unterschiedliche Einschätzungen zum Zusammenhang von Drogenkonsum und psychischer Erkrankung vor. Während Lüdecke von einem gesicherten Zusammenhang von Drogenabhängigkeit und mindestens einer Begleiterkrankung ausgeht (vgl. Lüdecke 2010a, 12), beschreibt Barth in differenzierter Art und Weise die diagnostischen Herausforderungen in diesem Bereich (vgl. Barth 2011, 94).

Zusätzlich zu psychischen Begleiterkrankungen tauchen im Setting der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen multiple körperliche Befunde auf. Ruinöser Zahnstatus und Schäden der nasalen Atemwege sind neben Hepatitisinfektionen oder HIV die bedeutendsten somatischen Folgen.

4.3 Diagnostik

Während die Diagnostik der somatischen Komorbiditäten nach den bekannten Standards erfolgen kann, gestaltet sich die Erhebung des Aufnahmezustands in psychischer und psychiatrischer Hinsicht deutlich aufwändiger. Die Erhebung der Anamnese gliedert sich in die Abschnitte der Suchtanamnese, die somatische Anamnese, die psychiatrische Anamnese, Analyse der sozialen Situation und in die allgemeine Biographie (Tretter / Braun 2008, 52). Standardisierte Fragebögen zur Konkretisierung bzw. zum Ausschluss bestehender Verdachtsmomente auf komorbide Störungen kommen in vielfältiger Hinsicht zum Einsatz. Beispielsweise empfiehlt die AWMF eine in der Leitlinie zur PTBS das SCID-PTBS (Structured Clinical Interview for DSM) (vgl. Flatten [u.a.] 2011, 202-210) als ein mögliches und valides Diagnoseinstrument. Allerdings gewinnt man bei der bloßen Diagnose einer PTBS auch unter Berücksichtigung der auf Evidenz ausgerichteten AWMF-Leitlinien keine Erkenntnisse über die Kausalität von Sucht und Komorbidität. Die PTBS ist in der ICD-10 unter der Klassifikation F.43.1 erfasst und fokussiert, ähnlich wie standardisierte Diagnoseinstrumente, auf die sichtbaren Symptome. Die ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (WHO 2005, 9) stellt hier eine Möglichkeit der Kontexterfassung sämtlicher klientenbezogener Informationen dar und trägt auf diesem Weg zu einer zeitlich geordneten und umfassenden Anamnese und strukturierten Problemanalyse bei, die über die situativ gebundene Symptomerfassung hinausgeht. Allerdings stellt weder die ICD-10 noch die ICF ein Diagnoseinstrument zur Klärung von komorbiden Kausalitäten dar, sondern bietet lediglich Strukturierungshilfe bei oft komplexer Beschwerdevielfalt. Über diese Zielsetzung hinaus strebt die ICF die Funktion eines Hilfsinstrumentes zur Ermittlung und Begründung eines sozialrechtlichen Anspruches gegenüber den Kostenträgern dar. Die Deutsche Gesetzgebung hat die ICF zu diesem Zweck als Definitionsgrundlage sozialrechtlicher Anspruchsvoraussetzungen anerkannt.

5. Herausforderungen und Problemfelder der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen

Auf der dargestellten Grundlage kann die Perspektive im Folgenden auf die Problemfeldanalyse zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen gerichtet werden. Um den komplexen Zusammenhang in strukturierter Art und Weise verständlich zu machen, ist die Unterteilung in die Analysekategorien des Zugangs/ der Zuweisung, des Therapieprozesses und der Nachhaltigkeit/ Langfristigkeit unter der Zuordnung zu den benannten Dimensionen sinnvoll, da sich hinter dieser Matrix der gesamte Prozess einer stationären Rehabilitation abbildet (s. Tabelle: 1). Zielgerichtet auf die Fragestellung nach vor allem ökonomischen und sozialmarktlichen Einflüssen und deren Auswirkungen auf die Leistungserbringung in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen fächert das folgende Kapitel die relevanten Zusammenhänge auf.

5.1 Ökonomische Probleme und Herausforderungen für die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen

Die ökonomische Notwendigkeit den Einsatz von Ressourcen nach dem bestmöglichen Verhältnis aus Input und Output zu gestalten, kann nicht in Frage gestellt werden. Vor allem nicht vor dem Hintergrund volkswirtschaftlicher und globaler Höchstbelastung. Auf unserem Rentensystem lasten die Herausforderungen des demographischen Wandels, der Absenkung des allgemeinen Lohnniveaus in einigen Branchen, der hohen Arbeitslosigkeit und den Effekten des Niedriglohnsektors. Als im Jahre 2001 mit dem SGB IX das große Ziel der Gleichberechtigung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in Deutschland gefordert und auf den Weg gebracht wurde, implementierte dies weitere ökonomische Herausforderungen.

Mit der in §§ 220 SGB VI i.V. mit §§ 287b und 68 Abs. 2 Satz 1 SGB VI festgelegten Budgetierung der Ausgaben für die medizinische Rehabilitation, welche sich an den durchschnittlichen Bruttolöhnen zu orientieren hat, kam eines von mehreren Kostensteuerungsinstrumenten deutscher Rehabilitationspolitik zur Anwendung. Angesichts der Anhebung des Rentenalters auf 67 einschließlich des drohenden Fachkräftemangels in Kombination mit der alternden Erwerbsbevölkerung, die Nachfrager der Rehabilitationsleistungen ist und zukünftig in steigendem Maß sein wird, ergibt sich eine ökonomische Zwangslage für

	Politik	Recht/ Sozialrecht	Ökonomie	Medizin/ Therapie/ Soziale Arbeit
Zuweisung / Zugang	<ul style="list-style-type: none"> Fehlende Vernetzung von Institutionen der Akutmedizin zur stat. Rehabilitation von Drogenabhängigen, z.B. Hausärzten, Kliniken etc. Budgetierung der Ausgaben für die allgemeine Rehabilitation nach §220 SGB VI 	<ul style="list-style-type: none"> Hochschwelliges, standardisiertes Antragsverfahren, welches Frühintervention bei milder ausgeprägten Krankheitsfolgen erschwert Eingriff in die Ausgestaltung des Klinikalltages durch kontrollierende, standardisierende und normierende gesetzliche Rahmenbedingungen (§§20/21 SGB IX) 	<ul style="list-style-type: none"> Passgenauigkeit der Therapiemaßnahme zum Bedarf des Klienten kann nur über Erfassung der gesamten Lebenslage des Klienten hergestellt werden (ICF); Komorbidität und Bedarfslage ist in die Zuweisung zu integrieren Zuweisung erfolgt primär über den Preiswettbewerb. Etablierung eines Wettbewerbs über Qualitätskriterien ist anzustreben. 	<ul style="list-style-type: none"> Durch Präferenz und Ausbau der ambulanten Rehabilitation sind schwerere Krankheitsfolgen in der stat. Rehabilitation zu erwarten. Mangelnde Sicherstellung eines adäquaten Ausbildungs- und Personalstandes mit attraktiven Berufsbedingungen (z.B. Ausbau des Case Managements sowohl ambulant als auch stationär).
Therapieprozess	<ul style="list-style-type: none"> Abstinenzgebot ist in der stat. Rehabilitation gesetzlich als Teilziel definiert, Substitution wird als Hilfe zum Ausstieg auch in der stat. Rehabilitation angeboten. Primäres Ziel ist die Integration in den sozialversicherungspflichtigen Arbeitsmarkt. Dies geschieht vor dem Hintergrund der Präkarisierung von belasteten, bildungsfernen Lebensläufen (Rückfallgefahr bei Arbeitslosigkeit) 	<ul style="list-style-type: none"> Durch Bewilligung des Antrags bestehender rechtlicher Anspruch auf Rehabilitation mit Wunsch- und Wahlrecht des Klienten bei bestehendem Ärzte- und Therapeutenmangel. Mangelnde Vertragsparität in der Ausgestaltung der Basisverträge für Vertragsabschlüsse nach §21 SGB IX 	<ul style="list-style-type: none"> Investitions- und Qualifikationsstau in den suchtbetrogenen Rehabilitationskliniken. Verursacht durch monistische Finanzierung und nicht leistungsgerechte Vergütungssätze. Steigerung der Arbeitsbelastung durch Personalkürzungen bzw. Steigerung des Therapeuten -Klienten-Verhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> Theorienvielfalt, die aktuell sehr von Medizinalisierung geprägt wird. Diskussion um iatrogene Suchtverlagerung bei medikamentöser Versorgung von Klienten. Komorbiditätsdiagnostik gewinnt an Bedeutung Nachrangige Position der Sozialen Arbeit im stationären Setting Zunahme der Cannabisproblematik, höherer Bedarf an Therapieplätzen Evidenzbasierung und AWMF Leitlinien als „Kochbuchmedizin“?
Nachhaltigkeit/ Langfristigkeit	<ul style="list-style-type: none"> Aufgrund gesellschaftlicher Beschleunigungs- und Individualisierungsprozesse ist mit einer Zunahme von Suchterkrankungen zu rechnen Sucht im Alter / zunehmendes Alter auch bei Abhängigkeit von illegalen Drogen zeitigt höhere Bedarfe 	<ul style="list-style-type: none"> Zurückhaltenderes Bewilligungsverhalten bei gesetzlich vorgeschriebener Prüfung des Rehabilitationsbedarfes und der Rehabilitationsfähigkeit des Klienten auf der Grundlage des Sozialberichtes transformiert die Kosten in das verbleibende Sozialversicherungssystem (Krankenkasse, Hartz IV, Berufsunfähigkeitsrenten). 	<ul style="list-style-type: none"> Das Vergütungssystem setzt die Einrichtungen der stat. Rehabilitation unter wirtschaftlichen Druck der die Gefahr der Insolvenz massiv befördert. Leistungs- und Bedarfsgerechte Vergütung ist anzustreben und umzusetzen. 	<ul style="list-style-type: none"> Verkürzte Therapiezeiten haben direkten Einfluss auf den langfristigen Erfolg der Therapie. Fehlende Katamnesestudien bzw. erschwerte Operationalisierung von Erfolgskriterien im Untersuchungsdesign.

Tabelle 1: Problemfeldanalyse der stat. Rehabilitation von Drogenabhängigen

die Finanzierung der allgemeinen medizinischen Rehabilitation. Zwar weisen die statistischen Zeitreihen der DRV seit 2006 stets einen Einnahmeüberschuss aus, dieser steht aber nicht zwingend mit gestiegenen Beitragszahlungen der Versicherten im Zusammenhang. Vielmehr spielen Bundeszuschüsse und zusätzliche Bundeszuschüsse bzw. Vermögenserträge eine tragende Rolle (vgl. DRV 2012c, 244). Aus Sicht der Bundesregierung besteht also ein nachvollziehbares Interesse die Gemeinschaft der Beitragszahler, die voll im Erwerbsleben steht, zu erhalten, jedoch andererseits die Finanzlasten die auf das Rehabilitationssystem drücken zu begrenzen. Zu diesem Zweck wurde die Budgetierung der Rehabilitationsleistungen in den 90er Jahren über die oben genannte Gesetzgebung konkretisiert. Im Jahre 2010 lag die festgelegte Summe des Reha-Budgets bei 5.42 Mrd.€. Dieses wurde in diesem Zeitraum zu 99% (vgl. Kurth /Strengmann-Kuhn 2012) ausgeschöpft.

Das Wirtschaftsinstitut Prognos veröffentlichte im Jahre 2011 ein Kurzdossier zur Gestaltung des Reha-Budgets (vgl. prognos 2011). Die Befunde dieses Dossiers ergaben in Übereinstimmung mit der DRV Oldenburg-Bremen und einer von der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN eingereichten Drucksache (vgl. Kurth / Strengmann- Kuhn 2012) die Basis für eine aktuell geführte Diskussion zur Erhöhung des Reha-Budgets. Hauptargumente dieser Diskussion sind die fehlende Orientierung am realen Rehabilitationsbedarf und die Alterung der Erwerbsbevölkerung deren Rehabilitationsbedarf sich parallel zum steigenden Lebensalter erhöhen wird. Vor diesem Hintergrund ist auch die zu befürchtende Zuspitzung des Fachkräftemangels zu sehen. Demgegenüber positioniert sich die Bundesregierung in oben genannter Drucksache auf dem Standpunkt, dass lt. den Berechnungen des Bundesrechnungshofes vor allem bei den trägereigenen Rehabilitationskliniken der DRV Bund umfassende Einsparmöglichkeiten und Effizienzreserven bestünden (a.a.O.) und dass keinesfalls mit Ausfällen in der Rehabilitationsversorgung zu rechnen sei. Insgesamt hat die Rehabilitation in Deutschland einen durchaus relevanten volkswirtschaftlichen Stellenwert. Mit 92400 Vollkraftstellen (vgl. Augurzky [u.a.] 2011, 45) und einem generierten Steuer- und Sozialabgabenvolumen von 700 Mrd.€ (a.a.O.) ist sie eine sozialwirtschaftlich bedeutende Branche.

Die flächen- und bedarfsdeckende rehabilitative Versorgung wird, neben den trägereigenen Rehabilitationskliniken, über den Abschluss von Verträgen mit Leistungserbringern nach § 21 SGB IX gewährleistet. Übergeordnete Basisverträge regeln, im Sinne eines weiteren Kostensteuerungsinstrumentes, sämtliche Rechte und Pflichten der an der Rehabili-

tationsversorgung beteiligten Vertragsparteien. Dazu gehören die Bereiche der Qualitätssicherung, des Personals, der Vergütung, der Mitwirkungsmöglichkeiten, des Datenschutzes und der Einbeziehung von behinderten Mitarbeitern unter besonderer Berücksichtigung von schwerbehinderten Frauen. In § 21 Abs. 3 Satz 2 SGB IX ist die vertragliche Verpflichtung zur Zertifizierung der leistungserbringenden Organisationen festgelegt. Bei nicht erbrachter Zertifizierung wird der Kooperationsvertrag mit dem Leistungsträger gekündigt und es erfolgen keine weiteren Zuweisungen mit gewährleisteter Kostenübernahme für zu erbringende Rehabilitationsleistungen. Aus einem Rechtsgutachten im Auftrag der AG MedReha, welches den Basisvertrag zum Abschluss der einrichtungsspezifischen Versorgungsverträge prüft, geht bezüglich dieser existenziellen Abhängigkeit der vertraglich gebundenen, leistungserbringenden Kliniken gegenüber dem Rehabilitationsträger die grundsätzliche Feststellung einer mangelnden Vertragsparität hervor. Das wirtschaftliche Abhängigkeitsverhältnis wird in gleicher Weise über die unterschiedlichen Vergütungssätze von trägereigenen und vertragsgebundenen Kliniken sichtbar (vgl. Kingreen 2010, 42). Neben dem festgestellten Rechtsbefund mangelnder Vertragsparität und einer gegen die „guten Sitten“ verstoßenden Machtasymmetrie der beteiligten Vertragsparteien geht daraus die Kritik an der Festlegung von bedarfsgerechten Vergütungen hervor. Darüber hinaus ist dem Rechtsgutachten der Status der mangelnden Verhandlungsfreiheit der am Vertragsabschluss interessierten Kliniken zu entnehmen. Vor die Wahl gestellt, entweder die vorgegebenen Klauseln ohne Einschränkung zu akzeptieren oder auf den existenziellen Vertragsabschluss gänzlich zu verzichten, sehen sich die Leistungserbringer in der unterlegenen Position und mahnen die mangelnde Gestaltungsmöglichkeiten der auszuhandelnden Verträge an. Im Ergebnis und im Zusammenwirken der ökonomisch wirksamen und hier dargestellten Zusammenhänge stellt sich ein spannungsgeladener Kontext aus begründetem Ressourcenbewußtsein und wirtschaftlicher Bedrohung der Leistungserbringer dar. Im Jahre 2008 wiesen 28% der Rehabilitationskliniken eine erhöhte Insolvenzwahrscheinlichkeit auf (vgl. Augurzky [u.a.] 2011, 75) und vor dem Hintergrund der allgemeinen Preis- und Lohnkostenentwicklungen ist an dieser Stelle mit einer weiteren Zuspitzung der Situation zu rechnen (a.a.O.). Verschärfend ist davon auszugehen, dass ein ohnehin vorhandener Fachkräftemangel im medizinischen und pflegerischen Bereich bei Steigerung der Auslastung der Rehabilitationskliniken deutliche Auswirkungen auf eine qualitativ konsistente Ergebnisqualität haben muss. Die steigende Arbeitsbelastung ist anhand der konstant gebliebenen Beschäftigtenzahlen bei steigenden Leistungszahlen im Zeitraum von 1997- 2009 zu belegen (vgl. Augurzky [u.a.] 2011 , 49). Neben dieser verdeckten Einspa-

nung von personellen Ressourcen, die dem primär auf den Preis gerichteten Wettbewerb um Zuweisungen durch den Kostenträger geschuldet ist, lastet im Bereich der Rehabilitation auch die Sicherstellung von baulicher und qualifikationsorientierter Qualität in voller Höhe auf den Kliniken. Im monistischen Vergütungssystem wird davon ausgegangen, dass sowohl Betriebs- als auch Investitionskosten über die einrichtungsspezifisch ausgehandelten tagesgleichen Pflegesätze abgegolten sind. Auch die zur Sicherung von fachlich qualifizierter Behandlung notwendigen Weiterbildungs- und Personalförderungsmaßnahmen sollen über dieses Vergütungssystem abgedeckt werden. Daraus resultiert eine weitere Zuspitzung des Kostendrucks für die Einrichtungen, welcher sich in einem sowohl baulich als auch fachlich ausgeprägten Investitionsstau bemerkbar macht (vgl. Kap 3.3). Im Kontext dieses Konfliktes aus mangelnder Vertragsparität, pauschaler Vergütungsstruktur und existenzieller Abhängigkeit der Leistungserbringer von den Kostenträgern wird die Forderung nach vermittelnden Schiedsstellen vorgebracht ((Augurzky [u.a.] 2011,30/ Kingreen 2010,42). Die Kritik an den einrichtungsspezifisch ausgehandelten Vergütungs- und Kooperationsverträgen steht im Gegensatz zu der vom Gesetzgeber geforderten Vereinheitlichung der Verträge (§21 SGB IX). An dieser Stelle wird die strukturell bedingte, wertebzw. normabhängige und kommunal unterschiedliche Umsetzung der gesetzlich gegebenen Rahmenbedingungen besonders deutlich. Ein gemeinsamen Budesausschusses für die Rehabilitation, der diese Divergenzen ausgleichen könnte, besteht zu diesem Zeitpunkt nicht. Dies ermöglicht zudem verschärfend die untergeordnete und ausgelieferte Position der Leistungserbringer. Mit trägereigenen Kliniken müssen keine Verträge abgeschlossen werden, wengleich die inhaltlichen Bestimmungen in gleicher Weise zu Anwendung kommen. Hier wird ein zweigliedriges Vertragregime konstruiert, welches zu einer ökonomischen Benachteiligung der freien Leistungsträger führt (vgl. Kingreen 2010, S. 5).

In fachlicher Hinsicht ist der Bereich der Rehabilitation jedoch dringend gehalten die Attraktivität der darin enthaltenen Arbeitsplätze zu fördern, um die personelle Strukturqualität der geforderten Standards zu gewährleisten. Bezogen auf den spezifischen Bereich der Suchtrehabilitation ist die beziehungsorientierte Arbeit des Therapeuten von besonderer, qualitätssichernder Bedeutung.

„Für die Patienten bzw. Rehabilitanden erbringen die Therapeuten, insbesondere die Bezugstherapeuten, den größten Anteil der Behandlungsqualität. Für die Patienten sind sie die wahren Leistungsträger. Wenn wir diese Einschätzung ernst nehmen, müsste an oberster Stelle der Qualitätssicherung die Pflege und Entwicklung dieser Personengruppe stehen.“ (Schneider 2008, 80).

Positiv zu bewerten ist, dass das in der Berechnung von therapeutischen Planstellen vorgegebene Verhältnis von 6-8 Klienten zu einem Therapeuten in der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen seit langer Zeit als Grundlage erhalten blieb. Dieses ist im Bereich der Behandlung von Alkoholabhängigen seit 2001 auf 10 zu 1 erhöht worden. Dennoch ist ein enormer Zuwachs an bürokratischer Arbeit auf beiden Feldern festzustellen (Schneider 2008, 82). Hier wird ein enormes Maß an Ressourcen gebunden, welches im Kontrast zur fachlich begründeten Aufgabenstellung therapeutischer Arbeit steht.

Diese allgemeinen, ökonomischen und sozialwirtschaftlichen Befunde entfalten ihren Einfluss auf der Ebene der stationären Rehabilitation in spezifischer Art und Weise. Die Zuordnung der einzelnen Problemkontexte hinsichtlich ihrer Ursache- und Wirkungszusammenhänge ist nicht an jeder Stelle trennscharf zu ermitteln. In der hier vorliegenden Analyse wurden die Inhalte primär jenen Feldern in der Matrix zugeordnet, an deren Stelle sie ihre Brisanz am deutlichsten entwickeln. Zweifellos sind, über die hier vorgelegte Struktur hinaus, weitere Wechselwirkungen und Spannungsfelder zwischen den Dimensionen der stationären Rehabilitation festzustellen. Beispielsweise ist hier auf die doppelte Problemdimension der Ökonomie und Therapie zur passgenauen Zuweisung im Vorfeld hinzuweisen. Auf eine weitere Differenzierung wird hier jedoch verzichtet, da das Ziel der überblicksartigen Deskription weiter verfolgt wird. Ein Rückbezug auf ökonomische bzw. strukturelle Kausalitäten findet an angemessener Stelle im folgenden Kapitel, über die in der Tabelle vorgenommenen Zuordnungen hinweg, dennoch folgerichtig statt.

5.2 Besondere Problemaspekte zur stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen

Die stationäre Rehabilitation an sich steht primär im Zusammenhang des eigentlichen Therapieprozesses. Jedoch bereits im Zugang bzw. in der Zuweisung zu einer suchtbearbeitenden rehabilitativen Maßnahme bestehen problematische Strukturen. Mit der Fixierung auf ein standardisiertes Antragsverfahren, wie es in § 6 Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen geregelt ist, wird die als präventiv verstandene Frühintervention erschwert. Langwierige Phasen der Erstellung und Bearbeitung des Rehabilitationsantrages unterhöhlen die oft ausgeprägte Ambivalenz der Antragsteller zusätzlich. Dies ist primär in der ambulanten Substitutionsbehandlung zu beobachten. Die Bewilligung der Rehabilitation durch den Kostenträger ist an eine Vielzahl von Voraussetzungen gebunden. Zunächst ist die Zuständigkeit, welche an rentenrechtliche Versicherungszeiten gebunden ist, zu prü-

fen. Dies erfolgt durch den zuständigen Sachbearbeiter der Renten- oder Krankenversicherung. Im Falle einer fehlgeleiteten Antragstellung ist die korrekte Bearbeitung durch den jeweiligen Empfänger des Antrags zu veranlassen. Die verwaltungsbedingte Gliederung der Zuständigkeiten stellt sowohl an das strukturelle als auch an das inhaltliche Verständnis der Klienten hohe Anforderungen. Suchtbedingte Reifungsverzögerung, gerade im Kontext langfristiger Abhängigkeit von illegalen Drogen, geht mit mangelnder Frustrationstoleranz und ambivalenten Motivationslagen einher. Dies ist immanenter Bestandteil von suchtbedingten Verhaltensstörungen und steht in scharfem Kontrast zu den Anforderungen die das standardisierte Antragsverfahren an die meist nur situativ ausstiegsmotivierten Klienten stellt. Zu lange Bearbeitungszeiten oder zu hohe Bewilligungsvoraussetzungen, wie z.B. ein zwingend zu durchlaufendes Motivationsprogramm als sichtbaren Beleg der Rehabilitationsfähigkeit bzw. auferlegte Beratungssequenzen, generieren eine Verstärkung der Perspektivlosigkeit und des Sinnlosigkeitsempfindens beim Klienten. Hier wäre eine Flexibilisierung des Zuweisungssystems, welches die Bewältigungskompetenzen des Klienten stärker berücksichtigt wünschenswert. Dies belegt die Verteilung der Zuweisungen aus der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) aus dem Jahre 2009. Lediglich 1,8% der Zuweisungen zur stationären Rehabilitation im gesamten Indikationsbereich der stoffgebundenen Abhängigkeiten erfolgen über niedergelassene Ärzte oder Psychotherapeuten (vgl. Missel 2011, 457). Ebenso gering sind die Zuweisungsanteile aus dem stationären Akutbereich mit 15,9% (a.a.O.) Zur Diskussion könnte hier ein direktes Einweisungssystem, ähnlich dem Zugang zu Krankenhäusern, gestellt werden. Allerdings hätte eine solche organisatorische Struktur enorme Auswirkungen auf die Bemessung des Bedarfes von Therapieplätzen. Hier kann berechtigterweise in Frage gestellt werden, ob diese längst überfällige Modifikation gerade deshalb vermieden wird. Die Praxis der direkten Einweisung erfolgt aktuell bereits im Bezug auf die medizinische Entzugsbehandlung. Nach Abschluss des körperlichen Entzuges ist der unmittelbare Übergang in die geeignete Behandlungsform von enormer Bedeutung. Dieses Schnittstellenmanagement gestaltet sich aktuell als zu fragmentiert (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 95). Behandlungsfreie Zeiten, zwischen dem Abschluss der Entzugsbehandlung auf primär körperlicher Basis und dem Beginn der langfristigen Entwöhnungsbehandlung hinsichtlich der bio-psycho-sozialen Bedarfe des Klienten, bergen ein hohes Rückfallrisiko. Der Zergliederung des Behandlungssystems sollte mit einer deutlichen Verbesserung der Vernetzung und der unmittelbaren Zusammenarbeit aller Beteiligten entgegengewirkt werden (vgl. Weissinger 2012, 79). Neben der fachlichen Qualitätsverbesserung liegen hier ebenfalls ökonomische Ressourcen

zur Erschließung nachhaltiger Behandlungserfolge und Frühinterventionen brach.

Ein weiterer Problemkontext stellt die diagnostische Erhebung der medizinischen, sozialen und psychischen Befundlage im Vorfeld der rehabilitativen Intervention dar. Daran ist die Beurteilung der Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit und -prognose nach §3 Abs.1 der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ in Verbindung mit den §§ 8-10 der Rehabilitationsrichtlinie gebunden. Damit ist die umfassende Erhebung aller belastenden Faktoren, einschließlich der daraus folgenden Sekundäreffekte eine bedeutsame Grundlage im gesamten Rehabilitationsprozess. Besonders im Kontext der Komorbiditätsdiagnostik, die bereits im stationären Kontext eine ausgesprochen hohe fachliche Qualifikation erfordert, sind niedergelassene Allgemeinärzte und Drogenberatungsstellen zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend sensibilisiert. Hier besteht die Gefahr der Fehlzuzuweisung durch eine zu frühe, isolierte, diagnostische Fixierung auf die Symptome bzw. Folgeschäden der Sucht bzw der komorbiden Störungen. Dies stellt neben dem ökonomischen Risiko einer fehlgeleiteten Behandlung auch eine Schwierigkeit im gesamten Behandlungsprozess dar. Die Umkehrperspektive, dass komorbide oder koexistente Problemlagen auch an zunächst nicht suchtbefugten Ansatzpunkten bearbeitet werden können, durch Lösung des primären Problems ein Persistieren bzw. eine Eindämmung der Sucht positiv beeinflusst werden kann, droht bei unreflektierter, voreiliger Diagnosestellung zu versanden. Die zukünftige Präzisierung der Komorbiditätsdiagnostik, die im stationären Setting bereits zwingend notwendig ist, muss sich somit auch auf das System der Zuweisung ausweiten.

Neben der medizinisch-psychiatrischen Indikationsstellung, sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich, etabliert sich das Erfassungsinstrument der ICF in zunehmendem Maße. Die ICF stellt einen Versuch dar, die Ressourcen und Defizite, die die umfassende gesellschaftliche Teilhabe beeinflussen, in einer Systematik aus gesundheitlicher und sozialer Diagnostik zu erfassen. Dabei ist zu beachten, dass die ICF keine Systematik zur Erstellung der sozialen Diagnostik ist, sondern als ein Instrument zur Zusammenführung bzw. Klassifikation interdisziplinärer Perspektiven zu sehen ist (Wartenpfehl 2010, 70). Jede der Disziplinen trägt zur Entwicklung einer gemeinsamen Perspektive ihre spezifischen Erkenntnisse zur Interventionsplanung und individuellen Förderung des Klienten bei. Dabei kommt der Sozialen Arbeit in besonderem Maße die Erfassung der Wechselwirkungen einzelner Faktoren zu, steht die doch als Profession für multiple Problemlagen und im Auftrag der gesellschaftlichen Inklusion und Teilhabe.

„Moderne Gesellschaften sind darauf angewiesen, dass es spezifische Organisationen und Professionen gibt, die soziale Desintegrationsprozesse und individuumsbezogene Exklusionen the-

matisieren und diese lebensweltlich bearbeiten.“ (Füssenhäuser/ Thiersch 2011, 1632)

Die Position der Sozialen Arbeit im Angebot der stationären Drogenhilfe profiliert sich aktuell zum einen über das Berufsfeld der Sozialtherapie (vgl. Kap. 1.3) und zum anderen im Bereich der niederschweligen Drogenhilfe. Allerdings geht die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe im Jahre 2009 von der Befürchtung aus, dass die im Rahmen des Bologna-Prozesses geschaffenen Bachelor-Abschlüsse zu einer weiteren Zurücksetzung der Fachkräfte der Sozialen Arbeit führt (Rometsch 2009, 3). In Übereinstimmung mit der Kritik an der „Verbetriebswirtschaftlichung“, ist damit die Standardisierung und Normierung von therapeutischen und personenbezogenen Arbeitsprozessen angesprochen (vgl. Schneider 2008, 85). Es ist zu befürchten, dass das eigenständige, akademische Profil der Sozialen Arbeit, welches für individualisierte Hilfeprozesse steht, in der stationären Suchthilfe von medizinischen und psychologischen Standards verdrängt wird. Gerade die multifaktorielle Bedingtheit von Drogensucht und ihren Folgeschäden prädestiniert die Klientel der Drogenabhängigen für sozialarbeiterische Hilfeleistungen. Neben der Motivation und Vermittlung zur stationären Rehabilitation bietet Soziale Arbeit die Qualität des interdisziplinären Denkens und Handelns. Dies spiegelt sich vor allem in der originär sozialarbeiterisch angelegten Methode des Case Managements wieder. Zentrale Merkmale des Case Managements sind die Beziehungsorientierung, die Klärungshilfe und die zielorientierte Fallsteuerung in individueller Abstimmung mit den Bedarfen der Klienten (Neuffer 2009, 19). Sowohl im ambulanten, als auch im stationären Feld der sozialarbeiterischen Drogenhilfe ist das Case Management im Falle vielfach belasteter Situationen ein passgenaues Instrument zur strukturierten, prozesshaft angelegten Fallbearbeitung (vgl. Schu 2002, 356). In Übereinstimmung mit der rentenrechtlich definierten Zielsetzung der Implementierung in den Arbeitsmarkt ist hier vor allem die Unterstützung bei der Orientierung in der Berufsfindung und der berufsorientierten Alltagsbegleitung zu nennen. Dies ist seither ein zentraler Punkt in der Adaptionsbehandlung, die der Entwöhnungsbehandlung auf besonderen Antrag nachfolgen kann und sollte stärker in den stationären Rahmen aufgenommen werden. Ebenso sind Schuldnerberatung und Unterstützung in allen sozialen Belangen (Wohnungsfragen, Zugang zu Rechtsberatung, Existenzsicherung) Teil der sozialarbeiterischen Zuständigkeit im stationären Feld. Hier wäre im Sinne einer frühzeitigen Intervention während der stationären Behandlung eine Stärkung der personellen Ressourcen notwendig (vgl. Weissinger / Missel 2012, 80).

Im Fokus des stationär verorteten Therapieprozesses beleben sich jedoch die extern ange-

legten Brüche und Widersprüche innerhalb des stationären Behandlungssettings auch auf anderen Feldern neu. In der vielfach geführten Diskussion über die iatrogen verursachte Suchtinduzierung bzw.-verlagerung durch medikamentös unterstützte Intervention vor dem Hintergrund zunehmend standardisierter und medizinalisierter Behandlungspraxis bildet sich ein solches Spannungsfeld ab. Die Differenzierung zur Indikationsstellung einer medikamentösen Behandlung, etwa einer Indikation zur Substitutionsbehandlung oder Psychopharmakotherapie, bedarf sorgfältiger Prüfung. Im Behandlungsfeld außerhalb der stationären Rehabilitation kommt dem Verschreibungsverhalten der niedergelassenen Ärzte/ Krankenhäusern eine kaum zu überschätzende Bedeutung zu. Im Begriff des Ärzte-Shoppings - Rezeptierung von psychogen wirkenden Medikamenten bei verschiedenen Ärzten - (vgl. Täschner [u.a.] 2010, 126) und in der Beobachtung, dass die stationäre Behandlung von Drogenabhängigen in Allgemeinkrankenhäusern im Zusammenhang der somatischen Folgeerscheinungen nicht in den Statistiken der Drogenhilfe erscheinen (vgl. Täschner [u.a.] 2010,76), ergeben sich Indizien für ein Dunkelfeld iatrogenen Suchtinduzierung aufgrund mangelnder Vernetzung und mangelnder Sensibilität im kurativen Kontext. Auf die Diskussion um die Durchführung der ambulanten Substitutionstherapie wird hier nicht weiter eingegangen da diese außerhalb des Gegenstandes dieser Arbeit liegt. Jedoch steht hier das Thema des kaum zu übersehenden Problems des Beikonsums von Alkohol und Benzodiazepinen auch im stationären Kontext iatrogenen Suchterhaltung (vgl. Täschner [u.a.] 2010,127).Der kontrovers diskutierte Kontext des Beikonsums öffnet den Blick für die Gefahren wenig zielgerichteter medikamentöser Versorgung.

„Substitution ist also inzwischen „die Standardmaßnahme“ zur Behandlung von Drogenabhängigen. Das kann am Beispiel der Patienten unserer Einrichtungen bestätigt werden. Seit Jahren kommen nur noch selten Drogenabhängige in die Therapie, die nicht zuvor über Jahre in Substitutionsprogrammen waren, dort „selbstverständlich“ Beikonsum hatten und nicht hinausgeworfen wurden. Ob die Zahl an komorbiden Störungen bei Drogenabhängigen und die wachsende Dauer der Abhängigkeit bis zur stationären Behandlung damit zu tun haben, sollte wissenschaftlich geklärt werden.“ (Barth 2011, 298).

Für die stationäre Rehabilitation spiegelt diese Diskussion das Problem der Theorienvielfalt hinsichtlich der Entstehung und Aufrechterhaltung und Bekämpfung von Sucht wieder. Die medikamentöse Behandlung von komorbiden Schmerzzuständen, Depressionen, PTBS oder langanhaltende, über den körperlichen Entzug hinaus andauernde Schlafstörungen zeigt, wie schwierig die Abwägung zwischen der Gefahr der Suchtverlagerung oder -erhaltung und der Herstellung von psychotherapeutischer Therapiefähigkeit ist.

„Uns ist es wichtig, dass die Patienten wieder einen geregelten Tag- Nacht- Rhythmus haben, denn sonst sind sie für „Psychoschwerstarbeit“ wie den Erwerb von Skills oder gar Trauma-Expositionsbehandlung nicht gut gerüstet“ (Lüdecke 2010c, 197).

Um diese Abwägung in aller Sorgfalt treffen zu können, ist eine vorangestellte umfassende Diagnostik notwendig. Ziel dabei kann nur sein, das ideale Funktionsniveau des Klienten zu erreichen um ihm die Bewältigung seiner komplexen, komorbiden Störungen überhaupt zu ermöglichen (vgl. a.a.O.). Diese wegweisende Diagnostik erfüllt somit die Funktion, den Klienten zu Beginn seiner Therapie kennenzulernen, seine Therapieziele zu ermitteln und zu strukturieren, mit dem Klienten ein Verständnis seiner psychopathologischen Ausgangssituation zu erarbeiten und ihm, entgegen seinem mitgebrachten Konsummuster jene Entlastung zu bieten, die er sich mitunter im Vorfeld durch Drogenkonsum selbst und unkontrolliert verschafft hat. In dieser Zweckbestimmung kann keinesfalls von einer iatrogenen Suchtverlagerung ausgegangen werden, sondern von einer umfassenden Perspektive auf die meist komplexen Störungen von Drogenabhängigen. In gleicher Weise dient die ärztlich und professionell kontrollierte Substitution sowohl in ambulanten als auch im stationären Setting dem Ziel der Abstinenz. Ohne diese zwingend notwendige Diagnostik findet jedoch eine Instrumentalisierung des Arztes zum Suchterhalt des Klienten statt. Dabei ist es Aufgabe des Behandlers dies zu differenzieren. Für diese hochkomplexe, interdisziplinär zu strukturierende Aufgabe müssen die notwendigen personellen und zeitlichen Ressourcen bereitstehen. Ansonsten läuft auch die stationäre Rehabilitation Gefahr sich dem drohenden Drehtüreffekt auf Seiten der Klienten auszuliefern.

Fasst man die medikamentöse Therapie der Drogenabhängigkeit, die umwälzenden Erkenntnisse aus der Neurobiologie zur Sucht, die Notwendigkeit der Diagnostik hinsichtlich der Komorbiditäten und die Entwicklung von evidenzbasierten Behandlungsleitlinien in der Suchtmedizin zusammen, so kann von einer Medizinalisierung der Suchtbehandlung gesprochen werden. Wie oben im Zusammenhang mit der Komorbiditätsproblematik dargestellt und vor dem Hintergrund der noch ungeklärten Kausalität von Sucht ist eine Differenzierung von individuellen Behandlungsansätzen jedoch weiterhin unerlässlich. Auch innerhalb medizinischer Behandlung dienen Leitlinien, wie sie von der AWMF entwickelt wurden, nicht als „Anleitung für eine Kochbuchmedizin“ (Schmidt [u.a.] 2006, 2), sondern verfolgen das Ziel der Verbesserung der ärztlichen Versorgung. Die stets steigende Komplexität des suchtmmedizinischen Wissensgebietes, der stets steigende Effektivitäts- und Effizienzdruck und die Notwendigkeit der Fortführung der klinischen Forschung stellen Herausforderungen auf diesem Gebiet dar. Diesen Herausforderungen kann allerdings nicht nur über die Erstellung von Leitlinien begegnet werden, sondern bedarf auch der Bereitstellung ausreichender Ressourcen zur Umsetzung der sich ergebenden Aufgabenstellungen.

„Die Durchführung einer evidenzbasierten Behandlung bedeutet die Anwendung von bester verfügbarer externer klinischer Evidenz aus systematischer Forschung in Kombination mit der individuellen Expertise des Therapeuten unter Berücksichtigung der Präferenz von Patienten in der konkreten Situation, d.h. der Zustimmung des informierten Patienten. Dabei sind mit individueller klinischer Expertise das Können und die Urteilskraft gemeint, die Ärzte durch ihre Erfahrung und klinische Praxis erwerben“ (Schmidt [u.a.] 2006, zit.n. Sackett 1996 312, 71-72).

Unabhängig davon ob es sich um die Umsetzung dieser Zielsetzungen in der Anwendung und Umsetzung der Empfehlungen, Leitlinien oder Richtlinien der evidenzbasierten Suchtmedizin handelt oder um die in Petzolds therapeutischer Konzeption formulierten psychotherapeutischen Zielsetzungen bleibt die fachliche Grundvoraussetzung einer tragfähigen Vertrauensbeziehung zum Klienten unerlässlich. Dies wurde in allgemeinen Untersuchungen zur psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungserfolgen mehrfach bestätigt (vgl. Kap.4.1.1). Eine tragfähige Vertrauensbeziehung zur therapeutischen Prozessgestaltung muss erarbeitet und ermöglicht werden. Vor dem Hintergrund zunehmender Dokumentationspflichten, steigender Fallzahlen mit ausgeprägter Fallschwere und flexibilisierten Behandlungsabläufen mit einhergehenden Kontinuitätseinbrüchen ist die Umsetzung dieser fachlich notwendigen Ziele gefährdet. Unter therapeutischen und kurativen Gesichtspunkten spielt die Debatte um die Verkürzung der Therapiezeiten in der Rehabilitation von Drogenabhängigen im Bezug auf die Beziehungsarbeit im stationären Setting eine bedeutende Rolle. Vor allem die Anerkennung der Prozesshaftigkeit von Sucht, die stets zu situativen Rückfällen und auch zum Verbleib in rückfälligen Verhaltensweisen führen kann, eröffnet den Blick auf die Notwendigkeit lebenslanger Anbindung an vertraute Institutionen der Suchthilfe. Ein Blick auf die Haltequoten stationärer Rehabilitation von Drogenabhängigen zeigt, dass die notwendige Kontinuität in der Behandlung im stationären Setting im Vergleich zur ambulanten Therapie deutlich besser gewährleistet ist (vgl. Missel 2011, 467).

Damit ist ebenfalls die Forderung nach einem breiteren Angebot der beruflichen Rehabilitation angesprochen. Das Faktum der Arbeitslosigkeit im Nachgang einer Therapie erhöht die Rückfallgefahr und stellt vor der zunehmenden Präkarisierung belasteter Lebensläufe eine große Herausforderung dar (vgl. Missel 2011, 466). Allerdings ist es auch Aufgabe der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen deutlich zumachen, dass bei zunehmenden Komorbiditäten die Eingliederung in das Arbeitsleben mitunter ein zu hoch gestecktes Ziel ist.

„Nicht nur die Eingliederung ins Erwerbsleben im Sinne eines finanziellen „(Re-)Inputs“ in die Sozialsysteme darf im Vordergrund stehen, sondern es muss die Behandlung der vorgefundenen Störungsbilder auf verschiedenen Ebenen (z. B. medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialtherapeutischer) mit dem Ziel angestrebt werden, die Fähigkeit zu einer selbst-

ständigen, eigenverantwortlichen, gesellschaftlich und (dann natürlich nach Möglichkeit auch) beruflich integrierten, erfüllten (lebensfrohen) und somit „abstinenten“ Lebensweise zu entwickeln.“ (Barth 2011, 294).

Die Perspektive auf die Ergebnisqualität und ihre Differenzierung berührt den Themenkomplex der derzeit noch zu wenig ausgearbeiteten Katamnesen im Bezug auf illegale Drogenabhängigkeit. Die Konstruktion des Untersuchungsdesignes wirft dabei grundlegende Probleme auf. Nicht nur die Wahl der festzulegenden Erfolgskriterien, sondern auch die Datenerhebung im Nachgang der Therapie ist sowohl hinsichtlich des Rücklaufs als auch in Bezug auf die Zuverlässigkeit der Aussagen erschwert (vgl. Fischer 2012, 45). Es ist davon auszugehen, dass primär abstinente Klienten an den nachgehenden Befragungen teilnehmen. Dennoch sind auf der Grundlage von sozialmedizinischen Verlaufsdaten der DRV positive Effekte festzustellen (vgl. Kap. 3.4.1). Diese beziehen sich allerdings auf das harte Kriterium der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und entbehren daher der oben genannten Differenzierung.

Anknüpfend an die Kritik an den sozialversicherungsrechtlich festgelegten Behandlungszeiten ist weiterhin kritisch anzumerken, dass es zukünftig eine differenziertere Kategorisierung einzelner Fallgruppen und einzelner Fallverläufe geben sollte (vgl. Missel 2011, 466). Neben der auf eine prozesshafte Perspektive der medizinisch-psychologischen Diagnosestellung ausgerichteten Konzeption von Suchttherapie, könnten sich daraus auch erwartbare ökonomische Vorteile erschließen, da die Fachkliniken nicht bei Ablauf der Zeit entlassen müssten, sondern bei tatsächlich vorhandener Stabilität des Klienten. Dem weder ökonomisch noch fachlich sinnvollen Drehtüreffekt wäre über eine sorgfältige Kategorisierung der Fallschwere im Vorfeld der Therapie entgegengewirkt. Im Bezug auf die Vergütung können Fallgruppen das Risiko der unterschiedlichen Fallausprägung, was aktuell noch beim Leistungserbringer liegt, abmildern und zu einer transparenteren Ressourcenallokation beitragen (vgl. Haaf 2009, 16). Die Erarbeitung eines solchen Fallgruppensystems kann allerdings nur auf der Basis einer breit angelegten Feldforschung gelingen (vgl. Barth 2011, 294).

6. Fazit

Das Feld der stationären Rehabilitation von Drogenabhängigen, dies hat die vorliegende Analyse gezeigt, ist von vielfältigen Brüchen und Widersprüchen geprägt. Nicht nur die ökonomische Dominanz, sondern auch die Vielfalt fachlicher Theorien, die historische Entwicklung des Suchthilfesystems und die gesellschaftliche Bedeutung von Abhängigkeitser-

krankungen begründen diese Heterogenität.

In ähnlicher Weise bildet sich auf der individuellen Behandlungsebene, auf Seiten der Klientel eine Heterogenität der Genese und Bedarfe ab. Einen Königsweg zur Behandlung der Abhängigkeit gibt es nicht (vgl. Barth 2011, 293). Daraus folgt die sowohl ökonomisch als auch fachlich schlüssig zu begründende Notwendigkeit der Anerkennung von unterschiedlichen Definitionen von Behandlungszielen und -erfolgen. Dies kann nur auf der Basis sorgfältiger, interdisziplinärer und prozesshaft orientierter Diagnostik erfolgen. Der prozesshafte Charakter von Sucht muss dabei berücksichtigt werden. Den Zustand der Abstinenz bzw. der Arbeitsfähigkeit als Kontinuum der „Heilung“ im Kontext von Sucht als das Merkmal von Erfolg zu definieren greift zu kurz. Die differenzierteren Zielsetzungen der Straffreiheit, der Nachreifung von Persönlichkeit, die Förderung von Bewältigungskompetenzen und die Herausbildung von positiver kultureller und gesundheitsbezogener Lebensgestaltung sind im Kontext der Suchtbehandlung unverzichtbar. Erst im stabilen Zusammenwirken dieser Lebensfelder kann eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe im Sinne des SGB IX gelingen. Das herausragende Merkmal der Interdisziplinarität ist im stationären Setting in bestmöglicher Art und Weise verfügbar. Die Integration in ein förderliches Behandlungsmilieu, welches an der Förderung von Beziehungs-, Kommunikations- und Arbeitskompetenzen ansetzt, ist für das Erreichen der Zielsetzung von Arbeitsfähigkeit und alternativen Strategien zur Bewältigung von Alltagsbelastungen grundlegend. Im sozialrechtlich definierten Krankheitsbegriff, unter dem die Sucht auch heute noch erfasst wird, verbirgt sich das Missverständnis, dass Sucht etwas sei, was es zu überwinden gälte. Der prozesshafte Verlauf gerät unter diesem Fokus in den Hintergrund und verstellt den Blick auf die Notwendigkeit lebenslanger Aufmerksamkeit für Risiken und Möglichkeiten in von Sucht geprägten Lebensläufen. Besonders in der Nachsorge bestehen hier noch deutlich höhere Bedarfe zum Erhalt einmal erreichter Erfolge.

Die stationäre Rehabilitation von Drogenabhängigen stellt nicht nur unter dem Aspekt der Interdisziplinarität ein wichtiges Instrument in der Suchtbehandlung dar, sondern liefert ebenso einen umfassenden Zugang zu forschungsrelevanten Daten. In der Dokumentation und Beobachtung von Therapieverläufen, in der Diagnostik von Komorbidität und dem Ausbau der bereits vorhandenen Katamnesestudien liegen wertvolle Ressourcen zur Verbesserung des zukünftigen Umgangs mit den komplexen Facetten der Sucht. Beispielsweise bleibt die gesundheitsökonomische Fragestellung nach der volkswirtschaftlichen Belastung durch die Abhängigkeit von illegalen Drogen bis heute unbeantwortet. Allerdings

baut auf dieser keineswegs gesicherten Grundlage die ökonomische Argumentation für den Behandlungszweig der ambulanten Substitutionsbehandlung auf. Die fraglos vorhandenen Teilerfolge der ambulanten Substitution sollen an dieser Stelle keineswegs in Frage gestellt werden, jedoch bedarf es in der Zukunft einer strengeren Analyse langfristig angelegter Kosten- Nutzen- Kalkulationen. Dazu ist auf allen Feldern der Behandlung von Drogenabhängigkeit ein enormer Bedarf an Forschung gegeben, der ohne die Qualitäten und Möglichkeiten der stationären Rehabilitation in monoperspektivischer Art und Weise erfolgen würde. Dies würde den Ansprüchen eines wissenschaftlichen Umgangs mit einem durchaus gegebenen gesellschaftlichen Problem nicht gerecht. Die fehlenden, bzw. nur in den Anfängen vorhandenen Katamnesestudien, die die Effektivität der stationären Rehabilitation bei Drogenabhängigkeit differenziert belegen könnten, gehören ebenfalls in diesen noch offen stehenden Forschungsbereich (vgl. Fischer 2012, 45).

Diesen Befunden steht eine konsequente Budgetierung, deren Folgen sich als starre Standardisierung und Entpersonalisierung darstellen, gegenüber. Die tiefen Eingriffe der Gesetzgebung in die konzeptionelle Gestaltung einer rehabilitativen Einrichtung der Drogenhilfe werfen dabei im Vergleich zu der allgemeinen Rehabilitation problematischere Kontexte auf. Den multifaktoriellen Kausalitäten von Drogensucht mit standardisierten, normierten Methoden gegenüberzutreten zu wollen, ist als verfehlte Strategie zu bewerten. Die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, dies bezieht die Suchtmittel Alkohol und Medikamente ein, ist ein wichtiger Zweig der allgemeinen Rehabilitation. Dies stellt sich nicht allein durch die ansteigenden Fallzahlen dar, sondern wird über die vergleichsweise höchste Verweildauer in der jeweils gewählten Maßnahme (vgl. DRV 2012b, 28-30) dokumentiert. Parallel dazu kann von einem steigenden Bedarf bei psychischen Erkrankungen ausgegangen werden. Im Rückbezug auf die dargestellte Komorbiditätsproblematik und vor dem Hintergrund zunehmender gesellschaftlich bedingter Präkarisierung von belasteten Lebensläufen und mangelnder Ressourcen zur Entwicklung konstruktiver Kompetenzen ist von einer deutlichen Zunahme von suchtbedingten Verhaltensweisen bzw. von einer Zunahme psychischer Störungen auszugehen. Auf der Grundlage der sozialpädagogischen Theorie der Lebensbewältigung (vgl. Böhnisch 2008, 33) kann der aktuell vorherrschenden monoperspektivischen Medizinalisierung der Suchtbehandlung entgegengehalten werden, dass konstruktives Bewältigungsverhalten nur über den Prozess der umfassenden Integration in eine förderliche Lebenslage gelingen kann. Diesem Anspruch kann der Ausbau von ambulanten oder substitutionsgestützten Behandlungsangeboten im Kontext vorangeschrittener Drogenabhängigkeit nicht oder nur bedingt gerecht werden.

Kern der Suchtbehandlung ist neben der Abstinezorientierung das Erlernen und Herausbilden von sozialen Bewältigungskompetenzen, welche nur über die therapeutisch gestützte Interaktion im stationären Setting zu vermitteln sind. Bei ernsthaft bestehender Zielsetzung nachhaltig erfolgreicher Suchttherapie kann die stationäre Rehabilitation aus fachlicher Sicht in keiner Weise als Auslaufmodell bewertet werden. Allerdings bleibt aufgrund der ökonomischen Dominanz zu befürchten, dass sich die rationalisierten und ökonomisch optimierten Ansätze der ambulanten Substitution weiter stabilisieren werden und die Klienten, trotz desolater Lebensverhältnisse in eine falsch verstandene Form von Selbstbestimmung gezwungen werden. Diesem Trend entgegenzuwirken ist die politische Aufgabe der Sozialen Arbeit.

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.:	am angegebenen Ort
Abs.:	Absatz
AG MedReha:	Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation Berlin
Aufl.:	Auflage
AWMF:	Arbeitsgemeinschaften der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAR:	Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
BRD:	Bundesrepublik Deutschland
BSG:	Bundessozialgericht
BtMG:	Betäubungsmittelgesetz
bzw.:	beziehungsweise
DIN ISO:	Deutsche Industrienorm/ International Organization of Standardization
DRV:	Deutsche Rentenversicherung
DBDD:	Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EBDD:	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
eda.:	eben da
ESA:	Epidemiologischer Suchtsurvey
etc.:	et cetera
ff.:	folgende
gBA:	gemeinsamer Bundesausschuss
ICD:	International Classification of Diseases
ICF:	International Classification of Functioning, Disability and Health, in der deutsche Übersetzung: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IR:	Internationale Richtlinien
KA:	Kostenanalysen
Kap.:	Kapitel
ltd.:	laut
MDMA:	Methylendioxy-N-methylamphetamin
Mio.:	Millionen
Mrd.:	Milliarden
Nr.:	Nummer
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung
QMS:	Qualitätsmanagementsystem
s.:	siehe
SCID-PTBS:	Structured Clinical Interview for DSM
SGB:	Sozialgesetzbuch
stat.	stationär/-e
u.a.:	unter anderem/ und andere
u.v.a.m.	und viele andere mehr
vgl.:	vergleiche
WHO:	World Health Organisation
z.B.:	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

- Arnold, Ulli** (2009): Qualitätsmanagement in Sozialwirtschaftlichen Organisationen, in: Arnold, Ulli/ Maelicke, Bernd (Hg.) (2009): Lehrbuch der Sozialwirtschaft. Baden- Baden: Nomos Verlag.
- Augurzky, Boris** [u.a.] (2011): Faktenbuch Medizinische Rehabilitation 2011. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- BAR** Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2009): Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX. Frankfurt/ Main.
- Barth, Volker** (2011): Sucht und Komorbidität. Grundlagen für die stationäre Therapie, Heidelberg, München, Landsberg, Frechen, Hamburg: ecomed Medizin.
- Beck, Aaron / Lindenmeyer, Johannes** (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.
- Bellermann, Martin** (2008): Sozialpolitik. Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg im Breisgau: Lamertus-Verlag.
- Berger, Peter / Luckmann, Thomas** (1980): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Bilke- Hentsch, Oliver / Batra, Anil** (Hg.) (2012): Allgemeine Grundlagen. Diagnostik und Klassifikation, in: Batra, Anil/ Bilke- Hentsch Oliver (Hg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, Stuttgart: Thieme, 1–7.
- Blaser, Reto** (2006): Diplomarbeit Kostenauswertung von Abhängigen, Olten: Netzwerk Suchtausstieg Nordwestschweiz.
- Böhnisch, Lothar** (2008): Sozialpädagogik der Lebensalter, Eine Einführung, Weinheim, München: Juventa Verlag.
- Böhret, Carl / Jann, Werner** (1988): Innenpolitik und politische Theorie. Ein Studienbuch, Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Bundesverbände der Krankenkassen und der Verband Deutscher Rentenversicherungsträger** (2001): *Vereinbarung "Abhängigkeitserkrankungen"*.
- Deppe, Hans-Ulrich** (2009): Menschenrecht Gesundheit - Der Begriff der funktionalen Gesundheit auf dem Prüfstand versorgungspolitischer und ethischer Kritik, in: Wessel, Bernd (Hg.) (2009): Suchtkrankheit mehrdimensional. Ethik, Leistungsfähigkeit und soziale Funktion als Eckpfeiler der Therapie, Geesthacht: Neuland, 7–20.
- DESTATIS Statistisches Bundesamt** (2011): Gesundheit. Grunddaten der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2010. (Fachserie 12, Reihe 6.1.2). Wiesbaden.
- Dollinger Bernd** (2005): Sucht als Prozess. Eine Einführung, in Dollinger, Bernd/ Schneider, Wolfgang (Hg.): Sucht als Prozess: Sozialwissenschaftliche Perspektiven für Forschung und Praxis, Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit (Band 41), S. 7–21.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit** (Hg.) (2011): Drogen- und Suchtbericht 2011, Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit** (Hg.) (2012a): Nationale Strategie zur Drogen und Suchtpolitik. Berlin.
- Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit** (Hg.) (2012b): Drogen- und Suchtbericht 2012, Berlin.
- DRV, Semling, Tatjana/ Kabuß, Norman** (2011a) : Manual zur Einführung und Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems QMS- Reha für Rehabilitationseinrichtungen. Berlin.
- DRV, Semling Tatjana/ Kabuß, Norman** (2011b): Selbstbewertung zum Qualitätsmanagementsystem QMS- Reha für Rehabilitationseinrichtungen. Berlin.
- DRV** (2011c): Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vom 23.09.2011. URL: http://www.deutsche- rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Fachbereiche/01_sozialmedizin_forschung/downloads/kon zepte_systemfragen/konzepte/gem_leitfaden_amb_reha_abhaengigkeitskranker_2011.html [Stand 26.12.12.].
- DRV** (2012a): Statistikband Rehabilitation 2011. Leistungen zur Medizinischen Rehabilitation. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Berlin.
- DRV** (2012b): Reha- Bericht 2012. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Lichte der Statistik, Berlin.
- DRV** (2012c): Finanzdaten, Statistik der deutschen Rentenversicherung, online unter: <http://forschung.deutsche->

- DRV Oldenburg-Bremen** (2012): Vertreterversammlung fordert höheres Reha- Budget, online unter : http://www.deutsche-rentenversicherung.de/OldenburgBremen/de/Inhalt/4_Presse/Infos_der_pressestelle/Veroeffentlichungen_veranstaltungen/Pressemitteilungen/Pressemitteilungen_allgemein/sommersitzung_vertreterversammlung.html [Stand 30.12.12].
- EBDD**, Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (2011): Stand der Drogenproblematik in Europa. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union.
- Ebert, Wolfgang / Könnecke- Ebert, Barbara** (2007): Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken, in: Petzold, Hilarion / Ebert, Wolfgang / Schay, Peter (Hg.): Integrative Suchttherapie, Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S.159–200.
- Fischer, Benedikt** (2003): Illegale Opiatsucht, Behandlung und ökonomische Kostenforschung - ein beispielhafter Überblick und eine Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Perspektive. In: Suchttherapie (2003) Nr.4:S. 2–7. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Fischer, Martina** [u.a.] (2012): Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2009 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation, in: Sucht aktuell (3) 2012, S. 42-45.
- Flatten, Guido** [u.a.] (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt, AWMF-Register-Nr. 051/010,S. 202-210.
- Füßenhäuser, Cornelia / Thiersch, Hans** (2011):Theorie und Theoriegeschichte Sozialer Arbeit, in: Otto, Hans- Uwe, Thiersch, Hans (Hg.) (2011): Handbuch Soziale Arbeit.München Basel: erst Reinhardt Verlag, S. 1632- 1645.
- gBA**, gemeinsamer Bundesausschuss (2008): "Chroniker- Richtlinie" (Fassung vom 19. Juni 2008) in: Bundesanzeiger (2008), Nr. 124 (S. 3 017).
- Geest, Werner** (2009): Markt für soziale Dienstleistungen. In: Arnold, Ulli/ Maelicke,Bernd (Hg.) (2009): Lehrbuch für Sozialwirtschaft.3. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag, 134–143.
- Grawe, Klaus / Donati, Ruth / Bernauer, Friederike** (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. 3. Aufl. Göttingen, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Haaf, Hans-Günter** (2009): Das derzeitige Vergütungssystem in der Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung, online unter: http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/ressource?key=01_Haaf.pdf [Zugriff: 15.11.12].
- Hartwig, Karl-Hans / Pies, Ingo** (1995): Rationale Drogenpolitik in der Demokratie. Wirtschaftswissenschaftliche und wirtschaftsethische Perspektiven einer Heroingabe, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Hautziger, Martin** (2012): Kognitive Therapie, in: Batra, Anil / Bilke Hentsch(Hg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, Stuttgart: Thieme, S.46–50.
- Jungblut, Hans Joachim** (2004): Drogenhilfe. Eine Einführung, Weinheim: Juventa Verlag.
- Kingreen, Thorsten** (2010): Die Verträge zur Ausführung von medizinischen Rehabilitationsleistungen im Bereich der gesetzlichen Rentenversicherung: Rechtsgutachten im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft Medizinische Rehabilitation SGB IX, Regensburg, online unter: http://www.agmedreha.de/index.php?option=com_rubberdoc&view=category&id=38%3Abasisvertrag-driv&Itemid=56 [Stand 30.12.12].
- Kraus, Ludwig** [u.a.] (2010): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2009.: Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen. <http://www.ift.de/index.php?id=408>.
- Kraus Ludwig / Papst Alexander** (2010): Studiendesign und Methodik des Epidemiologischen Suchtsurveys 2009. In: SUCHT 56 (5), S. 315–326.
- Kurth, Markus/ Strengmann- Kuhn, Wolfgang / Bender, Birgitt** (2012): Das REHA-Budget der gesetzlichen Rentenversicherung bedarfsgerecht gestalten. Drucksache 17/ 9857 Deutsche Bundestag 17. Wahlperiode. Online unter: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/098/1709857.pdf> [Stand 30.12.12].
- Langer, Andreas** (2009): Sozialarbeitspolitik und Sozialwissenschaften, in: standpunkt sozial. Hamburger Forum für Soziale Arbeit und Gesundheit, 1/2009, S. 7-13.
- Langer, Andreas** (2012): Die neoinstitutionelle Analyse moderner Dienstleistungsstrukturen, unveröffentl. Typo Skript
- Lüdecke, Christel** (2010a): Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Posttraumatische Belastungsstörung und Suchterkrankung, in: Lüdecke, Christel / Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hg.) (2010): Sucht- Bindung- Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 11– 26.
- Lüdecke, Christel** (2010): Neurobiologische Grundlagen von Trauma und Sucht. Teufelskreis Trauma/ Stress/ Sucht, in: Lüdecke, Christel/ Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hg.) (2010): Sucht- Bindung-

- Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer Verlag, S. 27–33.
- Lüdecke, Christel** (2010c): Medikamentöse Behandlung, in: Lüdecke, Christel/ Sachsse, Ulrich / Faure, Hendrik (Hg.) (2010): Sucht- Bindung- Trauma. Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer, 193–200
- Miller, William / Rollnick, Stephen** (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus- Verlag.
- Missel, Peter / Koch, Andreas** (2011): Die stationäre Suchtkrankenhilfe- Daten aus der medizinischen Rehabilitation im Überblick, in: SUCHT 57(6), S. 451–468.
- Neuffer, Manfred** (2009): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien, 4. Aufl. Weinheim , München: Juventa-Verlag.
- Nolte, Frank** (2007): "Sucht"- zur Geschichte einer Idee, in: Dollinger, Bernd/ Schmidt-Semisch, Henning, (Hg.): Sozialwissenschaftliche Suchtforschung. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 47–58.
- Osten, Peter** (2007): Integrative Diagnostik der Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen, in: Petzold, Hilarion / Ebert, Wolfgang / Schay, Peter (Hg.) (2007): Integrative Suchttherapie: Theorie, Methoden, Praxis, Forschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 201–268.
- Pfeiffer- Gerschel, Tim** [u.a.] (2011): DBDD. Bericht 2011des nationalen REITOX- Knotenpunkts an die EBDD, Deutschland. Neue Entwicklungen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen, München, Köln, Hamm: o. Verlag.
- Prognos** (2011): Reha- Budget: Der Deckel hält nicht mehr. Argumente die eine Anhebung des Reha- Budgets erforderlich machen. Basel.
- Reis, Olaf** (2012): Risiken und Schutzfaktoren der Suchtentwicklung, Entwicklungsdynamische Aspekte, in: Batra, Anil / Bilke- Hentsch, Oliver (Hg.) (2012): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, Stuttgart: Thieme, S.8–15.
- Rometsch, Wolfgang** (2009): Zwei-Klassengesellschaft in der Sozialen Arbeit? Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit in der Suchthilfe, online unter: http://www.dg-sas.de/dialog/dialog_4.html.
- Rüb, Friedbert** (2003): Vom Wohlfahrtsstaat zum "manageriellen Staat"? Zum Wandel des Verhältnisses von Markt und Staat in der deutschen Sozialpolitik, in: Czada, Roland / Zintl, Reinhard (Hg.): Politik und Markt. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 257–299.
- Salize, Hans Joachim** (2004): Probleme empirischer gesundheitsökonomischer Suchtforschung, in :Tretter, Felix / Erbas, Beate / Sonntag, Gerd (Hg.) (2004): Ökonomie der Sucht und Suchttherapie. Lengerich: Papst Science Publishers, S. 270–286.
- Salize, Hans Joachim** „[u.a.]“ (2006): Gesundheitsökonomische Suchtforschung in Deutschland - Gibt es Leben in der Wüste? In: SUCHT 52 (2), S.105–111.
- Scheerer, Sebastian** (1982): Die Genese der Betäubungsmittelgesetze in der Bundesrepublik Deutschland und in den Niederlanden. Kriminologische Studien, Göttingen: Verlag Otto Schwartz & Co.
- Scheerer, Sebastian/ Vogt, Irmgard** (Hg.) (1989): Drogen und Drogenpolitik. Ein Handbuch. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Schellhorn, Helmut** (2007): Kapitel 8 - Krankheit, in: Brühl, Albrecht (Hg.) (2007): Handbuch Sozialrechtsberatung. 2. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlag, S. 449-482.
- Scherbaum, Norbert/ Thoms, Edelhard** (2012): Polytoxikomanie. In: Batra, Anil/ Bilke- Hentsch, Oliver (Hg.): Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter, Stuttgart: Thieme, 203–209.
- Schmidt, Lutz** [u.a.] (2006): Evidenzbasierte Suchtmedizin. Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen, Köln: Deutscher Ärzte- Verlag GmbH.
- Schneider, Sabine/ Heidenreich, Thomas** (2011): Therapie und Soziale Arbeit. Verhältnisbestimmungen und Entwicklungen: Zwischen Annäherung und Abgrenzung, in: Otto, Hans-Uwe, Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit, 4. Aufl., München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schneider, Ralf** (2008): "Zu welcher Behandlung raten Sie einem suchtkranken Freund?" oder: Was die Qualität der Suchtbheandlung im wirklichen Leben ausmacht, in: Fachverband Sucht e.V.(2008): Qualitäten der Suchtbehandlung, Geesthacht, Neuland Verlag, S. 62–93.
- Steppan, Martin / Künzel, Jutta / Pfeiffer-Gerschel, Tim** (2011): Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Jahresbericht der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS), München: IFT Institut für Therapieforschung.
- Schu, Martina** (2002): Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe, in: Böllinger, Lorenz / Stöver,Heino (Hg.) (2002): Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik, Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag.
- Täschner, Karl-Ludwig** [u.a.] (2010):Therapie der Drogenabhängigkeit. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tretter, Felix / Braun, Max** (2008): Suchtmedizin kompakt: Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis, Stuttgart: Schattauer
- Uhl, Alfred** (2006): Darstellung und kritische Analyse von Kostenberechnungen im Bereich des Substanzmissbrauchs. In: SUCHT 52(2), S.121–132.

- Wartenpfehl, Birgit** (2010): Gemeinsames Diagnoseverfahren für soziale und gesundheitliche Dienstleistungserbringer: Ist die ICF ein geeignetes Instrument? in: ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, o.O, o.V., S. 70–82.
- Weissing, Volker/ Missel, Peter** (2012): Leitbild und Positionen zur Suchtkrankenhilfe und Behandlung, in: SUCHT Aktuell 19/02.2012, S.7–82.
- Wendt, Wolf Rainer** (2003): Sozialwirtschaft- eine Systematik. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- WHO** (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, online unter: http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf. (Zugriff: 03.01.2013).
- Zimbardo, Philip G./ Gerrig, Richard** (2008): Psychologie. 18. Aufl. München, Boston [u.a.]: Pearson Studium.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Lüneburg, 07.02.13

Unterschrift