

Katholische Hochschule Nordrhein Westfalen

Abteilung München

Studiengang „Suchthilfe“

Masterthesis

**Ambulante Soziotherapie für Menschen mit
Abhängigkeitserkrankung**

**Entwicklung eines Konzepts unter Berücksichtigung der
ambulanten Versorgungsstruktur im Bereich der
Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim**

vorgelegt von

Petra Auerhammer

geb. am 20.03.1970

Matr.-Nr.: 505921

am 20.07.2015

Erstprüfer/in: Stefanie Lohmann

Zweitprüfer/in: Prof. Dr. Heiner Gabriel

Kurzfassung

Die hier vorgestellte Arbeit beschäftigt sich mit der Ambulanten Soziotherapie. Die Ambulante Soziotherapie ist eine Leistung des Krankenversicherungsträgers und wurde 2000 als neue Leistung im §37 a SGB V verankert.

Der erste Teil der Masterthesis beschreibt die Grundlagen und die Voraussetzungen für die Ambulante Soziotherapie. Dieses Kapitel erläutert die Notwendigkeit die Zielgruppe um weitere Diagnosegruppen zu erweitern. Vor allem Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung müssen in die Zielgruppe mit aufgenommen werden.

Der zweite Teil der Thesis beschreibt die ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim. Es werden die verschiedenen vor allem ambulanten Angebote benannt und beschrieben und es findet eine Abgrenzung der Angebote zur Ambulanten Soziotherapie statt.

Die weiteren Teile der Arbeit und somit der Schwerpunkt der Masterthesis liegt in der Konzeptentwicklung der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Das Konzept wurde unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim entwickelt.

Die Evaluation anhand von Experteninterviews bestätigt die Hypothesen, dass die Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim Lücken aufweist und diese Lücken mit dem Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen weiter geschlossen werden können.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	2
Inhaltsverzeichnis	3
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis.....	7
Vorwort.....	8
1 Einleitung	9
1.1 Ziele	10
1.2 Vorgehensweise.....	10
2 Grundlagen für Ambulante Soziotherapie	11
2.1 Rechtliche Grundlagen	11
2.2 Ziele der Leistungen	12
2.3 Zielgruppen	12
2.4 Rahmenbedingungen.....	17
2.5 Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“	18
2.6 Bisherige Umsetzung der Ambulanten Soziotherapie.....	20
3 Ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim	27
3.1 Abgrenzung Ambulante Soziotherapie zu ambulanten Angeboten des Rentenversicherungsträgers -Ambulante Rehabilitation.....	31
3.2 Abgrenzung Ambulante Soziotherapie zu Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere zum Betreuten Einzelwohnen	33
3.3 Abgrenzung zu Angeboten der Selbsthilfegruppen.....	37
3.4 Abgrenzung zu den Angeboten der ambulanten Psychotherapie	38
3.5 Abgrenzung zu Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)	38
3.6 Abgrenzung zu den Angeboten der Ambulant Psychiatrischen Pflege (APP).....	40
3.7 Abgrenzung zu den gesetzlichen Betreuungen	40
3.8 Zusammenfassung der Erkenntnisse.....	41
4 Fallvignetten	43
4.1 Fallvignette eins.....	44
4.2 Fallvignette zwei.....	45

4.3	Fallvignette drei.....	46
5	Konzeptentwicklung	49
5.1	Erkenntnisse der (Sucht-) Therapieforschung.....	51
5.2	Theoretische Methoden und Grundlagen.....	55
5.2.1	Selbstmanagement Ansatz nach Kanfer.....	56
5.2.2	Casemanagement Ansatz nach Kleve	57
5.2.3	Community Reinforcement Approach.....	58
5.2.4	Transtheoretisches Modell und Motivierende Gesprächsführung	60
5.3	Ziele der Leistung	60
5.4	Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie.....	61
5.5	Zielgruppe.....	65
5.6	Ausschlusskriterien	66
5.7	Drei-Phasen-Modell	67
5.8	Soziotherapeutische Dokumentation.....	69
5.9	Kooperation und Netzwerkpartner	71
5.10	Personal.....	72
5.11	Direkte und indirekte Leistungen.....	72
5.12	Finanzierung der Leistungen.....	73
5.13	Strukturqualität.....	73
5.14	Prozessqualität.....	74
5.15	Ergebnisqualität	74
5.16	Umsetzungsmöglichkeit des Konzepts – zeitlich begrenztes Modellprojekt	75
6	Evaluation des Konzepts Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung	77
6.1	Qualitative Erhebung anhand Experteninterviews.....	77
6.2	Hypothesen und Fragestellungen	77
6.3	Auswahl und Vorstellung der Experten	78
6.4	Erstellung der Interviewfragebögen.....	79
6.5	Durchführung der Befragung	81
6.6	Auswertung der Ergebnisse	81
7	Ausblick.....	98
	Anhang A: Verordnung Soziotherapie gem. § 37 a SGB V.....	99
	Anhang B: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37 a SGB V	100
	Anhang C: Soziotherapeutische Dokumentation.....	101
	Anhang D: DSM-IV Achse V: Globale Erfassung der Funktionsniveaus	102

Anhang E: Expertenfragebogen.....	103
Literaturverzeichnis	106
Eidesstattliche Versicherung.....	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bio-Psycho-Soziales Modell.....	51
Abbildung 2: Teufelskreismodell der Sucht.....	52
Abbildung 3: Zielhierarchie für die Suchtkrankenhilfe.....	53
Abbildung 4: Sozialkognitives Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon.....	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 54, 74-75)	15
Tabelle 2: Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 55, 75)	16
Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer und Verordner für Ambulante Soziotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 108, 111)	24
Tabelle 4: Übersicht über die Bereiche, die Zielebene und die Maßnahmen im BEW der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim (ANTHOJO Ambulante Hilfen Anthojo Rosenheim, 2009)	34
Tabelle 5: Übersicht über die Entwicklung der Anzahl der Plätze für betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2013, S. 343).....	35
Tabelle 6: Patientenstruktur im Fachbereich der kbo Inn-Salzach-Klinik. Entlasszeitraum 2013 (Höfner, 2014, S. (Folie7))	50
Tabelle 7: Leistungsspektrum beziehungsweise Maßnahmen der Ambulanten Soziotherapie gegliedert in Themenbereiche (eigene Verifizierung)	63

Abkürzungsverzeichnis

AKV	Ambulant Komplementärer Verbund
APK	Aktion Psychisch Kranker
APP	Ambulant Psychiatrische Pflege
ARS	Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht
BEW	Betreutes Einzelwohnen
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV
GAF	Global Assessment of Functioning
G-BA	Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
GPV	Gemeinde Psychiatrischer Verbund
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkasse
MI	Motivational Interviewing
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft
Psych PV	Psychiatrie Personalverordnung
SGB I- XII	Sozialgesetzbuch I - XII
SPDI	Sozialpsychiatrischer Dienst

Vorwort

Die ambulante Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hat sich in den letzten Jahren sehr verbessert und die Versorgungsstruktur wurde in vielen Städten und Landkreisen in Oberbayern ausgebaut und inhaltlich differenziert. Seit über fünf Jahren gibt es für die Stadt und den Landkreis Rosenheim die Ambulanten Hilfen Anthojo. Die Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim leisten Eingliederungshilfe nach §§53 ff SGB XII für Menschen mit einer seelischen Behinderung und bieten in diesem Rahmen das Betreute Einzelwohnen (BEW) für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen an. Durch meine inzwischen fast dreijährige Arbeit als Fachbereichsleitung der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim wurde für mich deutlich, dass die Versorgungsstruktur für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen Lücken aufweisen. In den Erstgesprächen für das BEW (Betreutes Einzelwohnen) nach §§ 53 ff SGB XII befinden sich immer wieder einige Betroffene für welche die Zugangsvoraussetzungen der vorhandenen Hilfsangebote nicht zutreffen und sie deshalb kein personenzentriertes bedarfsangemessenes Unterstützungsangebot annehmen können. Aufgrund dessen stellte sich für mich die Frage, welches Leistungsangebot und welcher Leistungsträger könnte die Versorgungslücken adäquat schließen oder zumindest verkleinern. So entstand die Idee ein Konzept für die Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim zu entwickeln.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit, wird in der vorliegenden Arbeit das generische Maskulinum verwendet, welches weibliche wie männliche Personen gleichermaßen einschließen soll. Die Verwendung männlicher Sprachform stellt keine Diskriminierung dar, sondern ist geschlechtsneutral zu interpretieren.

Ich möchte den Experten, die mir für die Interviews zur Evaluation des Konzepts zur Verfügung standen für ihre Zeit und die fachliche Einschätzung sehr herzlich danken. Die Experten waren Jochen Stöpel, Birgit Haigermoser-Haug, Ludwig Binder, Manja Könecke, Sigfried Zimmermann und Dr. Christoph Schormair. Darüber hinaus möchte ich auch Peter Horn, meinen Eltern und meinen Freunden für ihre Unterstützung und Geduld während meines Masterstudiums herzlich danken.

Rosenheim, Juli 2015

Petra Auerhammer

1 Einleitung

Die ambulante Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe hat sich in den letzten Jahren in Bayern sehr verändert. Die einzelnen Angebote und Maßnahmen wurden ausgebaut und inhaltlich differenziert und auch spezialisiert (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2013). In der Stadt und im Landkreis Rosenheim wird der Ausbau der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe vor allem in den Bereichen und Angeboten der Eingliederungshilfe gem. §§53 ff SGB XII (BEW und TWG) und in den Angeboten des Rentenversicherungsträgers (Ambulante Rehabilitation) deutlich. Trotz des bereits sehr differenzierten und vielseitigen Versorgungsangebotes kann in der Praxis festgestellt werden, dass viele Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen die Voraussetzungen für die vorhandenen Angebote zum Teil nicht erfüllen und sie deshalb keine passgenaue und bedarfsangemessene Unterstützung erhalten können. Es stellt sich dann die Frage wie könnte die Ambulante Versorgung der Suchtkrankenhilfe ausgebaut werden, damit die Lücken im Versorgungssystem kleiner werden und somit mehr Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von der Unterstützung profitieren können und somit ans Hilfesystem angebunden werden können. Um die Frage beantworten zu können, ist es notwendig die Gründe zu betrachten, weshalb die Menschen mit Abhängigkeitserkrankung nicht von den vorhandenen Angeboten profitieren können und welche Zugangsvoraussetzungen für die Angebote fehlen. Diese Frage wird in den Kapiteln 3. „Ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim“ und im Kapitel 4. Fallvignetten“ näher beleuchtet.

Die Ambulante Soziotherapie ist eine Leistung des Krankenversicherungsträgers. Die Leistung ist im § 37 a SGB V gesetzlich verankert. Die Begutachtungs-Richtlinien für die Ambulante Soziotherapie grenzen die Erkrankungen bei denen die ärztliche Verordnung einer ambulanten Soziotherapie gestellt werden kann sehr ein. Hier wird davon ausgegangen, dass nur Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und aus dem Bereich der affektiven Störungen von der Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie profitieren können. Für die Indikation muss laut den Richtlinien eine Diagnose nach der ICD 10 aus den Bereichen F2 und F3 und hier vor allem die schwereren Krankheitsformen vorliegen. Es soll deshalb dargestellt werden, dass die Diagnosegruppen auf Grund dessen die Ambulante Soziotherapie verordnet werden kann erweitert werden müsste. Vor allem der Einschluss der Abhängigkeitserkrankungen in die Diagnosegruppen erscheint notwendig und sinnvoll. Der Antrag für die Leistung der Ambulanten Soziotherapie wurde in einem Einzelfall bereits von einem Träger der Suchtkrankenhilfe, den Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim im Jahr 2013, bei der zuständigen Krankenkasse gestellt. Zu diesem Zeitpunkt lag jedoch noch kein fundiertes Konzept vor und die Einzelbeantragung wurde schließlich abgelehnt (siehe auch Kapitel 4. Fallvignetten). Dies war letztendlich auch ein

Grund ein ausführliches und fundiertes Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln.

1.1 Ziele

Ziel dieser Arbeit ist die Entwicklung eines Konzeptes der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Das Konzept soll auf die Betroffenen abstimmbar sein, um somit ein Angebot zu haben, welches passgenau und auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen zugeschnitten werden kann. Das Konzept soll von den Leistungsträgern den zuständigen Krankenkassen anerkannt werden, so dass die Einführung der Leistung umsetzbar wird.

1.2 Vorgehensweise

Unter Berücksichtigung der rechtlichen Grundlagen und den Voraussetzungen für die Ambulante Soziotherapie und unter Berücksichtigung der Ambulanten Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim soll ein Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung entwickelt werden. Die Evaluation des Konzeptes erfolgt anhand von Experteninterviews. Es sollen die Fragen geklärt werden, ob die zur Verfügung stehende Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim den Hilfebedarf der Menschen mit Abhängigkeitserkrankung abdeckt und ob der Bedarf an einem Konzept der Ambulanten Soziotherapie gegeben ist. Es stellt sich auch die Frage, ob das Konzept die Zielgruppe erreicht und welche Schwachstellen es möglicherweise bei der Umsetzung des Konzeptes geben könnte.

2 Grundlagen für Ambulante Soziotherapie

Die von der Bundesregierung im Jahr 1975 in Auftrag gegebene „Psychiatrie – Enquete“ hat bei der Untersuchung der Versorgungslage für psychisch kranke und auch suchtkranke Menschen eine deutliche Unterversorgung der Personengruppen im ambulanten Bereich festgestellt. Mit der GKV – Gesundheitsreform 2000 wurde die Leistung „Soziotherapie“ neu aufgenommen und es wurde somit einer Kernforderung der Enquete-Kommission „ambulant vor stationär“ weiter entgegengekommen.

Die Ambulante Soziotherapie wurde zur Verbesserung der ambulanten Versorgung von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung von den gesetzlichen Krankenkassen eingeführt. Die Leistung wird von den Krankenkassen als Leistungsträger finanziert und von externen Leistungserbringern erbracht. Sie ist eine Komplexleistung in welche sowohl die medizinische als auch die therapeutische Behandlung mit einfließen. In der Psych PV (Psychiatrie Personalverordnung) wird Soziotherapie wie folgt definiert. „Als Soziotherapie werden in diesem Zusammenhang alle handlungsorientierten Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld verstanden“ (Psych PV, 1990, Anlage 1 (zu §4 Abs. 1)). Die Ambulante Soziotherapie muss noch um einen weiteren Aspekt ergänzt werden. Hier sind vor allem auch die Planung, die Hinführung und die Koordination der Maßnahmen entscheidende Faktoren im Unterschied zur „stationären“ Soziotherapie.

2.1 Rechtliche Grundlagen

Die Ambulante Soziotherapie ist am 01. Januar 2000 durch das Gesundheitsreformgesetz als neue Leistung der Krankenkassen aufgenommen und im § 37 a SGBV verankert worden (Fastabend & Schneider, 2004). Die Richtlinien zur Durchführung der Soziotherapie wurden zwei Jahre später beschlossen und traten zum 01. Januar 2002 in Kraft. Seit 01. Januar 2002 ist die Ambulante Soziotherapie somit verordnungsfähig. Demzufolge haben Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, die nicht in der Lage sind ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen, den Anspruch auf Soziotherapie, wenn dadurch Krankenhausbehandlungen vermieden oder verkürzt werden, oder wenn diese geboten aber nicht ausführbar sind (gem. § 37 a, Abs. 1 Satz 1). Die Soziotherapie umfasst im Rahmen des Absatzes 2 die im Einzelfall erforderliche Koordination der verordneten Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme

(Kruse, J., & Hänlein, A. (Hrsg.), 2003).

Sowohl die Voraussetzungen als auch die Art und den Umfang der Versorgung regelt der gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den Richtlinien gem. § 92 SGB V (Soziotherapie-Richtlinien, 2001). Am 27.11.2002 wurden die Begutachtungs-Richtlinien für die ambulante Soziotherapie gem. § 37 SGB V beschlossen. Die Richtlinien sollen als Grundlage für die Begutachtung durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen dienen und somit Grundlage für die Leistungsentscheidung sein.

2.2 Ziele der Leistungen

Mit der ambulanten Soziotherapie möchte der Gesetzgeber die Krankenhausaufenthalte von schwer psychisch kranken Menschen verkürzen oder vermeiden und somit einen „Drehtüreffekt“ verhindern (Fastabend & Schneider, 2004). Demzufolge ist die Behandlung durch Ambulante Soziotherapie vor allem für Menschen indiziert, die kurz vor einer Einweisung in eine Klinik stehen oder die bereits innerhalb eines gewissen Zeitraums wegen derselben schweren psychischen Erkrankung mehrfach in der Klinik waren. Ein weiteres Hauptziel der Ambulanten Soziotherapie ist es, die Patienten zu befähigen ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Durch die Ambulante Soziotherapie soll das Selbsthilfepotenzial der Patienten gestärkt werden, ein soziales Netzwerk oder stützendes soziales Umfeld soll aufgebaut werden. Der Patient soll auch vor sozialer Ausgrenzung und Isolation geschützt werden. Der Aufbau oder der Erhalt einer geregelten Tagesstruktur ist ein weiteres Ziel der Ambulanten Soziotherapie. Um diese Ziele zu erreichen soll der Patient Krankheitseinsicht erlangen und psychosoziale Defizite abbauen. Die Ambulante Soziotherapie setzt voraus, dass der Patient die Therapieziele erreichen kann. Deshalb muss eine entsprechende notwendige Belastbarkeit, Motivierbarkeit und Kommunikationsfähigkeit beim Patienten vorhanden sein. Der Patient muss dazu in der Lage sein, einfache Absprachen einhalten zu können (Begutachtungs-Richtlinien Soziotherapie, 2002).

2.3 Zielgruppen

Die Begutachtungs-Richtlinien für die Ambulante Soziotherapie grenzen die Erkrankungen bei denen die ärztliche Verordnung einer ambulanten Soziotherapie gestellt werden kann sehr ein. Hier wird davon ausgegangen, dass nur Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und aus dem Bereich der affektiven Störungen von der Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie profitieren können. Für die Indikation muss laut

den Richtlinien eine Diagnose nach der ICD 10 aus den Bereichen F2 und F3 und hier vor allem die schwereren Krankheitsformen vorliegen. Die Erkrankung sollte bereits mindestens sechs Monate bestehen, um die Ambulante Soziotherapie verordnen zu können.

Neben der reinen Diagnose müssen für die Indikation der Ambulanten Soziotherapie auch Einschränkungen von sozialen Funktionsstörungen vorliegen. Diese Funktionsstörungen ergeben sich aus der Diagnoseerstellung und der Definition der Störungen in der ICD 10 (ICD-10, 2011). In den Begutachtungs-Richtlinien Soziotherapie werden hier folgende genannt:

- „Beeinträchtigung durch Störung des Antriebs, der Ausdauer und der Belastbarkeit, durch Unfähigkeit zu strukturieren, durch Einschränkungen des planerischen Denkens und Handelns sowie des Realitätsbezuges.
- Störung im Verhalten mit Einschränkungen der Kontaktfähigkeit und fehlender Konfliktlösungsfähigkeit.
- Einbußen im Sinne von Störungen der kognitiven Fähigkeiten wie Konzentration und Merkfähigkeit, der Lernleistungen sowie des problemlösenden Denkens.
- Mangelnde Compliance im Sinne eines krankheitsbedingt unzureichenden Zugangs zur eigenen Krankheitssymptomatik und mangelnde Fähigkeit zum Erkennen von Konfliktsituationen und Krisen“ (Begutachtungs-Richtlinien Soziotherapie, 2002, S. 22).

Der Facharzt stellt den Schweregrad der psychosozialen Funktionsniveaus mit Hilfe der GAF-Skala fest. (siehe Anhang D: DSM-IV Achse V: Globale Erfassung der Funktionsniveaus) Die GAF (Global Assessment of Functioning oder Globale Erfassung des Funktionsniveaus) basiert auf der Achse V des DSM-IV und beurteilt das allgemeine Funktionsniveau des Patienten. Die GAF dient als diagnostisches Screening Instrument. Die GAF-Skala wird in 10 Funktionsniveaus unterteilt. Die Abstufung der Funktionsniveaus wird von 100% in Zehnerschritten abwärts angegeben. Bei der Verordnung von ambulanter Soziotherapie darf der Wert 40 nicht überschritten werden. Die Beschreibung des Funktionsniveaus beim Wert 31-40 % lautet wie folgt: „Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (...) oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (...)“ (Saß et al, 2003, S. 24-25).

Es gab bereits mehrere Bestrebungen die entsprechenden Ausschüsse aufzufordern, das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie mit mehreren Diagnosegruppen zu er-

weitem. Sinnvolle und notwendige Ergänzungen sind vor allem die Diagnosegruppen: Abhängigkeitserkrankungen, Persönlichkeitsstörungen sowie schwere Angststörungen.

Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat in ihrer 83. Konferenz am 01.07.2010 einen Beschluss verfasst: „Ambulante Soziotherapie“ nach § 37 a SGB V, Optimierung der Umsetzung in den Länder. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen soll gebeten werden alle Möglichkeiten auszuloten, „(...) wie die Versorgung mit soziotherapeutischen Leistungen nach § 37 a SGB V verbessert und flächendeckend ausgebaut werden kann. Eingebettet in das jeweilige psychiatrische Versorgungssystem sollte dabei auch besonderes Augenmerk auf die Überprüfung der Zugangsberechtigung zur Leistungserbringung und eine Beschleunigung des Zulassungsverfahrens gelegt werden „ (Die 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder, 2010, Top 10.1). Es wurden jedoch keine Aussagen darüber getroffen wie, mit welchen Methoden und in welchen zeitlichen Rahmen die Verbesserungen der Versorgungssysteme umgesetzt werden soll. Leider wurde im Beschluss auch keine Ausweitung des Diagnosespektrums beschlossen. Somit bleibt es den Geschäftsstellen der einzelnen Krankenkassen überlassen, inwieweit auch weitere Diagnosegruppen in das Leistungsspektrum mit aufgenommen werden können.

In einem Evaluationsbericht (2008) des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen mit dem Auftrag eine Befragung hinsichtlich der Versorgungssituation sowie der Gründe und Schwierigkeiten bei der Verordnung von Ambulanter Soziotherapie durchzuführen wurden auch Aussagen zu den Zielgruppen getroffen. Eingangs wurden sieben Kernthesen formuliert, von welchen eine Kernthese lautete: „Die Indikationen der Richtlinien erfassen nicht alle schwer psychisch Kranken im Sinne des Gesetzes“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 15). An der Befragung beteiligt waren außer den Patienten alle Akteure die an der Soziotherapie beteiligt sind:

- Fachärzte für Allgemeinmedizin /Hausärzte
- Verordnungsberechtigte Nervenärzte /Psychiater
- Soziotherapeutische Leistungserbringer
- Krankenkassen
- Medizinischer Dienst der Krankenkassen

Die Befragung wurde anhand von Fragebögen, die für die jeweiligen Zielgruppen entwickelt wurden durchgeführt. Bei der Zielgruppe den Verordnungsberechtigten Nervenärzten /Psychiater und bei den Soziotherapeutischen Leistungserbringern wurde eine Vollerhebung (für die gesamte Bundesrepublik Deutschland) erbracht. Insgesamt wurden 878 Verordnungsberechtigte Nervenärzte/ Psychiater und 303 Soziotherapeutische Leistungserbringer schriftlich auf dem Postweg befragt. Neben den Fragebögen wurden ihnen auch die Ziele der Befragung mitgeteilt und Anonymität zugesichert. Der Rücklauf bei den Verord-

nungsberechtigten Ärzten lag bei 40 % und bei den Soziotherapeutischen Leistungserbringern bei 50%. Nach einem Erinnerungsschreiben lagen die Rückläufe dann bei 50 % und bei 83%. Die Zahl der Soziotherapeutischen Leistungserbringer wurde allerdings noch nach unten (auf 60 %) korrigiert, da die angeschriebenen Verbände die Fragebögen an mehrere Unterabteilungen weitergeleitet hatten.

Tabelle 1: Vorschläge für weitere Diagnosen des Kapitels F der ICD-10, die Soziotherapie erfordern (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 54, 74-75)

N= 102 (Fachärzte) N = 135 (Soziotherapeuten)

Qualitative Auswertung

Gruppen		Häufigkeit (Anzahl der Nennungen)	Hauptsächlich genannt
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer Störungen	28 (FÄ)	F 04, F 06 (FÄ)
		17 (ST)	F 04, F 06 (ST)
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	23 (FÄ)	F 10.x (FÄ)
		3 (ST)	F 10.x (ST)
F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	30 (FÄ)	F 20.x (FÄ)
		32 (ST)	F 20.8, F 23 (ST)
F30-F39	Affektive Störungen	43 (FÄ)	F 32.2, F 33.2 (FÄ)
		77 (ST)	F 31.2, F 32.2 (ST)
F40-F48	Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen	29 (FÄ)	F 41.1, F 42 (FÄ)
		52 (ST)	F 40.x, F 42 (ST)
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4 (FÄ)	F 50, F 51 (FÄ)
		3 (ST)	F 50 (ST)
F60-F69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	46 (FÄ)	F 60.x, F 60.31 (FÄ)
		70 (ST)	F 60.x, F 60.31 (ST)
F70-F79	Intelligenzstörung	1 (FÄ)	./ (FÄ)
		1 (ST)	./ (ST)
F80-F89	Entwicklungsstörungen	0 (FÄ)	./ (FÄ)
		0 (ST)	./ (ST)
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1 (FÄ)	./ (FÄ)
		0 (ST)	./ (ST)
F99	Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	0 (FÄ)	./ (FÄ)
		1 (ST)	./ (ST)

Tabelle 2: Fähigkeitsstörungen, für die Soziotherapie erforderlich wäre (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 55, 75)

N= 139 (Fachärzte) N = 108 (Soziotherapeuten)

Qualitative Auswertung

Nennung	Häufigkeit N (Anzahl der Nennungen)
Depression	./ (FÄ) 39 (ST)
Persönlichkeitsstörung	25 (FÄ) 38 (ST)
Borderline	26 (FÄ) 26 (ST)
Angst	32 (FÄ) 14 (ST)
Sucht	24 (FÄ) 10 (ST)

Trotz der Frage nach den Fähigkeitsstörungen seien in der Befragung (Tabelle 2) doch sowohl von den Fachärzten als auch von Leistungserbringern vor allem Diagnosen genannt worden.

Sowohl in der hier dargestellten ersten als auch in der zweiten Tabelle erscheinen die Diagnosen F10-F19, beziehungsweise die Benennung der Suchterkrankung zahlenmäßig in den hinteren Reihen der Diagnosen für welche die Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie erforderlich wäre. Wobei jeweils die Fachärzte die Notwendigkeit auch die Diagnosen der Abhängigkeitserkrankungen mit aufzunehmen höher einschätzen als die Leistungserbringer. In der Praxis sind die Leistungserbringer von Ambulanter Soziotherapie sehr häufig die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi's). Die SpDi's sind nicht vordergründig für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zuständig, von daher lassen sich die geringeren Zahlen für diese Diagnosegruppe auch erklären.

Neben der Suchterkrankung liegen bei 40-60 % der Betroffenen zusätzliche weitere psychische Erkrankungen (Komorbiditäten) vor. Die häufigsten Komorbiditätsstörungen sind Angststörungen und Depressionen. Darüber hinaus leiden viele Betroffene auch neben der Suchterkrankung unter Persönlichkeitsstörungen oder paranoiden Psychosen (Tretter, F. (Hrsg.), 2008). Auch aus diesem Grund ist der Einschluss von Abhängigkeitserkrankungen in die Zielgruppe für die Ambulante Soziotherapie unbedingt notwendig.

Claudia Schlagloth-Kley weist in ihrer Masterthesis nach, dass der Ausschluss von suchtkranken Menschen von der Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie eine Benachteiligung dieser Patientengruppe darstellt (Schlagloth-Kley, 2008). Laut ihren Recherchen werden keine klaren Gründe benannt, weshalb die Ambulante Soziotherapie für Menschen mit

Abhängigkeitserkrankungen nicht verordnet werden könnten. Von daher sei es auch nicht schlüssig, weshalb die Diagnosegruppen in den Soziotherapie – Richtlinien Absatz II Nr. 9 nicht aufgeführt sind. Es werden in den Soziotherapie Richtlinien auch keine Ausschlusskriterien bezogen auf die Zielgruppe benannt. Neben der reinen Diagnose müssen auch Einschränkungen der sozialen Funktionsstörungen vorliegen. Diese sind weiter oben im Text bereits benannt. Frau Schlagloth-Kley führt in ihrer Arbeit den Nachweis, dass diese Funktionsstörungen bei Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen vorliegen und schlussfolgert aufgrund dessen, dass diese Diagnosegruppe nicht ausgeschlossen werden dürfe.

In der vorliegenden Arbeit wird auf die Fragestellung ob Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen verordnet werden sollte nicht mehr explizit eingegangen, sondern es werden die Ergebnisse von Frau Schlagloth-Kley vorausgesetzt und die Patienten mit einer Abhängigkeitserkrankung in die Zielgruppe mitaufgenommen. Die genauere Benennung der Zielgruppe erfolgt in der Konzeptdarstellung im Punkt 5.5.

2.4 Rahmenbedingungen

Die Behandlung durch die Ambulante Soziotherapie wird von einem Facharzt (Neurologe oder Psychiater) verordnet. Die Verordnung erfolgt auf speziellen Formularen (siehe Anhang A: Verordnung Soziotherapie gem. § 37 a SGB V). Der Soziotherapeutische Behandlungs- oder Betreuungsplan (siehe Anhang B: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37 a SGB V) wird in einer gemeinsamen Abstimmung zwischen dem Facharzt, dem Leistungserbringer der Ambulanten Soziotherapie und dem Patienten erstellt. Die Inhalte des Betreuungsplans sind individuell auf den Patienten zugeschnitten, die Therapieziele sind in Nahziele und Fernziele unterteilt. Ziele sollen generell immer nach der SMART Regel aufgesetzt werden. Die SMART Regel besagt, Ziele sollen immer:

S = spezifisch,

M = messbar,

A = attraktiv,

R = realistisch,

T = terminiert,

sein. Neben den Zielen sind in den Soziotherapeutischen Behandlungsplan auch die therapeutischen Maßnahmen einzutragen, das heißt mit welchen Maßnahmen die individuellen Ziele erreicht werden sollen. Der Soziotherapeutische Behandlungsplan, sowie die Verordnung der Ambulanten Soziotherapie durch den Facharzt müssen den Krankenkassen zur

Leistungsbewilligung vorgelegt werden. Der zuständigen Sachbearbeiter der Krankenkassen ziehen zur Begutachtung der Unterlagen den jeweiligen MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) zur Entscheidungsfindung mit hinzu. Der Leistungserbringer muss eine fortlaufende Dokumentation (siehe Anhang C: Soziotherapeutische Dokumentation) über die Betreuung, die Art, den Umfang und die durchgeführten Maßnahmen erstellen. Dies dient als Qualitätssicherungsinstrument und ist auch für eine Weiterbewilligung der Leistung entscheidend. Die Dauer der Behandlung ist auf höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren festgelegt. Die einzelnen Verordnungen umfassen nicht mehr als 30 Einheiten beziehungsweise Stunden. Für die Folgeverordnung sind dann die erstellten Dokumentationen und der Behandlungsplan maßgebend. Die Kontakte mit den Patienten finden überwiegend im sozialen Umfeld des Patienten im Rahmen von Hausbesuchen statt. Der Leistungserbringer stellt in der Regel ein festes Bezugsbetreuersystem zu Verfügung, so dass der Patient eine feste Ansprechperson hat und zu dieser ein Vertrauensverhältnis aufbauen kann.

Die Ambulante Soziotherapie kann nur von Diplom-SozialarbeiterInnen/ SozialpädagogeInnen und Fachkrankenschwestern und -PflegerIn für Psychiatrie mit dreijähriger psychiatrischer Berufserfahrung in stationären und ambulanten Arbeitsfeldern der Versorgungsregion ausgeübt werden (AOK-Bundesverband et al., in der Fassung vom 29. November 2001). Der Leistungserbringer muss laut den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V das Betreuungsteam aus den oben genannten Berufsgruppen zusammenstellen.

2.5 Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen führten von 1995 – 1998 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit eine Studie durch, in welcher ein Modellprojekt zur Ambulanten Rehabilitation psychisch Kranken evaluiert und analytisch ausgewertet wurde (Melchinger, 1999). Hintergrund dieser Studie war das Vorhaben mögliche Versorgungslücken bei der ambulanten Versorgung von psychisch kranken Menschen aufzudecken. Darüber hinaus sollte eine neue ambulante Behandlungsform auf ihre Wirksamkeit hin auch im Zusammenhang mit wirtschaftlichen Faktoren geprüft werden. Es wurden Patienten einer Sozialpsychiatrischen Nervenarztpraxis und Patienten aus zwei Verbänden von Hilfsangeboten von psychisch Kranken in das Modellprojekt mit aufgenommen. Es wurden rund 200 Behandlungsfälle analysiert und schließlich 186 Patienten in das Projekt miteinbezogen. Insgesamt wurden 41% der Patienten in der Nervenarztpraxis und 59 % in den anderen beiden Einrichtungen behandelt. Neben den soziodemographischen Merkma-

len (Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsausbildung, aktueller Lebensunterhalt, Wohnsituation) wurden auch Merkmalen zur Krankengeschichte und Krankheitsbild (psychiatrische Diagnosen, Erstmanifestation der Erkrankung, Stationäre Aufenthalte, Suizidversuche, Funktionsniveau, Psychosoziale Belastungsfaktoren, Gesetzliche Betreuung, Unterstützung durch soziales Umfeld, Schwerbehindertenausweis) erfasst (Melchinger, 1999, S. 19-27)

Die Erfassung der Psychiatrischen Diagnosen brachte folgendes Ergebnis:

- 53% Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)
- 18 % affektive Störungen (F3)
- 10 % Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- 6% neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- 4 % nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99)
- 3% Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F9)
- 2 % Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)
- 2% Intelligenzminderung (F7)
- 2% Entwicklungsstörungen (F8) (Melchinger, 1999, S. 22)

Es wurde nicht erfasst, ob bei den Patienten Doppel- oder Mehrfachdiagnosen vorlagen. Bei allen Patienten lagen jedoch chronifizierte Krankheitsverläufe vor mit langen Krankenhausaufenthalten und 28 % der Patienten hatten im Laufe der Krankheitsgeschichte einen Suizidversuch begangen.

Die Empfehlungen die aufgrund der Modellerfahrungen gemacht wurden lassen die Frage nach spezifischen Diagnosen offen. Dies lässt den Schluss zu, dass nicht nur Menschen mit einer Schizophrenie oder Menschen mit Affektiven Störungen von der Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie profitieren können. Ein wichtiges Ergebnis der Evaluation ist, dass auch Menschen mit einer Suchterkrankungen und Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung (siehe Erfassung der Psychiatrischen Diagnosen bei den Patienten) die Behandlung der Ambulanten Soziotherapie in Anspruch nehmen können und dass die Behandlung auch hier zu den gewünschten Ergebnissen führen kann.

Die Studie zeigte auch, dass sich die Ambulante Soziotherapie von anderen Therapieformen anderer Leistungsträger, wie der Eingliederungshilfe nach SGB XII abgrenzen lässt und sie somit eine neue und ergänzende Behandlungsform im ambulanten Versorgungsbereich für psychisch aber auch suchtkranke Menschen darstellt.

Ambulante Soziotherapie ist eine ärztlich verantwortete Komplexleistung, die sowohl mit anderen Leistungen integrierbar ist und die einen individuell festgelegten Behandlungsplan hat in dem individuelle Ziele festgelegt sind. Im Modellprojekt waren die Indikatoren für die Behandlung „(...) chronifizierte Krankheitsverläufe (...), erhebliche Beeinträchtigungen der psychosozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit und das Vorliegen von ausgeprägten psychosozialen Belastungsfaktoren“ (Melchinger, 1999, S. 7).

Bei über 80% der betroffenen Menschen, die an der Studie teilgenommen hatten konnten die individuell festgelegten Therapieziele ganz oder teilweise erreicht werden und es konn-

ten somit Verbesserungen in den eben genannten Bereichen festgestellt werden. Nach erfolgreichem Abschluss dieser Studie wurde dann die Ambulante Soziotherapie eingeführt. Die Studie konnte belegen, dass durch die Ambulante Soziotherapie Krankenhausaufenthalte vermieden und verkürzt werden konnten und es dadurch zu Kosteneinsparungen gekommen ist.

2.6 Bisherige Umsetzung der Ambulanten Soziotherapie

Die Ambulante Soziotherapie kann seit 01.01.2002 von den entsprechenden Fachärzten verordnet werden. Die Leistung wurde aber wie im Punkt 2.1 erwähnt bereits zum 01.01.2000 im SGB V gesetzlich verankert. Es dauerte demzufolge zwei Jahre, bis die Richtlinien zur Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschlossen und in Kraft getreten sind und noch weitere 11 Monate bis die Begutachtungs-Richtlinien Ambulante Soziotherapie vorlagen und ebenfalls beschlossen wurden (Rössler, Melchinger, & Schreckling, 2012).

Nicolas Nowack schrieb bereits im Dezember 2002 in der Zeitschrift das Deutsche Ärzteblatt einen Artikel in dem er davon ausgeht, dass die Ambulante Soziotherapie ein Papiertiger sei. Da es im ersten Halbjahr 2002 noch keine Vereinbarungen über die Ambulante Soziotherapie mit einem Leistungserbringer gab und auch nur einzelne Anträge für die Leistungsgewährung gestellt wurden, liegt für ihn die Vermutung nahe, dass die Krankenkassen die Ambulante Soziotherapie nicht wirklich unterstützen. Die Krankenkassen würden wohl höhere und zusätzliche Kosten erwarten und vermuten. Als Grund dafür, dass es noch keine Vereinbarungen mit potentiellen Leistungsanbietern gab, nennt Nowack die hohen Anforderungen an die Leistungsanbieter, die durch die Richtlinien zur Durchführung und durch die Begutachtungs-Richtlinien für Ambulante Soziotherapie vorgegeben werden (Nowack, 2002).

Eine Fachtagung am 24.02.2010 in Kassel, die von der APK (Aktion Psychisch Kranker) veranstaltet wurde widmete sich der „Zukunft der Ambulanten Soziotherapie für Psychisch Kranke“. Herr Ulrich Krüger hat im Auftrag der APK eine Evaluation über die „Theorie und Praxis der Ambulanten Soziotherapie durchgeführt und diese auf der Fachtagung der APK in Kassel vorgestellt (Krüger, 2010).

Die Ergebnisse der Evaluation fasst er wie folgt zusammen: Es bestehen sehr hohe Anforderungen an die Leistungserbringer hinsichtlich der Qualifizierung und der Spezifizierung des Personals im Gegenzug sei die Vergütung für die Fachleistungsstunde jedoch sehr gering. Diese Vorgaben haben die Implementierung wesentlich verzögert und ständen auch entgegen der Erwartungen, dass der Leistungserbringer eine koordinierende und vernet-

zende Aufgabe innehaben soll. In seinem Vortrag fordert Krüger, dass die Einrichtungen und Dienste als Leistungserbringer in den Gemeindepsychiatrischen Verbund miteingebunden und implementiert sein sollen und nicht eine Einzelpraxis und Einzelleistungen darstellen sollen.

In den einzelnen Bundesländern gab es Ende 2004 noch sehr wenige soziotherapeutische Leistungserbringer und dann wurden vor allem Einzelverträge abgeschlossen und es gab keine flächendeckende Versorgung. Ein Best Practice Beispiel lieferte das Bundesland Rheinland Pfalz. Hier vereinbarten die Krankenkassen und die freie Wohlfahrtspflege auf Landesebene einen Rahmenvertrag über die einheitliche Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie (Rahmenvertrag zwischen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland Pfalz und den Krankenkassen, 2002). Die gemeinsame Vereinbarung eines Rahmenvertrages bei dem sich die entsprechenden Akteure über die Umsetzung der Leistung auseinandersetzen zeigt, dass die Ambulante Soziotherapie in Rheinland Pfalz die entsprechende Anerkennung gefunden hat. Der Rahmenvertrag beschreibt nochmal genauer die Voraussetzungen die zur Anerkennung eines Leistungserbringers notwendig sind und bringt dadurch Transparenz in das Anerkennungsverfahren. Wichtig ist den Akteuren vor allem die Zugehörigkeit der potentiellen Leistungserbringer zu einem Gemeindepsychiatrischen Verbund und auch die bereits vorhandenen Erfahrungen in Sozialpsychiatrischen Leistungskomplexen.

Der Rahmenvertrag (Rahmenvertrag zwischen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland Pfalz und den Krankenkassen, 2002, S. 7) nennt fünf Leistungskomplexe:

- Sozialpsychiatrische Leistungen zur ambulanten Grundversorgung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesstrukturierung/-gestaltung und Kontaktfindung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit und Beschäftigung
- Sozialpsychiatrische Leistung zur Planung, Koordinierung und Abstimmung der Hilfen

Der potentielle Leistungserbringer muss in mindestens drei Bereichen in der jeweiligen gemeindenahen Versorgung bereits tätig sein. In Baden-Württemberg wurde die Finanzierung lediglich verschoben. Der SpDi bekam bis zur Einführung der Ambulanten Soziotherapie eine Pauschalfinanzierung für Leistungen die in den Leistungskatalog des SGB V fallen. Danach wurde die Pauschalfinanzierung beendet und der SpDi konnte nur noch konkrete Leistungen im Einzelfall beantragen und finanziert bekommen. Das Bundesland Saar-

land richtete sich nach dem Modell von Rheinland Pfalz und in den anderen Bundesländern fehlten bis Ende 2004 noch weitgehend die soziotherapeutischen Leistungserbringer. Auch in Bayern wurde dem SpDi zuerst die Pauschalfinanzierung durch die Krankenkassen gestrichen und dann die Berechtigung zur Erbringung der Ambulanten Soziotherapie erteilt. Die Bilanzierung, ob die Ambulante Soziotherapie wie von den Krankenkassen befürchtet zu Mehrkosten führt, kann durch die Studie von Krüger nicht geprüft werden. Auch die möglichen Einsparungen die sich durch die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten gegenrechnen müssten war nicht Inhalt der Studie von Krüger und müsste deshalb noch entsprechend durchgeführt werden. Krüger vermutet, dass die Krankenkassen die Kosten überwiegend durch maßnahmebezogenes Sparen versuchen zu steuern und dass sie sich gegenüber den Leistungen der Ambulanten Soziotherapie sehr restriktiv verhalten.

Im Gegenzug beklagen die Ärzte den hohen administrativen Aufwand bei der Beantragung von Ambulanter Soziotherapie und die geringe Vergütung die von den Krankenkassen dafür zur Verfügung gestellt werden. Auch auf der Seite des Leistungserbringers ist die Vergütung für Ambulante Soziotherapie sehr gering. Die Vergütung für die Leistung Ambulante Soziotherapie liegt abhängig vom jeweiligen Bundesland zwischen 28 € pro Stunde und 44,90 € pro Stunde (Krüger, 2010). In Bayern liegt die Vergütung bei 44,90 € pro Stunde. Da der Leistungserbringer in der Regel hochqualifiziertes Personal, Dienstfahrzeuge, Büroräume und Büroausstattung zur Verfügung stellen muss, ist die Vergütung sehr gering und als Einzelleistung ohne Synergieeffekte durch weitere andere Aufgabenbereiche der Einrichtung oder des Dienstes kaum finanzierbar. Fazit und Forderungen der Fachtagung: Eine flächendeckende Versorgung durch Ambulante Soziotherapie ist noch lange nicht erreicht, da die Aufwendungen für die Beantragung und die Vorgaben für die Leistungsanbieter viel zu hoch sind und die Vergütungen im Gegensatz zu gering. In den Bundesländern in denen die regional verantwortlichen Akteure gut zusammen arbeiten ist die Umsetzung partiell realisiert worden.

Die Richtlinien, die auf Bundesebene erarbeitet wurden sind bezüglich der Vorgaben fehlsteuernd. Die Diagnosen und die Symptomatik bei den betroffenen Personen müssen stärker im Zusammenhang zu den Fähigkeiten und den Lebensverhältnissen gesehen werden. Die reine Diagnoseziffer und auch die Einteilung in Skalen sind dafür nicht ausreichend. Eine Ausweitung der Zugangs-Diagnosen über die in den Richtlinien vorgegebenen (Menschen mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und aus dem Bereich der affektiven Störungen) muss möglich sein. So müssen auch Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung die Leistungen der Ambulanten Soziotherapie in Anspruch nehmen können. Die Erstellung des Betreuungsplans müsse prozesshaft mit zunehmender Präzisierung

der Problemlagen, der Ziele und der Hilfen erfolgen und könne nicht immer in den vorgegebenen 5 Stunden erfolgen. Unbürokratische Antragstellung sollte möglich sein. Die Leistung sollte nicht durch spezialisierte Einzelanbieter erfolgen, sondern der Anbieter sollte bereits im Gemeindepsychiatrischen Verbund integriert und somit mit anderen Anbietern und Diensten des jeweiligen Versorgungsbereichs vernetzt sein. Ein kontinuierliches Bezugsbetreuersystem bei der koordinierenden Begleitung solle gewährleistet sein. Die Institutsambulanzen an den Psychiatrischen Kliniken sollten für die Verordnung und auch zur Durchführung der Ambulanten Soziotherapie berechtigt sein. Die Wirksamkeit der Ambulanten Soziotherapie wurde bereits vor einigen Jahren empirisch nachgewiesen (Melchinger, 1999) und die Ergebnisse werden von den Fachleuten auch nicht angezweifelt, sondern vielmehr bestätigt. Die verzögerte Implementierung der Ambulanten Soziotherapie wird vor allem den umsetzungsbehindernden Richtlinien des Bundesausschusses der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Zurückhaltung der Krankenkassen die Ambulante Soziotherapie einzuführen, zugeschrieben.

Der G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) erteilte an den Unterausschuss Soziotherapie am 16.05.2006 den Auftrag eine Befragung hinsichtlich der Versorgungssituation sowie der Gründe und Schwierigkeiten bei der Verordnung von Ambulanten Soziotherapie durchzuführen. Die Ergebnisse wurden in einem Bericht vom 17.01.2008 vorgestellt (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008). Wesentliche Ergebnisse waren unter anderem, dass die Hausärzte über die Leistung der Ambulanten Soziotherapie zu wenig Kenntnis hatten und ihnen somit auch die Verordnungsfähigkeit größtenteils nicht bekannt war. Im Evaluationsbericht wurden auch die Anzahl der Leistungserbringer und der Verordner in den einzelnen Bundesländern dargestellt. Weitere Ergebnisse des Evaluationsberichtes treffen Aussagen über die Verordnungsberechtigten Fachärzte für die Ambulante Soziotherapie. Festgestellt wurde, dass ca. 50% der verordnungsberechtigten Fachärzte in den letzten 12 Monaten die Leistung Ambulante Soziotherapie nicht mehr verordnet haben. Als häufigste Gründe dafür wurden der Mangel an soziotherapeutischen Leistungsanbietern und die nichtangemessene Vergütung genannt.

Die in der Tabelle 3 angegebene Zahl der Verordner der Ambulanten Soziotherapie die im Bundesland Bayern gar nicht so gering ist, sagt demzufolge noch nichts über die tatsächlich verordneten Leistungen aus. Demzufolge werden vermutlich auch die Leistungsanbieter nur potentielle Anbieter sein und bei geringer Nachfrage nach den Angeboten werden diese sich auch wieder reduzieren.

Tabelle 3: Anzahl der Leistungserbringer und Verordner für Ambulante Soziotherapie (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 108, 111)

Bundesland	Anzahl	
	Leistungserbringer	Verordner
Baden-Württemberg	78	101
Bayern	76	188
Berlin	11	101
Brandenburg	0	10
Bremen	4	36
Hamburg	1	3
Hessen	6	41
Mecklenburg-Vorpommern	1	27
Niedersachsen	13	64
Nordrhein-Westfalen	23	151
Rheinland Pfalz	77	30
Saarland	0	30
Sachsen	9	20
Sachsen-Anhalt	0	3
Schleswig-Holstein	1	60
Thüringen	3	14
Gesamt	303	879

Der Evaluationsbericht erfasst nicht konkret, bei wie vielen Patienten in den einzelnen Bundesländern Ambulante Soziotherapie verordnet oder durchgeführt wurde. Der Bericht enthält allerdings eine Aussage, wie hoch die durchschnittliche Anzahl der Patienten bundesweit ist, bei denen in den letzten 12 Monaten (im Evaluationszeitraum) die Ambulante Soziotherapie durchgeführt wurde. „Bundesweit liegt der Median bei 10 Patienten, die ein Soziotherapeut pro Jahr betreut. Im Ländervergleich wird deutlich, dass die Betreuungszahl der Leistungserbringer in den Ländern, in denen es relativ mehr von ihnen gibt, deutlich im zweistelligen Bereich pro Jahr liegt. Demgegenüber stehen Leistungserbringer in den anderen Ländern, die zu 66% nur null bis zehn Patienten in den letzten 12 Monaten betreuten“ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008, S. 101). Im Evaluationsbericht wurde auch festgestellt, dass die Diagnosegruppen, für die Verordnung der Ambulanten Soziotherapie erweitert werden sollte. Als häufigste Diagnose wurde die Borderline Persönlichkeitsstörung und „Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome“ genannt. Im Punkt 2.3 zur Zielgruppe wurde auf die Notwendigkeit die Diagnosen der Abhängigkeitserkrankungen auch in die Diagnosegruppen zur Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie aufzunehmen, bereits eingegangen.

Insgesamt lässt sich anhand der Evaluationsberichte (Krüger, 2010) und Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (2008)) und aufgrund der Tagungsergebnisse (Fachtagung am 24.02.2010 in Kassel, von der APK mit dem Titel „Zukunft der Ambulanten Soziotherapie für Psychisch Kranke“) folgendes zusammenfassen.

Die Ambulante Soziotherapie wird von fachlicher Seite als wichtiges Mosaiksteinchen und notwendiges Angebot gesehen, die Ambulante Versorgungsstruktur in den einzelnen Bundesländern weiter zu differenzieren und auszubauen. Bisher ist es allerdings in allen Bundesländern sehr schwierig das Ambulante Versorgungssystem in entsprechender Weise auszubauen. Die Anforderungen und Rahmenbedingungen, welche durch die Richtlinien zur Durchführung der Ambulanten Soziotherapie vorgegeben sind, erschweren es sowohl den potentiellen Leistungserbringer als auch den verordnungsberechtigten Fachärzten das Angebot der Ambulanten Soziotherapie in das Behandlungsprogramm mit aufzunehmen. Durch die eng abgesteckten Diagnosegruppen und der Notwendigkeit der Einteilung der Klienten in Funktionsniveaus (basiert auf der Achse V des DSM-IV) ist es auch für die Klienten nicht einfach die Voraussetzungen der Ambulanten Soziotherapie zu erfüllen.

In einer Interpellation der SPD-Fraktion vom 25. Oktober 2012 über die Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkrank Menschen in Bayern, wurden auch Fragen an die Bayerische Staatsregierung hinsichtlich der Ambulanten Soziotherapie gestellt. Die Fragen bezogen sich auf die Zahlen der in Bayern tätigen ambulanten Soziotherapeuten und nach den Entwicklungen der letzten 10 Jahre. Eine Frage bezieht sich auch auf Einsparungen im stationären Bereich durch die Verordnung von Ambulanter Soziotherapie. Sowie nach den Maßnahmen die erforderlich sind, um Soziotherapie verstärkt anbieten zu können. (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2013, S. 257-258). Die Antworten der Bayerischen Staatsregierung fallen hier eher mager aus. So seien nach Mitteilung der eingeschalteten Krankenkassen 39 ambulante Soziotherapeuten in Bayern tätig. Die Zahlen seien bis 2006 jährlich gestiegen und stagnieren seit 2007. Über die Daten von anderen Bundesländern sowie über Einsparungen im stationären Bereich aufgrund der Verordnung von Ambulanten Soziotherapie lägen keine Erkenntnisse vor. Es gibt keine Aussage über mögliche Maßnahmen die erforderlich wären um Soziotherapie zu fördern oder verstärkt anbieten zu können (ebd.).

Die Zahlen unterscheiden sich gegenüber den Zahlen die im Evaluationsbericht des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (siehe Tabelle 3) erhoben wurden. Insgesamt lässt sich feststellen, dass es wohl für Bayern keine aktuellen zuverlässi-

gen Zahlen hinsichtlich der Anzahl der tätigen Soziotherapeuten, der Anzahl der Ärzte, die Soziotherapie verordnen können und auch der Anzahl der Patienten, welche die Ambulante Soziotherapie aktuell in Anspruch nehmen, gibt.

3 Ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim

Die Stadt und der Landkreis Rosenheim liegen im Süd-Osten von Oberbayern. Der Landkreis Rosenheim ist mit seinen mehr als 250.000 Einwohnern (Stand: 30.06.2014) nach dem Landkreis München der nach Einwohnerzahl zweitgrößte Kreis in Bayern. Zum Landkreis Rosenheim gehören die Städte Kolbermoor, Bad Aibling und Wasserburg am Inn sowie 43 weitere Gemeinden. Mit einer Fläche von 1.439 km² ist er einer der größten Flächenlandkreise in Oberbayern. Die Ausdehnung auf der Nord-Süd Achse beträgt ca. 60 km und die Ausdehnung auf der Ost-West Achse ca. 50 km (Landkreis Rosenheim, 2015). Die kreisfreie Stadt Rosenheim wird ganz vom Landkreis umschlossen und hat aktuell über 61 000 Einwohner (Stand: 30.09.2012). Rosenheim ist nach München und Ingolstadt die drittgrößte Stadt in Oberbayern (Stadt Rosenheim, 2013)

Die Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim besteht aus ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten. Als zuständige Leistungsträger für die Angebote sind vor allem der Rentenversicherungsträger, der Krankenversicherungsträger und der Sozialhilfeträger zu nennen. Für die Angebote der Frühintervention und der Primärprävention sind vor allem die Städte und Kommunen zuständig. Auf diese Bereiche wird jedoch in der Darstellung nicht explizit eingegangen, weil sie vor allem Kinder- und Jugendliche betreffen.

Stationäre und teilstationäre Angebote im Bereich der Suchtkrankenhilfe des Krankenversicherungsträgers:

Eine große Psychiatrische Klinik in Wasserburg am Inn die für die Stadt und den Landkreis Rosenheim eine Versorgungsverpflichtung hat, deckt vor allem die akut klinische Versorgung der Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ab. In den somatischen Kliniken in Bad Aibling, Prien, Wasserburg am Inn und Rosenheim werden in den entsprechenden Stationen auch Neurologische- und Alkoholentzugsbehandlungen durchgeführt. Als weitere stationäre, medizinische Angebote gibt es vor allem im Landkreis Rosenheim mehrere Psychosomatische Kliniken, deren Ausschlusskriterien sind jedoch in der Regel eine im Vordergrund stehende Abhängigkeitserkrankung.

Ein teilstationäres Angebot ist die Tagesklinik in Rosenheim, sie ist eine dezentralisierte Abteilung/Station der Psychiatrischen Klinik in Wasserburg am Inn. Auf die Angebote der Tagesklinik wird im speziellerem noch in einem Unterpunkt eingegangen.

Stationäre Angebote der Suchtkrankenhilfe des Rentenversicherungsträgers:

In einer Kleinstadt im Landkreis Rosenheim befindet sich eine Fachklinik mit 86 Plätzen für mehrfachabhängige Menschen und junge Monoabhängige (illegaler Suchtmittelbereich). Die Fachklinik ist eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation und bietet Langzeittherapien (bis 25 Wochen) und Kurzzeittherapien (bis 16 Wochen) an.

Stationäre Angebote der Suchtkrankenhilfe des Sozialhilfeträgers:

Im Rahmen der Eingliederungshilfe gem. §§53 ff SGB XII und im Rahmen der Wohnungslosenhilfe gem. §§ 67 ff SGB XII werden sowohl in der Stadt als auch im Landkreis Rosenheim mehrere stationäre Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen mit Doppeldiagnosen vorgehalten. Für den Bereich der Wohnungslosenhilfe waren es (Stand 2012) 36 Plätze in der Stadt und 36 Plätze im Landkreis Rosenheim. Die stationären Angebote der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte Menschen (suchtkranke und psychisch kranke Menschen) werden im zweiten Sozialbericht des Bezirks Oberbayern nicht unterteilt, von daher können die Plätze speziell für die Suchtkrankenhilfe nicht genau angegeben werden (Bezirk Oberbayern, 2012).

Ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe:

Die ambulante Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe hat sich in den letzten Jahren in der Stadt und im Landkreis Rosenheim kontinuierlich weiterentwickelt. So wurden vor allem die Anzahl der Plätze und auch die Ausdifferenziertheit der einzelnen Angebote den entsprechenden Bedarfen der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung angepasst.

Inzwischen gibt es in der Stadt und im Landkreis Rosenheim zwei Suchtberatungs- und Behandlungsstellen, die von Seiten des Rentenversicherungsträgers die Berechtigung haben, die Ambulante Rehabilitation anzubieten und durchzuführen. Neben den Maßnahmen des Rentenversicherungsträgers werden dort auch eine Vielzahl von Projekten und Angeboten zur Prävention und zur Beratung und Behandlung sowohl von Betroffenen als auch von Angehörigen abhängigkeitskranker Menschen angeboten.

Für die Stadt und den Landkreis Rosenheim gibt es einen Sozialpsychiatrischen Dienst mit Hauptsitz in der Stadt Rosenheim und einer Außenstelle in Wasserburg. Der SpDi ist vor allem für Menschen mit vordergründig psychischen Erkrankungen zuständig. Die Menschen, die sich an den SpDi wenden haben mitunter auch Abhängigkeitserkrankungen zu meist jedoch eher als nachrangige Diagnose oder als Doppel- oder Mehrfachdiagnose neben den psychischen Erkrankungen. Neben den Angeboten für die Betroffenen die in Einzel- oder Gruppensetting stattfinden hält der SpDi auch Angebote für Angehörige vor. Der

SpDi war nach Einführung der Ambulanten Soziotherapie der einzige potentielle Leistungserbringer für Ambulante Soziotherapie. Wie auch aus den Expertenfragebögen im Rahmen der Evaluation dieser Arbeit ersichtlich ist, wurde die Ambulante Soziotherapie vom SpDi in Rosenheim in der Praxis nie durchgeführt.

Im Rahmen der Eingliederungshilfe werden im ambulanten Bereich sowohl Plätze in Wohngemeinschaften (TWG) als auch Plätze im Betreuten Einzelwohnen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung angeboten. Auch im ambulanten Eingliederungshilfebereich für Menschen mit einer seelischen Behinderung unterteilt der Bezirk Oberbayern die Platzangebote im zweiten Sozialbericht nicht zwischen Menschen mit einer psychischen und Menschen mit einer Suchterkrankung auf. Eine genaue Nennung der Platzzahlen ist deshalb auch hier nicht möglich (Bezirk Oberbayern, 2012).

Das Betreute Einzelwohnen als Leistung der Eingliederungshilfe wird von zwei verschiedenen Trägern der Suchtkrankenhilfe für die Stadt und den Landkreis Rosenheim angeboten. Die Angebote unterscheiden sich konzeptionell und inhaltlich gravierend voneinander und stellen deshalb eine Ergänzung für die Betroffenen dar. Die Unterschiede sind vor allem in der Zielgruppe, in der Hoch- bzw. Niederschwelligkeit der Angebote und in den methodischen Ansätzen zu finden.

Drei Selbsthilfeorganisationen, der Kreuzbund, die Anonymen Alkoholiker und die Rosenheimer Suchthilfe e.V. bieten sowohl in der Stadt Rosenheim als auch in den Gemeinden und kleineren Städten im Landkreis zu verschiedenen Zeiten und an unterschiedlichen Orten Selbsthilfegruppen an. Beide Organisationen bieten Gruppen bestehend aus Betroffenen und oder Angehörigen von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung an und werden auch je von Betroffenen angeleitet.

Darüber hinaus findet sich auch eine große Anzahl an niedergelassenen Psychotherapeuten mit verschiedenen therapeutischer Ansätze wie verhaltenstherapeutischer und psychoanalytischer Ansätze (abrechenbar mit der zuständigen Krankenkasse) oder systemsicher Ansätze (in der Regel nicht abrechenbar mit der zuständigen Krankenkasse). Leider ist die Anzahl der Psychotherapeuten, die auch mit Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung arbeiten und sich darauf spezialisiert haben eher in geringerer Anzahl zu finden.

Neben den niedergelassenen Psychotherapeuten gibt es in der Stadt und im Landkreis Rosenheim auch einige Einzel- und Gemeinschaftspraxen mit niedergelassenen Psychiatern und Neurologen. In Wasserburg am Inn und in Rosenheim gibt es darüber hinaus nur wenige Ärzte welche die Substitutionsbehandlung für opiatabhängige Menschen anbieten dürfen und auch aktiv anbieten.

Die Tagesklinik Rosenheim gehört zur Psychiatrischen Klinik in Wasserburg am Inn, hat allerdings ihre Räume inmitten der Stadt Rosenheim. Neben psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Belastungsreaktionen, Neurotische Störungen (z.B. Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen), Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatische Erkrankungen werden auch Abhängigkeitserkrankungen in der Tagesklinik gehandelt.

Die PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) hat ihren Standort direkt am Klinikgelände der Psychiatrischen Klinik in Wasserburg am Inn. Die Angebote sind vor allem als Nachsorgebehandlung für Patienten der Psychiatrischen Klinik gedacht und angelegt. Die Termine können entweder in den Räumen der PIA oder im Einzelfall auch direkt im Lebensmittelpunkt der Patienten stattfinden.

Der örtliche Sozialhilfeträger (Städte und Kommunen in Bayern) stellt vor allem in der Stadt Rosenheim mehrere im geringen Umfang betreute Unterkünfte und Pensionen für Menschen aus der Wohnungslosenhilfe zur Verfügung. Diese Form der Unterstützung wird dem ambulanten Bereich zugeteilt, weil dort kein dauerhaftes Wohnen möglich ist. Die Zuständigkeit von Seiten des Leistungsträgers liegt deshalb nicht beim überörtlichen Sozialhilfeträger, dem Bezirk Oberbayern, sondern bei den örtlichen Sozialhilfeträgern – den Städten und Kommunen. Im Bereich der Wohnungslosenhilfe gibt es auch noch die Angebote von Streetworkern in der Stadt Rosenheim.

Modulare ambulante Leistungen:

Als zusätzliche modulare ambulante Leistungen sind hier vor allem alle Angebote die den Bereich Beschäftigung und Arbeit, Arbeitsprojekte und Maßnahmen im Bereich Arbeit betreffen gemeint. Die Angebote erstrecken sich über Zuverdienst Arbeitsplätze bis hin zu Tagesstrukturierende Maßnahmen (beides Angebote vom Sozialhilfeträger) oder Maßnahmen die von den Agenturen für Arbeit oder den Jobcentern im Rahmen von Eingliederungsvereinbarungen angeboten werden.

In der Stadt Rosenheim befindet sich eine Kontakt- und Begegnungsstätte die vom Sozialhilfeträger in Rahmen der Pauschalfinanzierung finanziert wird. Die Kontakt und Begegnungsstätte ist auch eine modulare ambulante Leistung, die zusätzlich zu anderen Leistungen der Eingliederungshilfe oder zu ambulanten Leistungen des Rentenversicherungs- oder Krankenversicherungsträgers mit in Anspruch genommen werden kann. Zugang zu diesem Angebot haben Menschen mit Abhängigkeitserkrankung und Menschen mit Doppeldiagnosen.

3.1 Abgrenzung Ambulante Soziotherapie zu ambulanten Angeboten des Rentenversicherungsträgers -Ambulante Rehabilitation

Im folgendem wird repräsentativ das Angebot der Ambulanten Rehabilitation vom Leistungsanbieter *neon Prävention und Suchthilfe Rosenheim* kurz beschrieben.

- Eignung für die Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht (ARS)
 - Volljährige Patienten mit Abhängigkeit von Alkohol, illegalen Drogen oder Medikamenten, die entgiftet und in stabilem suchtmittelfreien Zustand sind
 - Die Patienten müssen über ein funktionierendes, zumindest nicht kontraproduktives soziales Umfeld verfügen und in einer stabilen Wohnsituation leben
 - Zumindest mittelfristig berufliche Perspektive bzw. in der kürzeren Vergangenheit stabile Erwerbssituation.
- Kontraindikation für die Behandlung
 - Akute Suizidalität
 - Erhebliche psychische oder körperliche Schädigungen, insbesondere akute Psychosen, schwere/unbehandelte Traumata oder Persönlichkeitsstörungen, schwere Depression, hirnorganische Beeinträchtigungen, mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung
 - Chronifizierter Suchtverlauf/ Polytoxikomanie/ i.d.R. Opiatabhängigkeit
- Ziele der ARS
 - Stabilisierung der Abstinenz
 - Erhöhung der psychischen Stabilität und Förderung der körperlichen sowie seelischen Gesundheit
 - Aufrechterhaltung/Wiederaufnahme der Berufstätigkeit

Die Behandlung findet in Kombination aus suchtmmedizinischer und psychotherapeutischer Behandlung statt. Die Behandlung findet in wöchentlichen Gruppensitzungen statt, zusätzlich findet jede 2. Woche eine Modulgruppe mit vertiefendem Inhalt statt. Die Behandlung dauert i.d.R. 8-12 Monate, Verlängerungen sind möglich und bei Bedarf finden Einzel- und Angehörigengespräche statt. (neon Prävention und Suchthilfe Rosenheim, 2014)

Die DEGS Studie kommt zum Ergebnis, dass in der 12 Monatsprävalenz die Alkoholstörung hinter der Angststörung die zweithäufigste psychische Störung in der Bevölkerung ausmacht. Trotzdem liegt die Behandlungsrate bei den Menschen mit Alkoholmissbrauch und bei Alkoholabhängigkeit im niedrigen Bereich. (Wittchen & Jacobi, 2012)

Auch Günther Wienberg stellt auf der Tagung „Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland

(2009) fest, dass nur ein Bruchteil der Suchtkranken zur Behandlung in eine Fachklinik geht oder die Unterstützung einer Fachberatungsstelle in Anspruch nimmt (Wienberg, 2009). Allerdings wird die Entwöhnungsbehandlung zunehmend auch im ambulanten Bereich angeboten, was im Sinne der personenzentrierten und gemeindenahen Versorgung sehr sinnvoll ist und sich als adäquate Behandlungsform mehr und mehr durchsetzt.

Auch in Rosenheim wurde das Suchhilfesystem im Bereich der Angebote der Ambulanten Rehabilitation ausgebaut. Durch die Zulassung des Rentenversicherungsträgers für eine weitere Beratungs- und Behandlungsstelle welche die Behandlung der Ambulanten Rehabilitation anbieten können, wurden nunmehr für die Betroffenen Wahlmöglichkeiten geschaffen. Auftrag und vordergründiges Ziel der Maßnahmen des Rentenversicherungsträgers ist die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Um diesem Auftrag gerecht zu werden sind die Maßnahmen bei den Zugangsvoraussetzungen sehr hochschwellig angelegt. Die Abstinenz ist zwar auch als Ziel definiert, jedoch gehört sie auch bereits zu den Zugangsvoraussetzungen. Eine Ambivalenz hinsichtlich der Frage ob eine dauerhafte Abstinenz vom Betroffenen angestrebt wird reicht am Anfang der Behandlung oft nicht aus und wird als zu geringe Motivation für die Ambulante Rehabilitation angesehen. Eine weitere Zugangsvoraussetzung ist das funktionierende soziale Umfeld und die sichere Wohnsituation. Für viele der Betroffenen ist das soziale Umfeld oft schon weggebrochen, weil die Beziehungen den Belastungen einer bereits länger andauernden Abhängigkeitserkrankung eines Betroffenen nicht mehr standgehalten haben.

Durch den knappen Wohnraum der in den meisten Groß- wie auch Kleinstädten in Oberbayern inzwischen vorzufinden ist, sind die Wohnsituationen oft nicht mehr sicher. Einige wohnen in prekären Wohnsituationen, die sich aber aufgrund der Knappheit des Wohnraums nicht so schnell verändern lassen. Sicherlich stehen die Probleme der prekären Wohnsituationen bei der klassischen Klientel für die Ambulante Rehabilitation nicht im Vordergrund, jedoch können durch Gefährdung oder Verlust der Arbeitsstelle aufgrund des Alkoholkonsums die Ängste, auch noch den Wohnraum zu verlieren recht schnell real werden. Die Ambulante Rehabilitation findet in den Räumen der Fachberatungsstelle (Komm-Struktur) statt und das Setting besteht überwiegend aus Gruppenangeboten.

In den eben beschriebenen Bereichen stecken bereits einige der wesentlichen Abgrenzungsmerkmale zur Ambulanten Soziotherapie. Wie bereits erwähnt ist das vordergründige Ziel der Ambulanten Rehabilitation die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Die Zugangsvoraussetzungen sind demzufolge sehr hochschwellig und deshalb für viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung ohne vorherige andere Behandlungs- oder Beratungs-

angebote nicht leicht erreichbar. Die Ambulante Soziotherapie kann jedoch die Zugangsvoraussetzungen für die Ambulante Rehabilitation schaffen so z.B. die Konsumreduktion bis hin zur Abstinenz oder ein funktionierendes, unterstützendes soziales Umfeld schaffen oder die Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft bei unbehandelten Psychosen oder Traumata beeinflussen.

3.2 Abgrenzung Ambulante Soziotherapie zu Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere zum Betreuten Einzelwohnen

Es wird im Folgenden das Angebot des Betreuten Einzelwohnens der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim vorgestellt, da dies auch das Arbeitsfeld der Verfasserin der Masterthesis ist.

Die Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim leisten Eingliederungshilfe gem. §§53 ff SGB XII für Menschen mit einer seelischen Behinderung. Das Angebot ist spezialisiert auf Menschen mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen und für Menschen mit Doppeldiagnosen. Die Unterstützung findet in der Regel ambulant von Montag bis Freitag zwischen 8.00 – 18.00 Uhr im festen Bezugsbetreuersystem statt. Die Termine finden je nach Bedarf im Haushalt beziehungsweise im Lebensumfeld des Klienten (Gehstruktur) statt. Je nach individuellem Hilfebedarf wird die Betreuungsintensität in Absprache mit dem Leistungsträger (Bezirk Oberbayern) festgelegt. Es werden drei verschiedene Betreuungsintensitäten (Betreuungsschlüssel 1:6 /1:8 /1:10) angeboten. Die Dauer der Unterstützung ist zeitlich nicht befristet, sondern abhängig vom individuellen Hilfebedarf.

Voraussetzungen:

- Mindestens 21 Jahre
- Wohnsitz in der Stadt oder im Landkreis Rosenheim
- das Vorliegen der sozialhilferechtlichen Voraussetzungen (Bedürftigkeit muss gegeben sein d.h. es dürfen die Grenzen für Schonvermögen und monatliche Einkommensgrenzen nicht überschritten sein)

Die fünf Teilhabe- bzw. Lebensbereiche, in deren die Unterstützung erfolgt sind:

- Aufbau und Gestaltung von sozialen Beziehungen
- Selbstversorgung und Wohnen
- Arbeit/Beschäftigung, Schule
- Tagesstruktur und Freizeit
- Umgang mit den Auswirkungen der Erkrankung

Die Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim arbeiten zieloffen, d.h. von der Konsumreduktion bis hin zur völligen Abstinenz.

Tabelle 4: Übersicht über die Bereiche, die Zielebene und die Maßnahmen im BEW der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim (ANTHOJO Ambulante Hilfen Anthojo Rosenheim, 2009)

Bereich	Zielebene	Maßnahmen
Gefährdungsbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Sichern des Überlebens 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt aufbauen und halten, Schlimmeres vermeiden • Basale Möglichkeiten zur Versorgung (Lebensmitteln, Wohnen, heizen,...) schaffen • Finanzielle Ansprüche klären • Zugang zur medizinischen Versorgung sicherstellen <p>Ambulant nur temporär in der Zusammenarbeit mit Arzt und Umfeld möglich.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit stabilisieren • Riskante Konsummuster mindern 	<ul style="list-style-type: none"> • Gezielte Maßnahmen zur Gefahrenabwehr, wie z.B. Safer Use und weitere Ansätze zur „harm reduction“ • Krisenmanagement aufbauen <p>Durch Gehstruktur (aufsuchend) effektiver als Kommstruktur (Beratungsstelle)</p>
Stabilisierungsbereich	<ul style="list-style-type: none"> • Sozial rehabilitieren und integrieren • Konsum minimieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Ev. Kontrollierter Konsum, bzw. risikoarmen Konsum anstreben, Punktabstinenz schaffen • Soziale Konflikte / Beziehungen klären • Schulden, Tagesstruktur, Behördengänge machen <p>Arbeiten vor Ort und mit Nachbarschaft / Umfeld ist Kernstück der ambulanten Begleitung</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Kosumfreie Perioden verlängern 	<ul style="list-style-type: none"> • Rückfallprävention • Abstinente Verhaltensweisen fördern, Hobbies gemeinsam wiederentdecken
	<ul style="list-style-type: none"> • Abstinenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt zur Selbsthilfe • Ablehnungstraining • Achtsamkeitstraining
	<ul style="list-style-type: none"> • Zufriedene Abstinenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Lockeren Kontakt halten • Genussstraining

Der zuständige überörtliche Sozialhilfeträger für die Maßnahmen der Eingliederungshilfe in Oberbayern ist der Bezirk Oberbayern. Die Maßnahmen der ambulanten Eingliederungshilfe für Menschen mit einer seelischen Behinderung sind vor allem die ambulanten Wohngemeinschaften (TWG) und das Betreute Einzelwohnen (BEW). Der Bezirk Oberbayern hat die ambulante Versorgungsstruktur in Oberbayern in der Eingliederungshilfe in den letzten 10 Jahren um ein vielfaches ausgebaut. Mit dem Ausbau der ambulanten Versorgungsstruktur kommt der Bezirk Oberbayern der Forderung, die bereits in der Psychiatrie Equete 1975 als Kernforderung gestellt wurde „ambulant vor stationär“ weiter entgegen.

Tabelle 5: Übersicht über die Entwicklung der Anzahl der Plätze für betreutes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, 2013, S. 343)

Bezirk	2002	2004			2006			2008			2010			2012		
	Gesamt	Psych	Sucht	Gesamt												
OBB	1562	2090	285	2375	2293	372	2665	2567	742	3309	3314	1087	4401	3762	1523	5285
NDB	215	240	38	278	278	38	316	280	37	317	300	37	337	304	43	347
OPF	217	214	23	237	226	32	258	253	35	288	281	47	328	343	107	450
OFR	224	265	4	269	290	10	300	313	10	323	490	25	515	542	78	620
MFR	613	533	104	637	549	120	669	723		723	943		934	1011		1011
UFR	203	229	29	258	262	45	307	291	62	353	369	67	436	563		563
Schw	291	323	0	323	323	3	326	476		476	702		702	921		921
Summe		3894	483		4221	620		3704	886		4754	1263		4951	1751	
Total	3325	4377			4841			5789			7662			9197		

Der Ausbau der Plätze im Bereich Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen wird auch in der Stadt und im Landkreis Rosenheim deutlich.

Die Inhalte der Ambulanten Soziotherapie und die Leistungen des Betreuten Einzelwohnens haben einige Schnittstellen und verfolgen zum großen Teil gleiche oder ähnliche Ziele. Ein übergeordnetes Ziel der Ambulanten Soziotherapie ist es Krankenhausbehandlungen zu vermeiden oder zu verkürzen und eine Behandlungsbereitschaft zu erwirken. Die Patienten sollen befähigt werden ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Die Selbsthilfepotenziale der Patienten sollen durch die Ambulante Soziotherapie gestärkt werden und ein soziales Netzwerk oder stützendes soziales Umfeld soll aufgebaut werden. Der Patient soll vor sozialer Ausgrenzung und Isolation geschützt werden. Der Aufbau oder der Erhalt einer geregelten Tagesstruktur ist ein weiteres Ziel der Ambulanten Soziotherapie.

Die Eingliederungshilfe hat die Aufgabe gem. § 53 Abs. 3 SGB XII, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und den behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft soll für Menschen mit einer Behinderung ermöglicht werden. Die Zielsetzungen gelten für die medizinischen Leistungen, sowie für die Teilhabe am Arbeitsleben und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Stand: 25.11.2008). Die Aufgaben und Ziele der Eingliederungshilfe sind somit denen der Ambulanten Soziotherapie sehr ähnlich. Auch die Maßnahmen zur Erreichung der Ziele sowie die Rahmenbedingungen der Ambulanten Soziotherapie und des Betreuten Einzelwohnens haben viele Gemeinsamkeiten. Mit ähnlichen oder gleichen Maßnahmen und Rahmenbedingungen sind vor allem das Arbeiten am Lebensmittelpunkt der Betroffenen – Gehstruktur und das Einbeziehen der sozialen und professionellen Netzwerke in die Unterstützung gemeint.

Der zeitliche Rahmen der Unterstützung unterscheidet sich allerdings voneinander. Die Ambulante Soziotherapie ist zeitlich begrenzt. Es können höchstens 120 Stunden in einem maximalen Zeitraum von drei Jahren erbracht werden. Die Bewilligung des Betreuten Einzelwohnens ist abhängig vom individuellen Hilfebedarf des Betroffenen. Die Intensität der Leistung ist auch abhängig vom individuellen Hilfebedarf des Betroffenen aber auch davon welche Betreuungsschlüssel der Leistungsanbieter mit dem zuständigen Leistungsträger in Leistungs- und Entgeltverhandlungen abgeschlossen hat. Die Abgrenzung der Ambulanten Soziotherapie zu den Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere zum Betreuten Einzelwohnen ist wie eben beschrieben inhaltlich schwer zu treffen. Eine wesentliche Abgrenzung liegt allerdings in den jeweiligen Voraussetzungen die Vorliegen müssen, um die Hilfe vom zuständigen Leistungsträger gewährt zu bekommen.

Die Leistungen der Eingliederungshilfe unterliegen der Nachrangigkeit. Im § 2 SGB XII ist der allgemeine Nachranggrundsatz geregelt. Dieser besagt, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe erst dann gewährt werden dürfen, wenn keine anderen Sozialleistungen vorrangig zu gewähren sind. Dies bedeutet, dass sofern die Voraussetzungen für die Ambulante Soziotherapie vorliegen eigentlich zuerst diese Leistungen gewährt werden müssten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe bemängeln in den „Orientierungshilfen zur Abgrenzung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen“ allerdings zurecht, dass sich „...vorrangig verpflichtete Leistungsträger sich durch Nichtausbau entsprechender Infrastruktur ihrer Leistungspflicht entziehen...“ (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Stand: 25.11.2008, S. 11).

Wer die Leistungen des Betreuten Einzelwohnens in Anspruch nehmen möchte muss neben den Voraussetzungen der Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII auch die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen erfüllen. Die Sozialhilfe setzt eine gewisse Bedürftigkeit des Betroffenen voraus. Im § 2 SGB XII ist geregelt, dass Sozialhilfe nur derjenige erhält, der sich nicht durch eigenes Einkommen und Vermögen selber helfen kann. Die Höhe des einzusetzenden Einkommens und die Höhe des Schonvermögens errechnet sich aus den §§ 85 ff SGB XII und §§ 90 ff SGB XII. Für eine alleinstehende Person bedeutet dies, das Einkommen darf monatlich den zweifachen Eckregelsatz (ca. 800 €) und die angemessene Miethöhe (ca. 350 €) nicht überschreiten. Das Schonvermögen beträgt für eine einzelne Person 2600 €. Zum Vermögen werden auch bestimmte Versicherungen wie aktuelle Rückkaufwerte von Lebensversicherungen etc. mitangerechnet. Bei Bedarfsgemeinschaften (eheähnliche Gemeinschaften) wird das Einkommen und Vermögen zusammengefasst. Die Schonbeträge bei Einkommen und Vermögen werden entsprechend angepasst.

Ein großer Teil der Betroffenen erfüllt zwar die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe jedoch nicht die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen und deshalb können die Hilfen trotz bestehenden Bedarfs nicht in Anspruch genommen werden. Darüber hinaus prüft der Sozialhilfeträger auch, ob es Angehörige in erster Linie gibt, die dem Betroffenen gegenüber unterhaltsverpflichtet sind. Unterhaltsverpflichtet sind Eltern auch gegenüber ihrer volljährigen Kinder, Ehe- und Lebenspartner gegenseitig und volljährige Kinder gegenüber ihrer Eltern. In der Praxis ziehen viele Betroffene ihre Anträge auf Leistungen der Eingliederungshilfe insbesondere für das Betreute Einzelwohnen wieder zurück, weil sie ihre Angehörigen finanziell nicht belasten wollen und weil es ihnen unangenehm und peinlich ist, dass die eigenen Eltern oder die erwachsenen Kinder oft nach jahrelangem Kontaktabbruch wieder mit den Problemen des Betroffenen konfrontiert werden.

Die Voraussetzungen für die Leistungen des Krankenversicherungsträgers bzw. für die Ambulante Soziotherapie sind unabhängig von eigenem Einkommen und Vermögen und es besteht auch keine Unterhaltsverpflichtung von Angehörigen.

3.3 Abgrenzung zu Angeboten der Selbsthilfegruppen

Der Kreuzbund ist eine Selbsthilfeorganisation der dem Caritasverband der Katholischen Kirche angegliedert ist. Das übergeordnete Ziel der Suchtselbsthilfegruppen ist es, ohne Suchtmittel zu leben. Die einzelnen Gruppen werden von Betroffenen angeleitet und bestehen aus Suchtkranken Menschen und deren Angehörigen. Die Teilnahme an den Selbsthilfegruppen ist freiwillig, kostenfrei und zunächst auch anonym. Durch die Gemeinschaft in der Gruppe und das Arbeiten an den persönlichen Problemen sollen die Gruppenmitglieder dabei unterstützt werden den Selbstwert, die Selbstachtung und die Lebensfreude zurückzugewinnen. Durch gegenseitiges Zuhören und der Bereitschaft von- und miteinander zu lernen, sollen die Gruppenmitglieder die verlorene Kontrolle über das eigene Leben zurückgewinnen. Die Gesprächsgruppen finden in der Regel einmal wöchentlich statt. Es sind offene Gruppenangebote und die Zugehörigkeit zur Gruppe ist zeitlich nicht begrenzt. Neben den Gesprächsgruppen werden auch gemeinsame suchtmittelfreie Freizeitgestaltungsangebote veranstaltet und durchgeführt beziehungsweise gemeinsam an örtlichen Freizeitveranstaltungen teilgenommen. Die Suchtselbsthilfegruppen des Kreuzbundes haben keine speziellen Zugangsvoraussetzungen außer der Zugehörigkeit zur Zielgruppe und die Stabilität zur Punktabstinenz zu den Gruppensitzungen (Kreuzbund e.V. (Bundesverband) (Hrsg.), 2011).

Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe setzt bereits eine gewisse anhaltende Stabilität, sowie auch Mobilität und Flexibilität voraus. Da das Ziel der Selbsthilfegruppen das suchtmittelfreie Leben ist, wird zumindest eine Punktabstinenz zum Besuch der Gruppenstunden erwartet. Die Erreichbarkeit der Selbsthilfegruppen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung die in den ländlichen Bereichen des Landkreises wohnen ist eher schwierig. Die Teilnahme an einer Suchtselbsthilfegruppe ist eine sinnvolle ergänzende Maßnahme zu den Angeboten der Ambulanten Soziotherapie. In den Selbsthilfegruppen können sowohl eigene Erfahrungen ausgetauscht werden, wie auch neue suchtmittelfreie Kontakte geknüpft werden.

3.4 Abgrenzung zu den Angeboten der ambulanten Psychotherapie

Die Psychotherapie wird in zwei große Hauptformen mit verschiedenen theoretischen Grundannahmen und praktischen Methoden unterteilt. Die zwei Hauptformen sind die Verhaltenstherapie und Psychodynamische Verfahren. Je nach therapeutischem Verfahren und Vorerkrankung des Betroffenen wird die Behandlung von der zuständigen Krankenkasse übernommen. Die zeitliche Frequenz der Termine ist sehr stark abhängig vom behandelnden Therapeuten, in der Regel finden die Termine allerdings 14-tägig statt. Die Zugangsvoraussetzungen für die Behandlung sind auch abhängig von der jeweiligen Zielgruppe und des Schwerpunktes des behandelnden Psychotherapeuten. Für viele Psychotherapeuten gelten Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung allerdings als ungeeignete Patienten, und in den Psychotherapierichtlinien gilt eine manifeste Sucht auch ausdrücklich als Ausschlußgrund für eine ambulante Psychotherapie.

Die ambulante Psychotherapie ist ein sehr hochschwelliges ambulantes Angebot. Einerseits ist es nicht einfach zeitnah einen passenden Therapeuten zu finden, andererseits müssen die Klienten, welche die ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen relativ stabil sein um die Termine in Anspruch nehmen zu können. Als ergänzendes zusätzliches Angebot zur Ambulanten Soziotherapie ist es allerdings sehr sinnvoll.

3.5 Abgrenzung zu Tagesklinik und Psychiatrische Institutsambulanz (PIA)

Die Tagesklinik Rosenheim ist ein teilstationäres, medizinisches Behandlungsangebot, welches von Montag bis Freitag stattfindet. Es gibt innerhalb der Tagesklinik keine Übernachtungsmöglichkeiten d.h. die Patienten müssen jeden Tag an- und abreisen. In der Tagesklinik Rosenheim werden psychisch kranke Menschen ab 18 Jahren behandelt, die unter fol-

genden Krankheiten leiden: Depressionen, Belastungsreaktionen, Neurotische Störungen (z.B. Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen), Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, Persönlichkeitsstörungen, Psychosomatische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen. Ausschlußkriterien sind akute Selbst- oder Fremdgefährdung, akute Intoxikationen sowie fortgeschrittene hirnorganische Erkrankungen mit Desorientierung.

Nach der Aufnahme wird aufgrund der Diagnostik und der individuellen Lebensgeschichte ein Behandlungsplan erstellt. Der Behandlungsplan beinhaltet je nach Art und Ausprägung der Erkrankung Therapien aus folgenden Bereichen:

- Psychotherapeutische Einzelgespräche
- Pharmakotherapie
- Gruppentherapien
- Entspannungsverfahren
- Ergotherapie
- Kunst- und Musiktherapie
- Bewegungstherapie
- Computergestütztes kognitives Training
- Bürotraining
- Themenzentrierte Angebote
- Akupunktur
- Suchtspezifische Therapien einschließlich Rückfallpräventionstraining

Die Therapiedauer ist abhängig von der Erkrankung und bewegt sich zwischen 3-8 Wochen (kbo Inn-Salzach-Klinikum Rosenheim, 2011).

Die PIA (psychiatrische Institutsambulanz) ist ein ambulant medizinisches Angebot. Sie versteht sich als Ergänzung zum Angebot niedergelassener Nervenärzte, Psychiater und Psychotherapeuten für Patienten, die wegen der Art, Schwere und Dauer ihrer Erkrankung ein solches krankenhausnahes Versorgungsangebot benötigen. Das Konzept der PIA legt sich nicht auf bestimmte Krankheiten fest und schließt auch keine aus. Die angebotenen Therapien gehen jedoch vor allem auf psychische Erkrankungen und Krankheitsbilder (keine Suchtspezifischen Therapien oder Rückfallpräventionstraining) ein. Menschen mit einer Doppeldiagnose können auch über die Angebote der PIA versorgt werden. In der Regel finden die Therapieangebote in den Räumen der PIA in Wasserburg am Inn statt. Die Mitarbeiter bieten bei individuellem Bedarf auch Termine im häuslichen Umfeld an (kbo Inn-Salzach-Klinikum , 2011).

Eine Abgrenzung der Angebote der Tagesklinik Rosenheim und auch der PIA in Wasserburg am Inn zu den Angeboten der Ambulanten Soziotherapie ist nicht notwendig, da sich die Angebote gut ergänzen können und deshalb zeitlich begrenzt parallel stattfinden können. Die Behandlung in der Tagesklinik Rosenheim, kann als zeitlich begrenzte zusätzliche Behandlung zur Ambulanten Soziotherapie zur Stabilisierung des Klienten beitragen. Auch

die Angebote der PIA in Wasserburg am Inn können als zusätzlich parallel stattfindende Angebote die Leistungen der Ambulanten Soziotherapie ergänzen und die Nachhaltigkeit somit positiv beeinflussen.

3.6 Abgrenzung zu den Angeboten der Ambulant Psychiatrischen Pflege (APP)

An dieser Stelle müsste nun auch die Abgrenzung zur Ambulant Psychiatrischen Pflege (APP) erfolgen. Ein entsprechendes Angebot wird allerdings in der Stadt und im Landkreis Rosenheim nicht angeboten. Die Ambulant Psychiatrische Pflege ist im § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege gesetzlich verankert. Die Angebote der Ambulant Psychiatrischen Pflege bieten ganzheitliche Ansätze für Menschen mit einem gewissen Pflegebedarf und mit Psychiatrischen Diagnosen an. Ausschlussdiagnosen sind in der Regel allerdings primäre Sucherkrankungen.

Der Ambulante Psychiatrische Pflegedienst München eine gemeinnützige GmbH arbeitet nach dem Bezugspersonensystem. Die Behandlungszeit beträgt maximal vier Monate und maximal 14 Kontakteinheiten in der Woche. Neben der im Einzelfall erforderlichen Grund- und Behandlungspflege ist auch die hauswirtschaftliche Versorgung ein Auftrag der Ambulant Psychiatrischen Pflege. Es werden Hilfen bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen und Realitätstraining (z.B. bei der Haushaltsführung) und der Entwicklung einer individuellen stützenden Tagesstruktur angeboten. Die Einbeziehung von Angehörigen und des sozialen Umfeldes gehört auch mit zum Angebot (Ambulant Psychiatrischer Pflegedienst München gemeinnützige GmbH, 2011-2015).

Die Ambulante Psychiatrische Pflege ist im § 37 SGB V Häusliche Krankenpflege verankert. Die häusliche Krankenpflege ist Bestandteil des ärztlichen Behandlungsplans, mit dem Ziel den Verbleib im häuslichen Bereich zu ermöglichen (Krankenhausvermeidungspflege) oder die ambulante ärztliche Behandlung zu ermöglichen (Sicherungspflege). Die Ambulante Soziotherapie und die Häusliche Krankenpflege können nicht zugleich, sondern nur nacheinander verordnet werden. (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2008)

3.7 Abgrenzung zu den gesetzlichen Betreuungen

Ein Teil der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung haben auch eine gesetzliche Betreuung. Sobald jemand aufgrund seiner zum Beispiel Sucht- oder psychischen Erkrankung nicht mehr selber in der Lage ist seine Angelegenheiten selbst zu erledigen und zu verantworten, kann eine gesetzliche Betreuung beim zuständigen Betreuungsgericht bean-

tragt werden. Sowohl der Betroffene selbst, als auch die Angehörigen oder außenstehende Personen (z. B. Ärzte, Fachstellen etc.) können die Bestellung eines gesetzlichen Betreuers beantragen. Das Betreuungsgericht lässt dann von einem Facharzt ein Gutachten erstellen, indem sowohl die Notwendigkeit einer gesetzlichen Betreuung sowie auch die Betreuungsbereiche festgelegt werden. Die gesetzliche Betreuung kann entweder von Angehörigen, von ehrenamtlich tätigen Betreuern die selbständig oder im Betreuungsverein tätig sind, oder von im öffentlichen Auftrag tätigen Betreuer, die für eine Betreuungsstelle tätig sind, oder freiberufliche Betreuer (Sozialpädagogen oder Anwälte) übernommen werden.

Die wesentlichen Aufgabenbereiche in denen eine Unterstützung des Betroffenen möglich ist, sind:

- Aufenthaltsbestimmung
- Gesundheitsfürsorge
- Vermögenssorge eventuell auch der Einwilligungsvorbehalt
- Vertretung gegenüber Versicherungen und Behörden
- Entscheidungen über Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten

In der Regel wird eine gesetzliche Betreuung nur auf begrenzte Zeit und für bestimmte Aufgabenbereiche festgelegt. Der gesetzliche Betreuer hat den Auftrag den Betroffenen in den vom Gericht festgelegten Aufgabenbereichen zu unterstützen. Die Unterstützung kann entweder eine Übernahme von einzelnen Aufgaben bedeuten, wie zum Beispiel die Schuldenregulierung mit den Gläubigern oder auch die Hinzuziehung von anderen therapeutischen oder medizinischen Hilfen. Das Arbeiten zusammen mit dem Betroffenen an bestimmten Themen und Bereichen um verloren gegangene Ressourcen und Fähigkeiten wieder zu aktivieren ist nicht der Auftrag eines gesetzlichen Betreuers hierfür ist auch der zeitliche Rahmen nicht gegeben. Um den zu Betreuenden gut und adäquat unterstützen zu können, ist es allerdings erforderlich, dass der gesetzliche Betreuer die Möglichkeiten und Angebote des jeweiligen Versorgungssystems (hier Suchthilfesystem) kennt, um entsprechende Hilfen hinzuziehen zu können.

3.8 Zusammenfassung der Erkenntnisse

Günther Wienberg stellt auf der Tagung mit dem Titel „Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe in Deutschland- Von der Person zur integrierten Hilfe im Regionalen Verbund in Berlin 2009 fest, dass viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung nicht oder zu spät vom Hilfesystem erfasst werden. Er fände zu wenig Vernetzung zwischen den einzelnen Maß-

nahmen statt und die Zugangsvoraussetzungen seien nicht genügend transparent und bekannt und zu wenig durchlässig (Wienberg, 2009). Darüber hinaus stellt sich auch die Frage, ob das Suchthilfesystem, welches in der Stadt und im Landkreis Rosenheim aktuell zur Verfügung steht den Bedarf an Behandlungsalternativen abdecken kann oder ob nicht viele Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung vom Hilfenetz nicht profitieren können, weil die Zugangsvoraussetzungen zu den einzelnen Hilfen nicht vorliegen.

Laut § 132b SGB V ist die Versorgung über ambulante Soziotherapie und das Schließen von Verträgen mit entsprechenden Leistungserbringern dann möglich, wenn dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. Ambulante Soziotherapie muss ein weiterer integrierter Baustein in der ambulanten Versorgung sein und darf nicht als isolierte Leistung betrachtet werden. Die Forderungen ans Suchthilfesystem, welche Günther Wienberg in der Tagung „Die Zukunft der Suchtkrankenhilfe“ 2009 in Berlin stellt, könnte die Ambulante Soziotherapie durchaus ergänzend erfüllen und somit für einen weiteren Teil der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung als personenzentrierte und passgenaue Behandlung eine Behandlungsalternative darstellen.

Herr Wienberg leitet einen Anforderungskatalog für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen ab. Die Versorgung „ist dann bedarfsgerecht, wenn sie Interventionen zur Verfügung stellt

- die das gesamte Spektrum von Alkoholproblemen und die entsprechenden Zielgruppen abdecken
- die leicht erreichbar, transparent und untereinander durchlässig sind
- die flexibel und zeitnah im Lebensfeld erbracht werden
- die personenzentriert, d.h. individuell passgenau geplant und umgesetzt werden
- die wirksam, d.h. effektiv und effizient sind, im Quer- und Längsschnitt aufeinander abgestimmt und verknüpft = integriert sind“ (ebd., S. 37)

Die Ambulante Soziotherapie erfüllt als einzelne Maßnahme bereits einen Teil des Anforderungskatalogs und stellt als Maßnahme die mit dem weiteren Suchthilfesystem in der Stadt und im Landkreis Rosenheim vernetzt ist einen wichtigen Mosaikstein in der Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen dar.

4 Fallvignetten

Alle drei im Folgenden beschriebenen Fallbeispiele wurden über die Ambulanten Hilfen Anthojo Rosenheim begleitet. Die Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim leisten Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII. Da die Voraussetzungen für Betreutes Einzelwohnen nach §§ 53 ff SGB XII jedoch bei den drei Betroffenen nicht vorlagen wurden die Maßnahmen von zwei Betroffenen selbst finanziert. Im Fallbeispiel eins wurde die Ambulante Soziotherapie bei der zuständigen Krankenkasse beantragt, schließlich jedoch nicht genehmigt und somit auch nicht finanziert. Der Antrag wurde in Form einer personenbezogenen Einzelbeantragung gestellt. Die Unterstützung des Klienten begann bereits zum Zeitpunkt der Beantragung der Ambulanten Soziotherapie, der Leistungserbringer ging sozusagen in Vorleistung. Mit dem Betroffenen wurden eine zeitlich eng begrenzte Unterstützung und die zeitgleiche Beantragung der Leistung bei der zuständigen Krankenkasse als Pilotprojekt vereinbart. Die Dauer des Pilotprojektes wurde vom Leistungserbringer festgelegt, um die Kosten die für die Vorleistung erbracht wurden in Grenzen zu halten. Nachdem es zu keiner Zusage der Krankenkasse im vorgegebenen Zeitrahmen kam, wurde die Unterstützung nach vier Monaten ohne finanzielle Nachteile für den Betroffenen wieder eingestellt beziehungsweise abgeschlossen.

Nachdem die Unterstützung bereits einige Zeit eingestellt war, teilte die zuständige Krankenkasse mit, dass den Ambulanten Hilfen Anthojo als Leistungserbringer kein Versorgungsvertrag angeboten werden könne, weil der Gesetzgeber hierfür eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung vorsehe und dann erst das Vergaberecht zu prüfen und anzuwenden sei. Danach wurden keine weiteren Bestrebungen mehr unternommen die Ambulante Soziotherapie in einer Einzelbeantragung oder als Modellvorhaben ein weiteres Mal zu beantragen.

In den beiden anderen Fallbeispielen lagen die Sozialhilferechtlichen Voraussetzungen nicht vor, beide haben sich die Unterstützung über eine gewisse Zeit beziehungsweise solange es möglich war selbst finanziert. Eine Nachhaltigkeit der Unterstützung, sofern diese allein wegen fehlender finanzieller Möglichkeiten beendet wurde ist allerdings anzuzweifeln. Bei allen drei Fallbeispielen hatte eine entsprechend dem Krankheitsbild und dem Hilfebedarf angemessene passgenaue Hilfe nicht angeboten werden können, da das Suchthilfesystem in Rosenheim zu diesem Zeitpunkt keine entsprechende Maßnahme vorgehalten hatte. Die Leistungen der Ambulanten Soziotherapie wären hier das passende fehlende Angebot gewesen. Neben diesen drei Fallvignetten könnten noch viele weitere ähnlich gelagerte Beispiele dargestellt werden, bei denen in den Erstgesprächen für das Betreute Einzelwohnen relativ schnell deutlich wurde, dass hier sowie auch bei den anderen im Suchthilfesystem von Rosenheim angebotenen Maßnahmen die Voraussetzungen nicht vorlagen, beziehungsweise die Passgenauigkeit der Hilfe nicht gegeben war.

4.1 Fallvignette eins

Herr T. kommt nach der Alkoholentzugsbehandlung aus einer Psychiatrischen Klinik zu den Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim und bittet um Unterstützung. Herr T. ist 43 Jahre alt und sei zum zweiten Mal zur Alkoholentzugsbehandlung in einer Klinik gewesen. Es wurden die Diagnosen, Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom F10.2 und Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Entzugssyndrom F10.3 gestellt. Herr T. gibt an, bereits seit 20 Jahren an einer Alkoholabhängigkeit zu leiden. Herr T. wohne zusammen mit seiner Frau und deren Sohn in einem Eigenheim. Der pflegebedürftige Vater seiner Frau wohne im ersten Stock des Eigenheims. Die restliche Familie teile sich die Räume im zweiten Stock. Das Eigenheim ist ein ehemaliger Bauernhof auf dem schon längere Zeit keine Nutztiere mehr gehalten werden und auch keine Feldwirtschaft mehr betrieben wird. Herr T. betreibt lediglich eine kleine Hasenzucht auf dem ehemaligen Hof und hat dort eine Heimwerker-Werkstatt, in der er sich die Zeit verreibt. Wegen Rückenproblemen und wegen des Alkoholkonsums hatte Herr T. seine Arbeitsstelle als Maurer vor einigen Monaten verloren. Er ist seitdem arbeitslos gemeldet. Es falle ihm schwer wieder eine neue Arbeitsstelle zu finden, da vom Wohnort aus keine gute Verkehrsanbindung in die umliegenden Orte und Städte gegeben sei und er keinen Führerschein mehr habe. Nach Abschluss der Ausbildung als Maurer habe Herr T. in seinem Beruf gearbeitet. Er kam sowohl in der Ausbildung, als auch später in der Arbeit und durch die örtlichen Vereine (Fußballverein und Feuerwehr) in denen er engagiert ist schon recht früh mit Alkohol in Kontakt. Es gehörte immer irgendwie dazu und er hätte sich auch als Außenseiter gefühlt, wenn er nicht mitgetrunken hätte. Beide Elternteile von Herrn T. sind alkoholabhängig. Die Mutter sei schon vor vielen Jahren daran gestorben. Der Vater sei pflegebedürftig und lebe inzwischen bei der Schwester. Zu seiner Schwester und zum jüngeren Bruder sei der Kontakt gut und regelmäßig. Auch zum Vater habe er ein gutes Verhältnis. Er habe auch noch einen älteren Bruder, zu ihm bestehe allerdings kaum noch Kontakt. Herr T. habe zwei Söhne aus einer früheren Ehe. Sowohl zur geschiedenen Ehefrau als auch zu den beiden Söhnen bestehe seit der Trennung kein Kontakt mehr, was ihn sehr belaste. Seine jetzige Ehefrau unterstütze ihn sehr darin, abstinent zu werden und die Abstinenz zu halten. Die Ehefrau habe allerdings keinerlei Erfahrungen mit Alkohol und auch nicht mit dem Umgang damit, wenn ein Angehöriger alkoholabhängig sei.

Bei Herrn T. waren die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für die ambulante Begleitung im Rahmen der Eingliederungshilfe (§§ 53 SGB XII) nicht gegeben. Er wollte auch keine Unterstützung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation beginnen, da er hierfür mindestens einmal pro Woche hätte an die entsprechende Beratungsstelle fahren müssen. Dies war ihm aber wegen der verkehrstechnischen Anbindung nicht möglich. Neben der engen Einbindung der Angehörigen in das Unterstützungsangebot war bei Herrn T. vor allem die aufsuchende Unterstützung und die Arbeit mit dem sozialen Netzwerk vor Ort ein wichtiger Bestandteil der Hilfe. Diese Form der Unterstützung kann durch die Maßnahme der ambulanten Rehabilitation nicht angeboten werden.

Für Herrn T. wurde zusammen mit dem zuständigen nach §§132 b Abs. 1 und 2 SGB V anerkannten Facharzt die Verordnung für die Ambulante Soziotherapie gestellt.

Im Soziotherapeutischen Betreuungsplan wurden als Therapieziele sowie als verordnete und empfohlene Maßnahmen die zu koordinieren sind folgende genannt:

- Sicherung der Abstinenz
- Entwicklung beruflicher Perspektiven
- Entwicklung stabilisierendes soziales Umfeld
 - Berufsfördernde Maßnahmen, Agentur für Arbeit
 - Medizinische Versorgung einschließlich ambulante Versorgung
 - Sicherung der ambulanten suchtmmedizinischen Versorgung
 - Behörden/ Ämter
 - Tagesstrukturierende Maßnahmen
 - Einbindung in suchtspezifische Selbsthilfegruppen
 - Einbeziehung Angehörige und Partner in Therapieprozesse

Die zuständige Krankenkasse hatte sich in diesem Falle sehr lange Zeit gelassen den Antrag zu bescheiden und es lag zu diesem Zeitpunkt vom Soziotherapeutischen Leistungserbringer noch kein entsprechendes fundiertes Konzept für diese Leistung vor. Letztendlich wurde der Antrag abgelehnt und es wurde auf die örtlichen suchtttherapeutischen Angebote verwiesen. Dass es sich bei den vorhandenen Angeboten nicht um die passgenauen individuell notwendigen Leistungen handelte wurde leider nicht berücksichtigt.

4.2 Fallvignette zwei

Frau B. ist 32 Jahre alt. Zu den ersten beiden Terminen kam ihr Ehemann alleine. Er war auf der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten für seine Frau. Frau B. hat Tiermedizin studiert und auch in ihrem Beruf bearbeitet. Zuerst bei einem Tierarzt in dessen Praxis, später in einer Tierklinik. Sie habe immer Spaß an der Arbeit mit den Tieren gehabt, aber immer wieder Probleme mit den Menschen bekommen. Sie spricht von großen Unsicherheiten im Umgang mit Menschen. Frau B. lässt sich bei Kritik sehr schnell verunsichern und ängstigen. Mit dem Umzug aus einem anderen Bundesland nach Bayern wurden ihre Probleme noch größer, da sie ihre gewohnte Umgebung verlassen habe und auf dem Land als Tierärztin keine Anerkennung gefunden hätte. Frau B. ist seit zwei Jahren arbeitslos. Sie wohnt zusammen mit ihrem Mann am Stadtrand und hat eigene Pferde und einen Hund. Seit Beginn der Arbeitslosigkeit würden soziale Ängste, sowie auch Panikattacken und depressive Phasen stärker und treten vermehrt auftreten. Frau B. habe sich sehr stark zurückgezogen und habe die Wohnung fast nur noch verlassen um ihre Tiere zu füttern und zu

versorgen. Nach einer Verletzung am Rücken habe sie opiathaltige Schmerzmittel verschrieben bekommen. Sie habe sehr schnell festgestellt, dass durch die Schmerzmittel nicht nur die Schmerzen gelindert wurden, sondern auch ihre Anspannungen, die Ängste und die Panikattacken weniger wurden. Seitdem nehme sie die Medikamente regelmäßig ein und die Höhe der Dosierung erreiche zum Teil lebensbedrohliche Mengen. Frau B. wünschte sich wieder eine Beschäftigung zu finden. Für den ersten Arbeitsmarkt fühle sie sich aber noch zu wenig stabil und es fehle ihr auch den Antrieb, sich um eine Beschäftigung zu kümmern. Sie möchte die Schmerzmittel nach und nach reduzieren um mittelfristig eine Abstinenz zu erreichen.

Bei Frau B. lagen die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen für ein Eingliederungshilfeangebot nicht vor, darüber hinaus war sie aufgrund ihrer sozialen Ängste und auftretenden Panikattacken nicht in der Lage an anderen ambulanten Unterstützungsmöglichkeiten die in den jeweiligen Institutionen und auch in Gruppensettings stattfinden teilzunehmen.

Themen für die Ambulante Soziotherapie:

- Aufbau einer Tagesstrukturierung, Aktivierung von Ressourcen und Neigungen
- Mittelfristig: Finden einer geeigneten Beschäftigung bzw. Arbeitsstelle
- Die Kontakte sollen nicht in der Wohnung stattfinden sondern außerhalb um Hemmungen und soziale Ängste mit Desensibilisierungstechniken abzubauen
- Hinführung und Anbindung an das medizinische Helfersystem
- Hinführung an teilstationäre oder stationäre klinische Angebote um die Abstinenz von Schmerzmitteln zu erreichen und zu sichern
- Einbeziehung von Angehörigen, vor allem des Ehemannes

4.3 Fallvignette drei

Herr H. ist 24 Jahre alt. Er wohnt in einem kleinen Ort in Oberbayern. Er lebt zusammen mit seiner Freundin in einem Zweifamilienhaus. Die Eltern der Freundin wohnen im unteren Stockwerk des Zweifamilienhauses. Die Freundin von Herrn H. ist 19 Jahre alt. Die Eltern des Klienten leben etwa 250 Kilometer von ihm entfernt. Der Kontakt bestehe vor allem in Form von Kurzbesuchen oder Telefonaten/ Emails. Herr H. sei zusammen mit seinem älteren Bruder bei den Eltern aufgewachsen. Er sei vor einigen Jahren wegen seiner Arbeit von Zuhause ausgezogen und habe dann einige Zeit alleine gewohnt. Herr H. habe einen guten Job und fühle sich dort wohl. Nachdem er seine Freundin kennen lernte, zog er relativ schnell mit ihr zusammen zu den Eltern der Freundin in einen kleinen Ort in Oberbayern. Dort wohnten sie zum Zeitpunkt der Ambulanten Begleitung auch noch. We-

gen des zum Teil sehr hohen und exzessiven Alkoholkonsums habe es früher sowohl mit den Eltern als auch jetzt mit der Partnerin und deren Eltern immer wieder Streit und Konflikte gegeben. Die Arbeitsstelle besteht aktuell noch, aber auch hier sei er schon auf die sich wiederholenden Krankheitsphasen mit Klinikaufenthalten angesprochen worden.

Suchtanamnese:

Die Eltern von Herrn H. ließen sich scheiden als er 13 Jahre alt war. Markant ist vor allem die Anfangszeit als er die ersten Male Alkohol konsumiert habe. Er habe den angebotenen Alkohol (vom Vater und von Freunden) nicht ablehnen wollen, damit er nicht als verweichlich dastehe und damit er niemanden enttäusche. Später habe der Alkohol für ihn vor allem die Wirkung sein Selbstbewusstsein zu stärken gehabt. Durch den exzessiven Konsum von Alkohol sei er bei seinen Freunden beliebt gewesen und verschaffte sich Respekt, weil er für seine Trinkmengen bewundert worden war. Ab dem 16. Lebensjahr bis etwa 20/21 Jahre habe er jedes Wochenende Party gefeiert und Spaß gehabt. Er sei bei den Freunden angesehen gewesen und habe einen großen Bekanntenkreis gehabt. Er habe den Konsum bereits damals nicht kontrollieren können, was er jedoch nicht als problematisch empfand. Dafür sei immer viel los gewesen und er habe viel erlebt.

Herr H. zog mit Anfang 20 von Zuhause aus. Er habe zu diesem Zeitpunkt schon relativ viel Alkohol getrunken. Nach einer Beziehungskrise und dem Abbruch der Beziehung habe sich der Alkoholkonsum rapide gesteigert. Die Konsummenge habe sich dann im Laufe der Zeit auf zwei Flaschen Wein und schließlich eine Flasche Schnaps täglich gesteigert. Bei Herrn H. ist eine Alkoholabhängigkeitserkrankung diagnostiziert. Zudem liegt eine Depression vor. Über weitere Psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen liegen keine genaueren Befunde und Diagnosen vor. Er hatte von seinem behandelnden Neurologen ein Antidepressivum verschrieben bekommen. Allerdings sei er gegenüber seinem Neurologen hinsichtlich seines Alkoholkonsums, vor allem hinsichtlich der regelmäßigen Menge nie transparent gewesen. In den letzten drei Jahren war er bereits drei Mal zur körperlichen Entgiftung in psychiatrischen Kliniken. Er leide auch unter Schlafstörungen und Unruhe. Er habe bereits über einige Zeit die Beratung einer Fachambulanz für Suchterkrankungen in Anspruch genommen. Die Beratung habe er jedoch beendet, weil das Ziel der Beratung die sofortige Abstinenz gewesen wäre. Zu diesem Schritt sei er jedoch noch nicht bereit gewesen. Er habe es zwischen seinen Entgiftungen und den Entgleisungen immer recht gut geschafft „kontrolliert“ zu trinken. Dies wolle er nun wieder dauerhaft erreichen.

Im letzten Jahr war Herr H. über einige Zeit zu ambulanten Gesprächen bei einer Psychotherapeutin. Die Gespräche hätten ihm zwar weitergeholfen, nun wolle er jedoch seinen Schwerpunkt auf den Umgang mit dem Alkohol lenken und weniger auf seine Familie und Kindheit und den Ursprüngen der Krankheit.

Sowohl die Voraussetzungen der ambulanten Rehabilitation durch den Rentenversicherungsträger (Abstinenz ist bereits Zugangsvoraussetzung) als auch die Voraussetzungen der Eingliederungshilfe (Sozialhilferechtlichen Voraussetzungen) fehlten. Darüber hinaus wollte sich Herr H. auch keiner Selbsthilfegruppe anschließen, weil er mit Gruppen Settings auch bereits negative Erfahrungen gemacht hatte. Für ihn sind die Leistungen und auch die Maßnahmen der Ambulanten Soziotherapie die geeignete, passgenaue und dem Hilfebedarf angemessene Unterstützungsform.

Themen bzw. Ziele für die ambulante Soziotherapie:

- Weitere Krankenhausbehandlungen könnten vermieden werden
- Einzelbetreuung mit festem Bezugsbetreuersystem
- Wichtiges Ziel ist es die Arbeitsstelle zu erhalten
- Einbeziehen des sozialen Netzwerkes vor allem der Angehörigen (Partnerin, Eltern der Partnerin, eventuell Herkunftsfamilie, Freunde)
- Ansatz direkt am Lebensmittelpunkt und Umfeld des Betroffenen
- Kontrollierter Konsum mit Konsumreduktion bis hin zur Abstinenz
- Sicherung der ambulanten fachärztlichen Versorgung, Kooperation mit den Fachärzten/ Netzwerkpartnern

5 Konzeptentwicklung

Die Ambulante Psychotherapie ist eine Leistung, des Krankenversicherungsträgers. Die Leistung ist im § 37 a SGB V gesetzlich verankert. Die Ambulante Psychotherapie ist ein aufsuchendes Behandlungs- beziehungsweise Betreuungsangebot für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Kontakte und Termine finden im Lebensmittelpunkt der Betroffenen (Gehstruktur) statt. Ein wesentliches Ziel der Ambulanten Psychotherapie ist es, Krankenhausaufenthalte zu vermeiden und oder zu minimieren. Um dieses Ziel zu erreichen sollen die Betroffenen befähigt werden ärztliche Verordnungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Den fachlichen wie auch sozialrechtlichen Forderungen ambulant vor stationär wird mit dieser Leistung Rechnung getragen. Die UN-Behindertenrechtskonvention (2009) hat als wesentlichen Inhalt und Auftrag formuliert, die Inklusion von Behinderten Menschen in allen Lebensbereichen anzuregen und umzusetzen. Auch den Forderungen der Umsetzung der Inklusion, wird in der aufsuchenden gemeinde- und wohnortnahen Versorgung der Betroffenen mit Ambulanter Psychotherapie entgegen gekommen. (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, 2009)

Das vorliegende Konzept wurde speziell für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung entwickelt und erstellt. Wienberg (2009) weist darauf hin, dass vor allem die Hausärzte die ersten medizinischen Anlaufstellen für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind. Die Gründe für das Kontaktieren der Hausärzte seien aber vor allem körperliche also somatische Erkrankungen. Für das Anbinden ans regionale Versorgungssystem der Suchtkrankenhilfe heißt dies, dass vor allem die Hausärzte über die Möglichkeiten der Behandlung durch Ambulanten Psychotherapie informiert sein müssen. Je länger die Abhängigkeitserkrankung ohne jegliche Behandlung fortbesteht, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Manifestierung und somit Chronifizierung gegeben. Das frühzeitige Anbinden an das entsprechende Versorgungssystem ist deshalb notwendig und sinnvoll.

Frau Dr. Höfner Chefärztin im Fachbereich Suchtmedizin in der kbo Inn-Salzach Klinik in Wasserburg am Inn hat zur Eröffnung der Anthojo Lounge in Traunstein einen Vortrag mit dem Thema „Suchterkrankungen – Brücken bauen am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung-“ gehalten.

Tabelle 6: Patientenstruktur im Fachbereich der kbo Inn-Salzach-Klinik. Entlasszeitraum 2013 (Höfter, 2014, S. (Folie7))

Anzahl Aufnahmen	Häufigkeit	Prozent
1	1024	72,3
2	202	14,3
3	82	5,8
4	42	3,0
5	23	1,6
6	11	0,8
7	9	0,6
8	5	0,4
9	4	0,3
10	4	0,3
11	2	0,1
12	4	0,3
13	1	0,1
16	1	0,1
18	2	0,1
Gesamt	1416	100,0

Vor allem für die Patienten, die nur einmal oder zweimal im Fachbereich der Suchtmedizin der kbo Inn-Salzach Klinik behandelt wurden ist die Ambulante Soziotherapie interessant. Bei diesen Patienten ist noch nicht davon auszugehen, dass es bereits zu einer schwerwiegenden Chronifizierung der Erkrankung gekommen ist, sie müssten von der Maßnahme der Ambulanten Soziotherapie deshalb am meisten profitieren können. Das Hauptziel der Ambulanten Soziotherapie ist es, weitere Krankenhausaufenthalte zu vermeiden oder zu reduzieren.

Das Konzept wurde unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim entwickelt. Die Ambulanten Hilfen Anthojo bieten in der Stadt und im Landkreis Rosenheim das BEW (Betreutes Einzelwohnen) im Rahmen der Eingliederungshilfe an. Anthojo ist bereits seit mehreren Jahren ein etablierter Träger der Suchtkrankenhilfe, der unter anderem in der Stadt und im Landkreis Rosenheim verschiedene stationäre wie auch ambulante Angebote der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung vorhält.

Ulrich Krüger hat in der Fachtagung „Zukunft der Ambulanten Soziotherapie für Psychisch Kranke“ am 24.02.2010 in Kassel nochmal betont, dass es die Aufgabe des Leistungserbringers sei, die entsprechenden Angebote vor Ort zu koordinieren und zu vernetzen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden sollte der Leistungserbringer in den Gremien vor Ort wie dem Gemeindepsychiatrischen Verbund selbst eingebunden sein.

Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung wurde für den Leistungserbringer Anthojo und im speziellen für die Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim erstellt. Die Ambulanten Hilfen Anthojo sind Mitglied in der PSAG Rosenheim (Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft) und dem AKV (Ambulant komplementärer Verbund) was dem Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) gleichzusetzen ist. Darüber hinaus besteht eine enge Zusammenarbeit und viele Kooperationen mit den weiteren im Sucht- und Gesundheitssystem verorteten ambulanten und stationären Einrichtungen und Diensten in der Stadt und im Landkreis Rosenheim. Bei einem bereits vor Ort tätigen und etablierten Träger können auch viele Synergieeffekte für ein neues Betreuungsangebot genutzt werden.

5.1 Erkenntnisse der (Sucht-) Therapieforschung

Ein einheitliches empirisches Störungsmodell für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen gibt es bisher nicht. Bei der Frage nach der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen wird in der Fachwelt allerdings überwiegend vom Bio-Psycho-Sozialen Modell (Abbildung 1) nach Feuerlein (1998) ausgegangen. Dies besagt, dass eine Wechselwirkung beziehungsweise Interaktion der Faktoren Person, Substanz und Umwelt dazu beitragen, ob eine Suchtentwicklung entsteht. (Lindenmeyer, 2005)

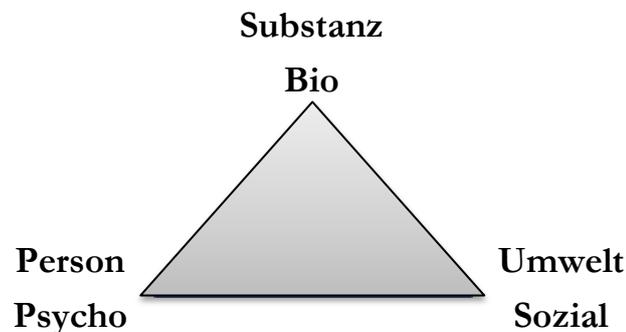


Abbildung 1: Bio-Psycho-Soziales Modell

Substanz/ Bio:

Suchtpotenzial des Suchtmittels, Effekte der Substanzwirkung, Ausmaß und Geschwindigkeit der Intoxikation, Funktionalität der Substanz

Person/ psychologische Faktoren:

Externalisierte Störungen (Impulsivität, Aggressivität, geringe Frustrationstoleranz), internalisierte Störungen (Selbstwertmangel, keine oder geringe Selbstwirksamkeitserwartung), Genetische Risiken: erhöhte Vulnerabilität (Anfälligkeit eine Erkrankung zu bekommen), Psychische Probleme: Ängste, Depressionen, Psychosen, Schlafstörungen.

Umwelt/ Gesellschaft/ soziale Beziehungen:

Verfügbarkeit der Substanz, Preis, Steuer, Legalität, Konsumstile oder Konsumnormen in der Gruppe –Verhaltenserwartungen-, Normen, Regeln, Konsumdruck

Neben der Interaktion von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren tragen auch die individuellen Risiko- (z.B. Traumatisierungen) und Schutzfaktoren (z.B. stabiles familiäres Umfeld) dazu bei, ob eine Abhängigkeitserkrankung entsteht. Ausgehend vom Bio-psycho-sozialen Modell können drei Teufelskreise (Küfner & Bühringer, 1996) für das Suchtgeschehen abgeleitet werden (Lindenmeyer, 2005, S. 23) (siehe Abbildung 2).

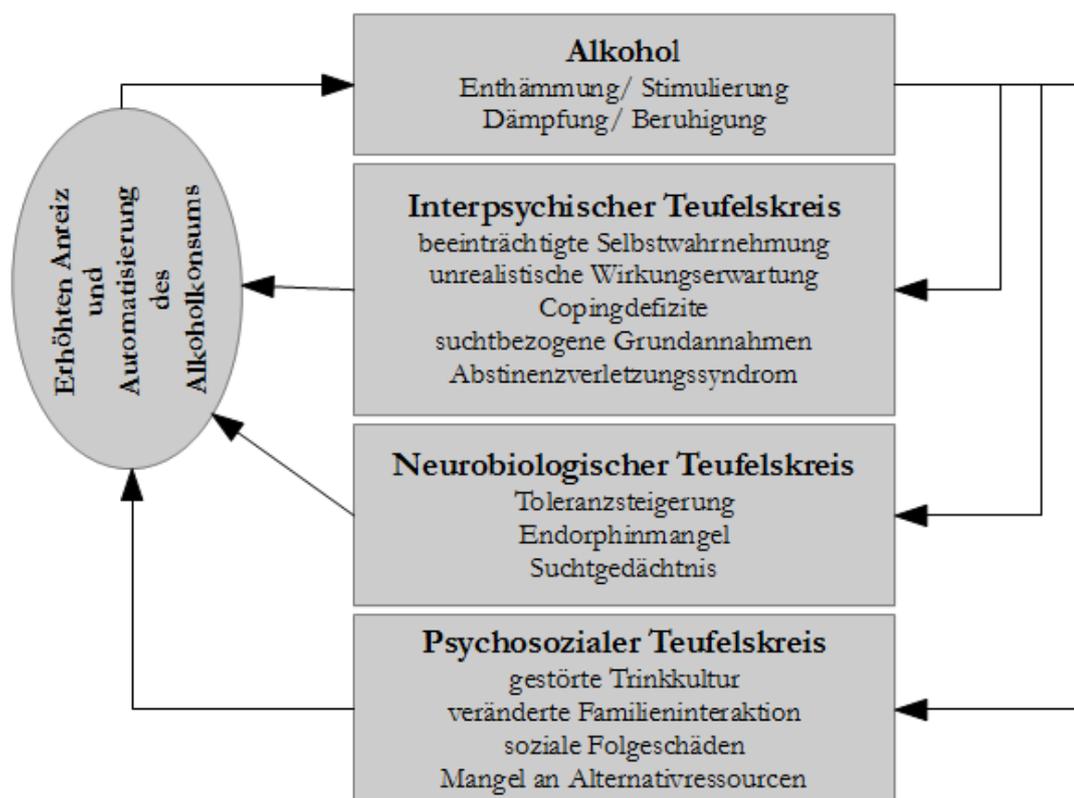


Abbildung 2: Teufelskreismodell der Sucht

Neben den Modellen zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und den Modellen zur Aufrechterhaltung der Erkrankung sind für das Konzept für die Ambulante Soziotherapie vor allem auch die Therapieziele und die Erreichung dieser Ziele von Bedeutung.

Schwoon (2008) erarbeitete eine Zielhierarchie für die Suchtkrankenhilfe (siehe Abbildung 3).

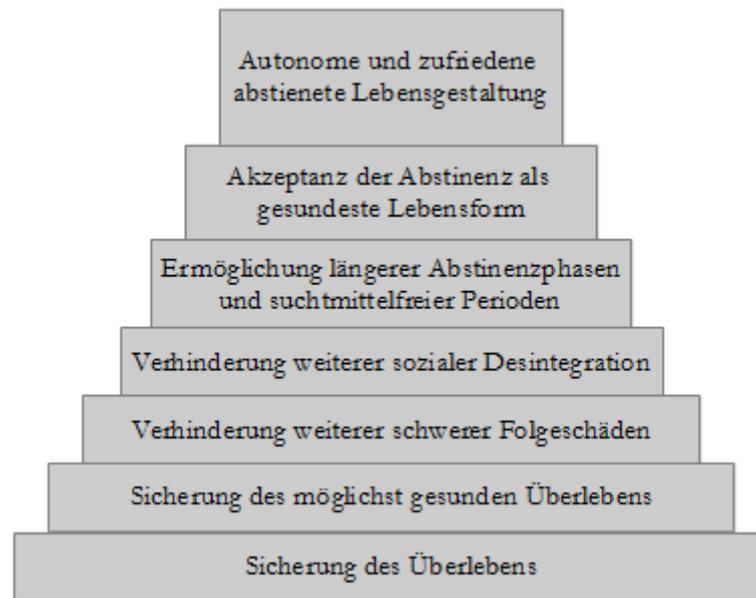


Abbildung 3: Zielhierarchie für die Suchtkrankenhilfe

Vor allem in der niederschweligen Arbeit mit Menschen die unter Abhängigkeitserkrankungen leiden und hier vor allem in der Arbeit im ambulanten Setting sind die vorrangigen Ziele, die Sicherung des Überlebens und die Verhinderung weiterer schwerer körperlicher und sozialer Folgeschäden zumeist im Vordergrund. In der Ambulanten Soziotherapie werden zwar vor allem Menschen behandelt werden, die noch nicht so lange und so schwer chronifiziert erkrankt sind und sich von daher eher nicht auf den unteren Stufen der Zielhierarchie befinden. Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie soll aber auch für Menschen geeignet sein, die sich auf einen der unteren Stufen der Zielhierarchie befinden und möglicherweise die Stufen mit den Zielen, wie die dauerhafte Abstinenz und die angemessene Lebensqualität bei dauerhafter Abstinenz nicht oder nicht so schnell erreichen können. Bei der Bearbeitung der individuellen Therapieziele wird ein wesentlicher Punkt die Frage nach dem Umgang mit dem Suchtmittel sein. Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie muss dem zufolge sowohl Methoden bieten, um akzeptanzorientiert als auch abstinenzorientiert arbeiten zu können.

Auf der Grundlage des Rückfallmodells von Marlatt und Gordon (siehe Abbildung 4) können zum Beispiel die individuellen Risikosituationen und die Bewältigungsfähigkeiten mit den Betroffenen erarbeitet werden. Die Rückfallmodelle können vor allem bei Klienten, die das Ziel der Alkoholabstinenz verfolgen angewendet werden. Entlang des Modells sind mehrere Methoden möglich um bestimmte Aspekte individuell heraus arbeiten zu können.

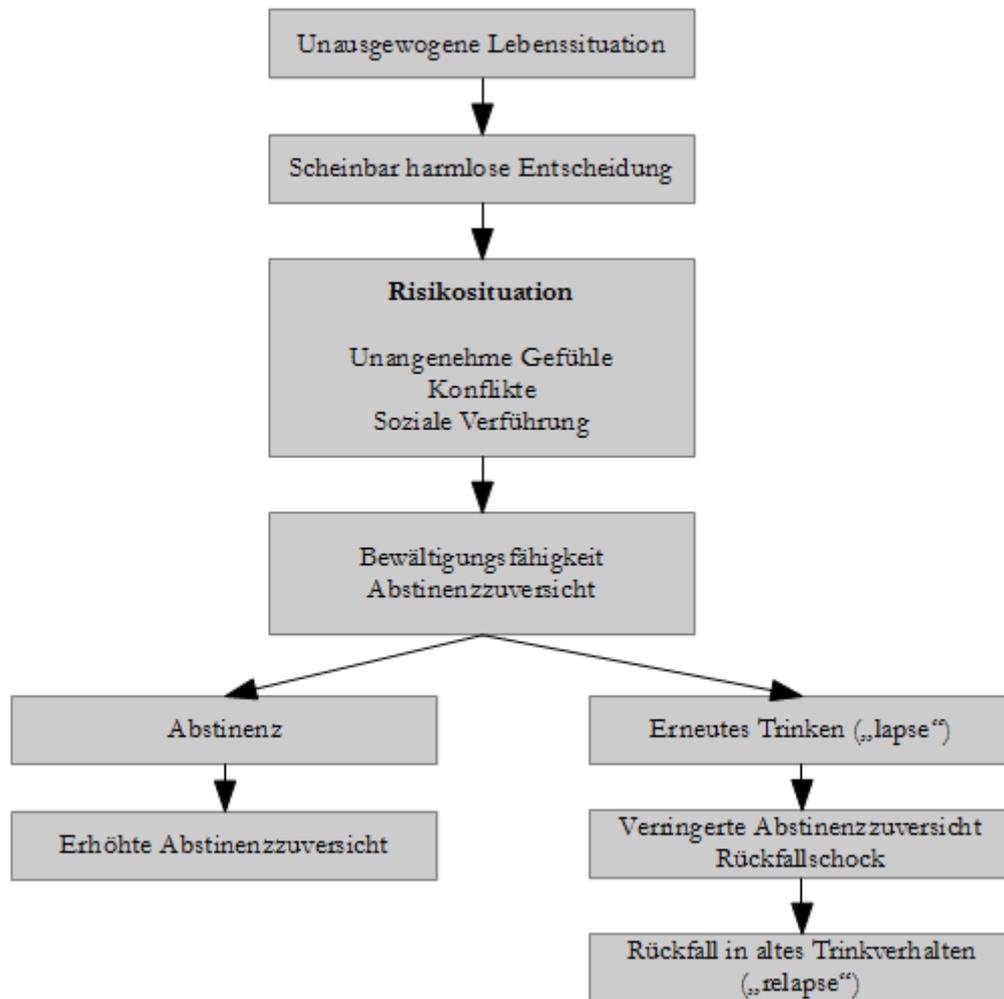


Abbildung 4: Sozialkognitives Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon

Körkel (2003) spricht sich dafür aus, nicht nur in abstinent (= Erfolg) und Rückfall (= Misserfolg) zu denken. Er sieht es als notwendig und hilfreich an, die Rückfälle als Teil der Genesung einer schweren chronischen Erkrankung zu sehen. Neben den abstinenzenorientierten Ansätzen werden in der Suchtforschung auch die akzeptanzorientierten Ansätze von den Fachleuten diskutiert. Die Diskussion der akzeptanzorientierten Ansätze und der entsprechende Einsatz der Methoden werden in der Fachwelt jedoch sehr kontrovers geführt. In Deutschland weist vor allem Joachim Körkel auf die mögliche Alternative des kontrollierten Trinkens hin. Beim Vorliegen eines Alkoholmissbrauchs wird eher davon ausgegangen, dass die Methoden des kontrollierten Konsums langfristig erfolgversprechend sind als beim Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit (Soyka & Kufner, 2008).

Für die Ambulante Soziotherapie müssen sowohl die abstinenzenorientierten als auch die akzeptanzorientierten Ansätze möglich sein, um einerseits nicht sofort eine nächste Behandlungsform mit der Vorgabe der Abstinenz zu haben. Diese Vorgaben sind in den meisten ambulanten Angeboten der Suchtkrankenhilfe (Ambulante Rehabilitation, Ambulante Psychotherapie, Selbsthilfegruppen) vorzufinden. Andererseits sind auch mit einem akzeptanzorientierten Ansatz die vorrangigen Ziele der Ambulanten Soziotherapie zu ver-

folgen und zu erreichen. Das übergeordnete Ziel der Ambulanten Soziotherapie ist die Vermeidung oder Verminderung von Krankenhausaufenthalten. Mit dem Ansatz von „harm reduction“ kann auch an diesem Ziel sehr wohl gearbeitet werden. Auch die Zielvorgabe, dass die Klienten dazu befähigt werden sollen, ärztliche Verordnungen selbständig in Anspruch zu nehmen ist mit dem kontrollierten Konsum möglich.

Um die Therapieziele zusammen mit dem Klienten erreichen zu können ist es auch notwendig die Wirkfaktoren zu kennen um diese entsprechend berücksichtigen zu können. Klaus Grawe arbeiteten in seinen Metaanalysen für die Psychotherapie fünf Wirkfaktoren für die erfolgreiche therapeutische Intervention heraus. Neben der Therapeutischen Beziehung seien die Ressourcenorientierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung und die Motivationale Klärung für den Behandlungserfolg überwiegend entscheidend. (Grawe, 2005)

Eine gute Therapeutische Beziehung ist für das Erreichen der Therapieziele also mit entscheidend. Im Konzept für die Ambulante Soziotherapie wird mit einem festen Bezugsbetreuersystem gearbeitet. Dlabal (2002) stellt auch fest, dass mit Erhalt der therapeutischen Kontinuität auch Patienten mit chronifizieren Erkrankungen und ungünstigen Prognosen erreicht werden können.

5.2 Theoretische Methoden und Grundlagen

Die in diesem Konzept verwendeten theoretischen Methoden und Grundlagen basieren überwiegend auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen und Grundsätzen. Die Basis hierfür stellen die Lerntheorien wie das Modellernen von Bandura (1976) und das klassische und operante Konditionieren dar. Das klassische Konditionieren (psychologisches Modell) spielt sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung und bei Rückfällen eine große Rolle. Beim operanten Konditionieren wird aufgrund der Konsequenzen (Erfolg, Misserfolg) gelernt. Anhand des S-O-R-K-C Modells kann das süchtige Verhalten analysiert werden. S=Stimulus, O=Organismus, R=Reaktion, K=Konsequenz, C=Kontingenz (Soyka & Kürfner, 2008). Die Soziale Lerntheorie „(...) stellt einen umfassenden Ansatz innerhalb der Verhaltenstheorien dar und hat ihren Schwerpunkt in der Interaktion mit sozialen Umweltfaktoren.“ (ebd., S. 126).

Beck et al. (1997) ergänzen die Lerntheorien noch mit der Kognitiven Theorie der Sucht. Es wird von bestimmten Grundannahmen jedes einzelnen ausgegangen „(z.B. „ich bin hilflos“) die als automatische Gedanken und kognitive Schemata das Verlangen nach Alkohol auslösen“ (Soyka & Kürfner, 2008, S. 126). Individuelle Auslösesituationen sind mit Bedeutungen verbunden und führen beim Auftreten zu den automatischen Gedanken die wiederum mit dem Verlangen (Craving) nach Alkohol verknüpft sind. Erlaubnisgebende Gedanken beschleunigen das Verhalten. In der Therapie wird versucht, die suchtspezifischen Grundannahmen zu verändern.

5.2.1 Selbstmanagement Ansatz nach Kanfer

Frederick Kanfer (2006) möchte mit seinem Selbstmanagement Ansatz das Selbstmanagement der Klienten verbessern. Das Konzept ist eine Methode der Verhaltenstherapie. Es besteht aus einem 7-phasigen Prozessmodell.

Phase 1: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen

- Rollenstrukturierung
- Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung (therapeutische Allianz)
- Beginn der Problembezogenen Informationssammlung („Screening“ von Eingangsschwerden und Erwartungen; erste Überlegungen zu therapeutischen Ansatzpunkten)
- Optimale Gestaltung der äußeren Therapiesituation

Phase 2: Aufbau von Änderungsmotivation und Auswahl von Änderungsbereichen

- Nutzung von inhärenten Motivationsbedingungen des Selbstmanagement-Konzepts
- Reduktion von Demoralisierung und Resignation
- Einsatz spezieller Motivationsstrategien
- Erste Ansätze einer Ziel-Wert-Klärung (ZWK)
- (Vorläufige) sachliche und motivationsabhängige Auswahl von Änderungsbereichen

Phase 3: Problemanalyse

- Situative Verhaltensanalyse (von der Makro- zur Mikroebene)
- Kontextuelle Verhaltensanalyse (von der Mikro zur Makroebene)
- Erstellen eines (vorläufigen) funktionalen Bedingungsmodells

Phase 4: Vereinbarung therapeutischer Ziele

- Klärung von Therapiezielen, Zielhierarchie
- Gemeinsame Zielanalyse
- Konsens über therapeutische Zielperspektiven

Phase 5: Planung, Ausführung und Durchführung spezifischer Methoden

- Planung spezieller Maßnahmen (auf Basis der Informationen aus den Phasen 1 - 4)
- Entscheidung über spezielle Interventionen
- Durchführung der Maßnahmen

Phase 6: Evaluation therapeutischer Fortschritte

- Kontinuierliche therapiebegleitende Diagnostik
- Prä-/Postevaluation (Am Anfang und Am Ende) um Entwicklungen zu messen
- Zielabhängige Evaluation des Einzelfalls

Phase 7: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

- Stabilisierung und Transfer therapeutischer Fortschritte
- Arbeit an restlichen therapeutischen Ansatzpunkten, bzw. bearbeiten neuer therapeutischer Ziele
- Erlernen von Selbstmanagement als Prozess
- Beendigung/Ausblenden der Kontakte
- Abschlussfeedback
- Vorbereitung von Follow-up bzw. von Katamnesen
- Follow-up/ Katamnese

(Kanfer et al., 2006, S. 111-114)

Das 7-phasige Prozessmodell nach Kanfer wird als Grundlage verwendet für das in Punkt 5.7 entwickelten Drei-Phasen-Modells für die Ambulante Soziotherapie.

5.2.2 Casemanagement Ansatz nach Kleve

Der Casemanagement Ansatz resultiert aus den klassischen sozialarbeiterischen Methoden der Gemeinwesenarbeit. Heiko Kleve beschreibt einige wesentliche Bestimmungsmerkmale. Ziele des Ansatzes sind 1. „Hilfe zur Selbsthilfe“ durch verstärkte Aktivierung von informellen, privaten Hilfemöglichkeiten in den Lebenswelten der Klienten (im Sinne von Subsidiarität und Empowerment) – erstens durch Aktivierung von klienteneigenen (persönlichen) Ressourcen, zweitens durch Aktivierung von lebensweltlichen, informellen Netzwerken und drittens durch die Vermittlung/Verstärkung und Koordination von informellen (nicht-professionellen) und formellen (professionellen) Hilfen. 2. Kostensenkung durch 1.

Die Rationalisierung und Planung von Hilfeprozessen erfolgt nach einem Phasenmodell: 1. Assessment: Falleinschätzung und Bedarfsklärung 2. Zielvereinbarung und Hilfeplanung 3. Kontrollierte Durchführung 4. Evaluation 5. Klientenfürsprache 6. Rechenschaftslegung. Intendierte Ergebnisse im Bereich der Effizienz sind die Verringerung des professionellen Personals durch Aktivierung klienteneigener informeller Ressourcen und Netzwerke. Damit einhergehend: Verringerung der professionellen Hilfezeit und der dadurch entstehenden Kosten. Bei der Effektivität soll durch die Selbsthilfeorganisation das zentrale Hilfeparadoxon der Sozialen Arbeit ausgehebelt werden. (Kleve et al., 2006, S. 48)

Die Aspekte „Hilfe zur Selbsthilfe“ und die Aktivierung von eigenen Ressourcen aber auch die Aktivierung des Netzwerkes finden sich im Konzept zur Ambulanten Soziotherapie bei der Zielvereinbarung zu Beginn der Begleitung wieder. Hier wird erfasst, was der Klient für die Erreichung der Ziele tun muss, aber auch was das Umfeld und das Helfernetzwerk dazu beitragen kann. Die Rationalisierung und die Planung von Hilfeprozessen wie es Kleve (2006) im Casemanagement Ansatz beschreibt wird im Konzept der Ambulanten Soziothe-

rapie sowohl bei der Zielvereinbarung erfasst als auch im Rahmen der Soziotherapeutischen Dokumentation benannt und überprüft.

5.2.3 Community Reinforcement Approach

Der Community Reinforcement Approach (CRA)- Ansatz lässt sich bezüglich der theoretischer Grundannahmen der Sozialen Lerntheorie zuordnen (Soyka & Kürfner, 2008). Der CRA Ansatz kommt aus Amerika und wurde in der Therapeutenschule an der Universität New Mexico entwickelt. In Deutschland beschäftigt sich Martin Reker sehr intensiv mit dem CRA Ansatz. Martin Reker ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und leitet mit zwei weiteren KollegInnen seit 1998 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bielefeld – Bethel.

Die „alten“ Konzepte in der Suchtkrankenhilfe gingen davon aus, dass erst wenn der Betroffene ganz „am Boden liegt“ eine Veränderung passieren kann (Reker, 2009). Erst mit einem Paradigmenwechsel Anfang der 90-er Jahre wurden diese Ansätze (möglichst -weit unten, -weit weg zur Behandlung, -stationär und -lange) aufgehoben. So gehen die neueren Ansätze davon aus, dass je früher eine Behandlung stattfinden kann desto weniger sind an körperlichen, psychischen und sozialen Schäden bereits eingetreten oder entstanden. Darüber hinaus setzen die neueren Ansätze auf möglichst heimatnahe Behandlungen und auf individuell personenzentrierte Ansätze und ambulant vor stationär. Die Betroffenen sollen möglichst früh dazu motiviert werden Änderungen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums zuzulassen.

Der CRA- Ansatz geht davon aus, dass es verschiedene Stadien der Änderungsmotivation gibt (ähnlich wie im Transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente). Die Stationen sind: Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Entscheidung, Umsetzung und Aufrechterhaltung. Eine Möglichkeit diese Änderungsmotivation zu Fördern und die Ziele und Pläne zu festigen kann mit der Motivierenden Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2009) erfolgen. Ein wesentlicher Schwerpunkt des CRA-Ansatzes ist das Finden der wesentlichen Verstärker des Betroffenen, für die es sich lohnt das bisherige Verhalten zu verändern oder aufzugeben. Die Verstärker betreffen in der Regel die Bereiche: „Partnerschaft, Arbeit Wohnung, Gehalt, Gesundheit, Führerschein, Stützende soziale Kontakte, Haftverschonung, Sorgerecht bzw. Besuchsrecht usw. „ (Reker, 2009, Folie 26).

Anhand einer Zufriedenheitsskala werden die Ziele, beziehungsweise die Bereiche in denen die Ziele erreicht werden sollen entwickelt z.B. Im Bereich meiner körperlichen Gesundheit würde ich gerne....

Als nächste Schritte werden die Bedingungsanalysen des Konsumverhaltens erstellt.

- „Äußere Trigger (Mit wem, Wo, Wann)
- Innere Trigger (Denken, Empfinden, Fühlen)
- Verhalten (Was, Wieviel, Wie lange)

- Kurzfristige positive Konsequenzen
- Langfristige negative Konsequenzen“ (ebd., Folie 18)

Der CRA-Ansatz arbeitet mit den Werkzeugen „ Bedingungsanalyse, Skills Training, Erproben der Nüchternheit, Zufriedenheits – Skalen, Ziele der Beratung, Rollenspiele und Hausaufgaben „ (ebd., Folie 20). Die Ziele des CRA- Ansatzes sind Veränderungen beim Betroffenen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums zu entwickeln. Mit diesen Veränderungen sollen die individuellen Ziele in den verschiedenen Lebensbereichen erreicht werden. Das Ziel des CRA-Ansatzes muss nicht die abstinente Lebensweise des Betroffenen sein. Es hängt von den jeweiligen Zielen des Betroffenen ab, inwieweit sich der Suchtmittelkonsum verändern soll.

Wie im CRA-Ansatz ist es auch im Konzept für die Ambulante Soziotherapie nicht entscheidend, ob das Ziel des Klienten die Abstinenz ist. Wichtig ist es herauszufinden, in welchen Bereichen der Klient eine Veränderung erreichen möchte um entsprechende individuelle Verstärker zu kennen. Mit der Kenntnis der Verstärker kann dann an der Zielerreichung gearbeitet werden. Der CRA-Ansatz geht von verschiedenen Stadien der Veränderungsmotivation (ähnlich wie im Transtheoretischen Modell nach Prochaska und DiClemente) aus. Auch im Konzept für die Ambulante Soziotherapie wird mit den Stadien der Veränderung gearbeitet. Mit dem Ansatz der Motivierenden Gesprächsführung sollen die Phasen der Veränderung von der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung bis hin zur Aufrechterhaltung erreicht werden.

Angehörigenarbeit mit dem CRAFT-Ansatz:

Die Angehörigenarbeit nach CRAFT ist auf der Grundlage des CRA Ansatz entstanden, bezieht sich aber speziell auf die Arbeit mit Angehörigen aus Suchtfamilien (Meyers & Smith, 2009). Die Angehörigen von Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind in der Regel sehr belastet und leiden sehr unter der Erkrankung ihrer Angehörigen.

Die Angehörigen leiden v.a. unter:

- „Unzuverlässigkeit,
- Vernachlässigung,
- emotionalen Ausbrüchen,
- Aggression und Gewalttätigkeit,
- sexuellen Übergriffen und Missbrauch,
- vermehrten Partnerschafts- und Familien-Konflikten,
- finanziellen Schwierigkeiten,
- drohender oder tatsächlicher Arbeitslosigkeit,
- Notsituationen durch Alkoholintoxikation“ (Lindenmeyer, 2005, S. 17).

Der CRAFT- Ansatz möchte den Angehörigen von Suchterkrankungen vermitteln, wie sie auf die Behandlungsbereitschaft der Betroffenen Einfluss nehmen können. Darüber hinaus

sollen die Angehörigen lernen wie sie nüchternes Verhalten honorieren können und wie sie mit Rückfällen umgehen können. Ein weiterer Schwerpunkt des Ansatzes liegt in der Stärkung der Angehörigen, ihre eigenen Lebensziele wahrzunehmen unabhängig davon ob der Betroffene sich behandeln lässt. Das Einüben von positiver Kommunikation und die Vermittlung von Problemlösestrategien sind ebenfalls Inhalte des CRAFT-Ansatzes (Meyers & Smith, 2009).

Im Konzept der Ambulanten Soziotherapie ist das Arbeiten mit dem sozialen Umfeld des Klienten sehr wichtig. Um ein noch vorhandenes soziales Umfeld zu stabilisieren oder es wieder aufzubauen, ist es notwendig die Angehörigen in die Arbeit mit den Klienten miteinzubeziehen.

5.2.4 Transtheoretisches Modell und Motivierende Gesprächsführung

Prochaska und DiClemente (1991) entwickelten das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung. Das Modell geht davon aus, dass Veränderung ein natürlicher Prozess ist der in unterschiedlichen Phasen verläuft. Die Phasen werden in einer Spirale dargestellt und sind Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung und Aufrechterhaltung. In der Phase der Absichtslosigkeit hat sich der Betroffene noch nicht mit seinem Alkoholkonsum auseinandergesetzt. Die Phase der Absichtsbildung ist gekennzeichnet mit der beginnenden Auseinandersetzung mit dem Alkoholkonsum. Eine konkrete Änderungsbereitschaft ist allerdings noch nicht gegeben. Die Vorbereitung bedeutet, der Betroffene hat die Absicht das Problemverhalten aufzugeben. In der Phase der Handlung ist ein ernsthafter Abstinenzvorsatz gefasst und konkrete Veränderungen hinsichtlich des Alkoholkonsums werden vorgenommen. Die Phase der Aufrechterhaltung heißt, dass der Betroffene aktiv die positive Verhaltensänderung beibehalten möchte. In jeder Phase kann es jedoch auch wieder zu Rückfällen kommen. Nach Rückfällen kann in unterschiedlichen Phasen des Modells wieder begonnen werden, je nachdem wie der Rückfall individuell bewertet und verarbeitet wird (Prochaska & DiClemente, 1991).

Im Rahmen der Motivierenden Gesprächsführung (MI) (Miller & Rollnick, 2009) werden die Phasen des Transtheoretischen Modells aufgegriffen. Es geht darum zunächst Empathie für den Betroffenen zu entwickeln, daraufhin Diskrepanzen zwischen Wunsch und Handeln zu verdeutlichen, „geschmeidig“ mit Widerstand umzugehen und die Änderungszuversicht (Selbstwirksam) zu stärken. Die Ziele von MI sind die Förderung der Änderungsmotivation und die Festigung von Zielen, den Wegen und den konkretem Plan der Veränderung (ebd.).

5.3 Ziele der Leistung

Mit der Einführung des SGB IX wurde dazu beigetragen, dass eine Paradigmenwechsel angestoßen wurde. Von den institutionszentrierten Ansätzen gingen die Angebote immer weiter auch in die personenzentrierten Ansätze (Berücksichtigung der individuellen Bedarfe

und Ziele, die in den regionalen Verbänden integriert sind) über.

Die übergeordneten Ziele der Ambulanten Soziotherapie sind die Vermeidung und oder Verminderung von stationären Krankenhausaufenthalten, sowie den Aufbau von Compliance (Krankheitseinsicht) zu fördern damit die Klienten dazu befähigt werden ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbständig in Anspruch zu nehmen. Das Selbsthilfepotenzial des Klienten soll gestärkt werden. Darüber hinaus ist ein weiteres Ziel der Aufbau oder Erhalt des sozialen Netzwerkes oder eines stützenden sozialen Umfeldes. Der Klient soll vor sozialer Ausgrenzung und Isolation geschützt werden, dafür ist der Aufbau oder Erhalt einer geregelten Tagesstruktur ein wichtiger Auftrag der Ambulanten Soziotherapie. Ein generelles Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität, Lebenszufriedenheit und Lebenssituation des Klienten.

Die individuellen Ziele die der Klient am Anfang der Behandlung zusammen mit dem Facharzt und dem Bezugsbetreuer des Anbieters bestimmt, werden genauer definiert und im Behandlungsplan festgehalten. Bei der Definition und Benennung der individuellen Ziele wird auf die SMART Regel geachtet. Ziele sollen demnach immer S= spezifisch, M = messbar, A = attraktiv, R = realistisch und T = terminiert sein. Für den Klienten hat dies den Vorteil, dass die vereinbarten Ziele nicht abstrakt und als nie oder schwer erreichbar wahrgenommen werden. Die Veränderungsmotivation kann mit der Möglichkeit des schnellen Erreichens von Teilzielen angeregt werden. Im Rahmen der Soziotherapie findet eine koordinierende und begleitende Unterstützung auf Grundlage von definierten Therapiezielen statt.

Die jeweiligen Behandlungsziele können, wie es auch im Gesamtplanverfahren der Eingliederungshilfe vorgegeben ist, in fünf Lebensbereiche unterteilt werden. Eine ähnliche Unterteilung wurde auch im Modellprojekt „Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker“ gewählt (Melchinger, 1999).

5.4 Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie

Das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie wird in fünf Lebensbereiche, ähnlich der Eingliederungshilfe im Gesamtplanverfahren unterteilt. Darüber hinaus wurden diese noch durch zwei weitere Bereiche ergänzt. Die Krisenintervention stellt hier einen eigenen Bereich dar. Vor allem im Tätigungsfeld der aufsuchenden ambulanten Hilfen stellt dieser Bereich eine besondere Relevanz dar. Der Bezugsmitarbeiter findet bei den Hausbesuchen in der Regel den Klienten in unterschiedlichen körperlichen und psychischen Gesundheitszuständen mehr oder minder stabil vor. Da die Soziotherapie eine ambulante Maßnahme darstellt, muss jeweils vor Ort entschieden werden ob oder welche weiteren Stabilisierungsmaßnahmen noch mit hinzugezogen werden müssen.

Ein weiterer Bereich, der noch zusätzlich zu den fünf Lebensbereichen ähnlich der Eingliederungshilfe speziell bei der Ambulanten Soziotherapie mit hinzukommt ist die Koordination der Hilfen. Die Ambulante Soziotherapie ist zeitlich stark begrenzt. Entweder

findet die Unterstützung mit mehreren Einheiten (maximal 120 Stunden) in kürzerer Zeit statt, oder weniger intensiv aber in einem maximalen Zeitraum von 3 Jahren.

Da sich der Hilfebedarf der einzelnen Klienten in der Regel auf mehrere Lebensbereiche bezieht, ist es umso wichtiger nach Möglichkeit weitere sowohl professionelle wie auch soziale Netzwerkpartner mit hinzu zu ziehen. Sobald mehrere unterschiedliche Akteure im „Boot“ sind, wird dann die Koordination der Hilfen umso wichtiger, damit alle am Hilfebedarf beteiligten Personen am selben „Strang“ ziehen. Im § 37 a Absatz 1 Satz 2 SGB V wird auch auf die Notwendigkeit der Koordination der verordneten Leistungen sowie die Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme hingewiesen.

Die nachfolgende Tabelle listet das Leistungsspektrum beziehungsweise die Maßnahmen der Ambulanten Soziotherapie auf. Das Grundgerüst des Leistungsspektrums findet sich in der Individuellen Leistungsvereinbarung für das Ambulant Betreute Wohnen (BEW) von Anthojo wieder. Sina Gollbach hat dieses Leistungsspektrum im Rahmen ihrer Masterthesis (2013) mit vor allem verhaltenstherapeutischen Methoden und Ansätzen ergänzt. Das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie unterscheidet sich inhaltlich nicht wesentlich vom Leistungsspektrum des Ambulant Betreuten Wohnens. Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie soll sowohl für Menschen geeignet sein, die bereits sehr chronifiziert, lange und schwerwiegend erkrankt sind, wie auch für Menschen bei denen die Abhängigkeitserkrankung sowie die Psychischen Erkrankungen noch weniger chronifiziert sind. In der Praxis ist allerdings davon auszugehen, dass die Ressourcen der Zielgruppe für die Ambulante Soziotherapie in mehreren Bereichen noch besser ausgeprägt sind beziehungsweise noch nicht so lange „verschüttet“ waren. Das Zulassen der Anbindung und die Kooperation mit den Fachärzten ist eine Zugangsvoraussetzung für die Ambulante Soziotherapie, weil die Ambulante Soziotherapie nur durch einen ordnungsberechtigten Facharzt verordnet werden kann. Somit ist grundsätzlich die Compliance bei den Klienten bereits vorhanden. Die Methoden und Techniken können deshalb mehr aus den Bereichen der (verhaltens)-therapeutischen Handlungsansätze übernommen werden. Im Ambulant Betreutem Wohnen ist hingehend sehr häufig die „Sicherung des Überlebens“ also der Ansatz von „harm reduction“ eine wesentliches Ziel in der Arbeit mit den Klienten.

Tabelle 7: Leistungsspektrum beziehungsweise Maßnahmen der Ambulanten Soziotherapie gegliedert in Themenbereiche (eigene Verifizierung)

Leistungsspektrum beziehungsweise Maßnahmen der Ambulanten Soziotherapie gegliedert in Themenbereichen	
Umgang mit den Auswirkungen der Suchterkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Motivierende Gesprächsführung mit dem Ziel einer Zieldefinition und Umsetzung in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung • Erarbeiten eines individuellen Rückfallkonzepts nach dem S-O-R-K Modell • Führen und Auswerten von Wochenplänen und Selbstbeobachtungsbögen z.B. Führen und Auswerten von Trinktagebüchern • Durchführen von verhaltenstherapeutisch orientierten Maßnahmen, wie z.B. kognitiver Vorbereitung, Expositionsübungen, Deeskalationstraining in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeuten/ Fachärzten • Anbindung und stabile Überleitung zu weiteren Hilfsangeboten, wie z.B. ambulante Psychotherapie, Selbsthilfegruppen • Anbindung an Fachärzte und enge Zusammenarbeit mit weiterführenden Hilfsangeboten und stationären Angeboten zur Stabilisierung und sicheren Überleitung bzw. zum Abfangen von Krisen und zur Rückfallprävention • Anbindung an unterstützende Angebote zur Behandlung von psychiatrischen und somatischen Begleitkrankheiten • Bedarfsgerechte Unterstützung bei der regelmäßigen Medikamenteneinnahme im Form von Hinzuziehen entsprechender Dienste • Psychoedukation • Unterstützung bei der Arztwahl • Vor- und Nachbereitung von Arztterminen, Begleitung zu Arztterminen, Unterstützung bei der Umsetzung der Behandlungsempfehlungen in den Alltag • Unterstützung bei der Gesundheitsvorsorge
Selbstversorgung und Wohnen	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsgerechte Unterstützung bei der Organisation des Haushalts: Haushaltstraining, Praktische Begleitung beim Einkauf • Bedarfsgerechte Unterstützung bei der Wohnraumgestaltung • Maßnahmen zum Erhalt bei bedrohtem Wohnraum • Unterstützung bei Wohnungsverlust, Unterstützung bei der Wohnungssuche, Suche übers Internet, Absprache mit Vermietern • Hilfen im Umgang mit Geld z.B. führen eines Haushaltsbuches • Einleitung und Unterstützung bei der Schuldenregulation • Unterstützung bei sozialrechtlichen Fragestellungen, Ansprüchen und deren Durchsetzung • Unterstützung bei der Lebensraumgestaltung • Ortsbegehung zur Identifikation von sozialräumlichen Ressourcen • Anbahnen und Eröffnen von neuen sozialräumlichen Ressourcen
Tagesgestaltung und Freizeit	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung zur eigenverantwortlichen Zeiteinteilung mit Tages- und Wochenplänen • Gemeinwesenorientierte Arbeit zur Förderung der Kontakte zu Vereinen und Einrichtungen im Sinne der Inklusion • Netzwerktreffen mit förderlichen Kontaktpersonen, um angemessene Freizeitgestaltung anzustoßen

	<ul style="list-style-type: none"> • Motivation und Anleitung zur aktiven Freizeitgestaltung, Planung und Reflexion von alltäglichen Aktivitäten • Erschließung von außerhäuslichen Lebensbereichen • Möglichkeiten zur Stressreduktion durch geeignete Freizeitaktivitäten, Finden von entsprechenden Angeboten innerhalb der zur Verfügung stehender finanziellen Ressourcen • Gemeinsame Durchführung von Freizeitaktivitäten zur Ressourcenaktivierung und Förderung neuer und alter, abstinenzorientierter Interessen und Neigungen • Förderung der Mobilität: z.B. bei Verlust des Führerscheins Motivation zu entsprechenden Maßnahmen (MPU) um die Fahrerlaubnis wieder zu erlangen.
Aufnahme und Gestaltung sozialer und persönlicher Beziehungen	<ul style="list-style-type: none"> • Identifizieren und Aktivieren von förderlichen Kontakten über die Arbeit mit Netzwerkkarten • Einbeziehung und Zusammenarbeit mit Angehörigen im Sinne des Community Reinforcement Approach (CRA) • Netzwerktreffen mit Angehörigen und Freunden und wichtigen Bezugspersonen im Sinne der Netzwerktherapie • Bedarfsgerechte Kontaktaufnahme mit Multiplikatoren der sozialen Integration, wie z.B. Familienangehörigen, Arbeitgebern, ... • Motivation und übende Begleitung zur Teilnahme an Gruppenaktivitäten • Förderung der Teilnahme an Selbsthilfegruppen • Hilfen bei der Integration in Hausgemeinschaften und Nachbarschaft, Vermittlung bei Konflikten mit Nachbarn und Vermietern • Diagnostik sozialer Kompetenzen und Ressourcen • Förderung der Teilnahme oder Durchführung von psychoedukativen Programmen zur Stärkung der Sozialen Kompetenzen, wie z.B. Antiaggressionstraining, Stressbewältigungsprogramme, Selbstachtsamkeitstraining
Ausbildung, Beschäftigung und Arbeit	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung bei der Entwicklung einer positiven Lebensvision und den damit verbundenen Konsequenzen in den jeweiligen Lebensbereichen • Abstimmung mit anderen Rehabilitationsträgern zur beruflichen Integration • Kontakt, Austausch und Zusammenarbeit mit Trägern und Leistungserbringer der beruflichen Rehabilitation • Zusammenarbeit mit Arbeitgebern, Betriebsräten und Fachanwälten zum Erhalt der Arbeitsstelle • Begleitung und enge Zusammenarbeit mit Agentur für Arbeit und den Jobcentern • Netzwerktreffen mit allen am Hilfeprozess beteiligten zur Reflexion und Optimierung der Maßnahme • Anbindung an Qualifizierungsmaßnahmen fördern
Krisenversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung eines Stabilisierungsplans • Erarbeiten eines gemeinsamen Vorgehens bei Krisen • Hilfen geben zum Erkennen von Krisen (Frühwarnzeichen) und zur Krisenvermeidung • Steigerung der Krisenkompetenz durch Nachbereitung der Krisen • Unterstützende Hilfen im Sinne der Selbstachtsamkeit • Stärkung von Selbstwirksamkeit z.B. durch Trainings in denen die positive Bewältigung von Krisensituationen geübt wird

	<ul style="list-style-type: none"> • Zusätzliche Ansprechpartner für Krisen einbinden (Angehörige, Selbsthilfe, Freunde)
Koordination der Hilfen	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung des Überlebens durch das Einschalten von wichtigen Bezugspersonen und zuständigen Behörden z.B. Gesetzliche Betreuung • Hinzuziehen von professionellen und sozialen Netzwerkpartnern in den einzelnen Lebensbereichen • Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme der Leistungen • Abstimmung und Koordination der Hilfen anhand von entsprechenden Netzwerktreffen

5.5 Zielgruppe

Das Angebot richtet sich an Männer und Frauen, die an einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung leiden. Aus den folgenden Diagnosen können eine oder mehrere Erkrankungen zutreffen.

- **F10:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Alkohol**
- **F11:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Opioide**
- **F12:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Cannabinoide**
- **F13:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Sedativa oder Hypnotika**
- **F14:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Kokain**
- **F15:** psychische und Verhaltensstörungen durch **andere Stimulantien, einschließlich Coffein**
- **F16:** psychische und Verhaltensstörungen durch **Halluzinogene**
- **F18:** psychische und Verhaltensstörungen durch **flüchtige Lösungsmittel**
- **F19:** psychische und Verhaltensstörungen durch **multipler Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

Die Ausprägungen der Erkrankungen können jeweils von x.0 – x.9 vorliegen.

x. 0 akute Intoxikation, x. 1 schädlicher Gebrauch, x. 2 Abhängigkeitssyndrom, x. 3 Entzugssyndrom, x. 4 Entzugssyndrom mit Delir, x. 5 psychotische Störung, x. 6 amnestisches Syndrom, x. 7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung, x. 8 sonstige psychische und Verhaltensstörungen, x. 9 nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen. (ICD-10, 2011, S. 46-48)

Beim Vorliegen von substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen wurden keine Diagnosen ausgeschlossen. Das Konzept macht inhaltlich keinen Unterschied, ob es sich um den Konsum von legalen oder illegalen Substanzen handelt. Das Leistungsspektrum des

vorliegenden Konzepts kann auf die individuellen Bedarfe und Zielsetzungen sowie auch auf die entsprechenden Netzwerkpartner ausgerichtet werden.

Neben der Abhängigkeitserkrankung bestehen bei vielen Betroffenen noch weitere psychische Erkrankungen (Komorbiditäten). Aus den Diagnosegruppen der psychischen Erkrankungen können Menschen mit Diagnosen aus

F20-F29 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis

F30-F39 Affektive Störungen

F40-F48 Neurotische und Belastungsstörungen

F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F99 nicht näher bezeichnete psychische Störungen (ICD-10, 2011)

in das Angebot der Ambulanten Soziotherapie aufgenommen werden.

Da sich beim Vorliegen von Komorbiditäten die Krankheiten oft gegenseitig bedingen und beeinflussen ist es für das Konzept der Ambulanten Soziotherapie nicht entscheidend, welche Erkrankung zum Zeitpunkt des Beginns der Maßnahme im Vordergrund steht.

Neben der reinen Diagnose muss der Facharzt auch den Schweregrad des psychosozialen Funktionsniveaus anhand der GAF-Skala (siehe Anhang D) feststellen. Die GAF (Global Assessment of Functioning oder Globale Erfassung des Funktionsniveaus) basiert auf der Achse V des DSM-IV und beurteilt das allgemeine Funktionsniveau des Patienten. Die GAF dient als diagnostisches Screening Instrument. Für die Verordnung von Ambulanter Soziotherapie darf der Wert von 40 auf der GAF Skala nicht überschritten werden. Die Beschreibung des Funktionsniveaus beim Wert 31-40 % lautet wie folgt:

„Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (...) ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (...)“ (Saß et al., 2003, S. 24-25).

5.6 Ausschlusskriterien

- Menschen die nicht zur Zielgruppe gehören, sowohl aufgrund der vorliegenden Diagnosen als auch von der Bewertung des psychosozialen Funktionsniveaus.
- Menschen die keinen Krankenversicherungsschutz haben (entweder gesetzlich oder privat).

- Menschen, die aufgrund von kognitiven Einschränkungen die Therapieziele nicht verfolgen können. Der Klient muss laut den Begutachtungs-Richtlinien Soziotherapie (2002) dazu in der Lage sein, einfache Absprachen einhalten zu können.

5.7 Drei-Phasen-Modell

Die Ambulante Soziotherapie ist durch die Vorgaben in den Soziotherapie-Richtlinien sowohl inhaltlich (Ziffer 13 – Ziffer 14.4) als auch zeitlich (Ziffer 17) klar geregelt.

Die Ambulante Soziotherapie kann mindestens 30 Einheiten und maximal 120 Einheiten an Betreuungsleistungen beinhalten. Einheiten und Stunden sind gleichzusetzen, eine Einheit sind 60 Minuten.

Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung wird aufgrund der Vorgaben in ein Drei-Phasen-Modell aufgeteilt. Dem hier erstellten Drei-Phasen-Modell der Ambulanten Soziotherapie liegt das 7-phasige Prozessmodell der Selbstmanagement Therapie nach Kanfer (2006) zu Grunde.

Phase 1: Psychosoziale Diagnostik

5-10 Einheiten (individuell können sich die Einheiten in dieser Phase verringern oder erhöhen). In der ersten Phase wird eine Psychosoziale Diagnostik erstellt um darauf die Behandlungsphase aufbauen zu können. Grundlegend in der ersten Phase ist die Bildung und der Aufbau einer guten kooperativen Therapeut-Klienten Beziehung. Die Zeiten der Termine, der Umfang und die Rahmenbedingungen der Termine werden vorgeklärt (diese können sich im Laufe der Leistungserbringung immer wieder verändern). Anhand von Netzwerkkarten wird besprochen, welche Personen aus dem sozialen Umfeld miteinbezogen werden sollen.

Zusammen mit dem Klienten und eventuell mit Angehörigen oder engen Bezugspersonen wird eine Zielvereinbarung getroffen. Bei der Zielvereinbarung sollte auf die SMART Regel geachtet werden.

Zielvereinbarung bei Beginn der Begleitung

Ziele des Betroffenen	1.Ziel	2.Ziel	3.Ziel	4.Ziel	5.Ziel
Das muss ich (der Klient) dafür tun					
Das kann das Umfeld (wer) dafür tun					
Das soll die BezugsMA dafür tun					

Was habe ich davon, wenn ich das Ziel erreiche					
Bis wann?					
Hilfebedarf (Stundenumfang)					
Neues Ziel					

Phase 2: Behandlungsphase

20-100 Einheiten (abhängig von Phase 1 und dem individuellen Bedarf). Die in der Zielvereinbarung (Phase 1) aufgenommenen Ziele werden in eine Zielehierarchie gebracht. Bei Zielen, die mit einer Verhaltensveränderung (z.B. Ziele die mit dem Suchtmittelkonsum in Verbindung stehen) einhergehen, muss geprüft werden wie hoch die Änderungsmotivation ist und wie diese noch weiter erhöht werden kann (Transtheoretisches Modell). Verstärker müssen gefunden werden, für die er sich lohnt, das Verhalten zu verändern (CMA Ansatz). Die Ziele können den Themenbereichen im Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie zugeordnet werden.

Die Themenbereiche sind:

- Umgang mit den Auswirkungen der Suchterkrankung
- Selbstversorgung und Wohnen
- Tagesgestaltung und Freizeit
- Aufnahme und Gestaltung sozialer und persönlicher Beziehungen
- Ausbildung, Beschäftigung und Arbeit

Die Maßnahmen und Methoden der Themenbereiche Krisenversorgung und Koordination der Hilfen können den fünf Themenbereichen bedarfsgerecht zugeordnet werden. Je nach individuellem Bedarf werden dann die entsprechenden Methoden und Maßnahmen zur Erreichung der Ziele eingesetzt und umgesetzt. Die Entscheidung über die speziellen Interventionen und Methoden werden zusammen mit dem Betroffenen getroffen auch die Entscheidung mit welchem Ziel begonnen wird. Es ist nicht immer sinnvoll mit dem „größten“ aber schwierigsten Ziel zu beginnen. Für die Motivation des Betroffenen kann es auch sinnvoll sein sich zuerst ein kleineres Ziel, dass leichter zu erreichen ist herauszugreifen.

Phase 3: Abschluss und Stabilisierungsphase

5-10 Einheiten (abhängig von Phase 1 und Phase 2 und dem individuellen Bedarf). In dieser Phase wird die Behandlung/ die Unterstützung durch die Ambulante Soziotherapie abgeschlossen. Vorbereitung der Klienten auf die Beendigung der Maßnahme und der Kontakte. Die Stabilisierung und der Transfer der therapeutischen Fortschritte sind wichtig. Für die noch offenen Themen/ Ziele werden mögliche Anschlussbehandlungen/Angebote zusammen mit dem Betroffenen abgestimmt und wenn möglich bereits eingeleitet. Weitervermittlung des Klienten. Zielabhängige Evaluation mit Abschlussfeedback. Beendigung der Maßnahme, Abschlussdokumentation

5.8 Soziotherapeutische Dokumentation

Die Soziotherapie - Richtlinien setzen die Dokumentation der Ambulanten Soziotherapie voraus. „Der Soziotherapeutische Leistungserbringer dokumentiert fortlaufend Ort, Dauer und Inhalt der Arbeit mit und für den Patienten und die Entwicklung des Patienten.

Die soziotherapeutische Dokumentation enthält insbesondere Angaben zu:

- den durchgeführten soziotherapeutischen Maßnahmen (Art und Umfang)
- dem Behandlungsverlauf und
- den bereits erreichten bzw. den noch verbleibenden Therapie (teil) zielen“
(Soziotherapie-Richtlinien, 2001, Ziffer 13.4)

Ein Muster für die Soziotherapeutische Dokumentation wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen entwickelt und zur Verfügung gestellt (siehe Anhang C: Soziotherapeutische Dokumentation) (AOK-Bundesverband et al., in der Fassung vom 29.November 2001). Auf Grundlage des Musters der Krankenkassen wurden für das vorliegende Konzept eigene Dokumentationsformulare entwickelt und erstellt.

Name des Klienten _____

Beginn der Ambulanten Soziotherapie _____

1. Zusammenarbeit mit dem verordnendem Arzt

Datum, Ort und Dauer der Besprechung	Verordnete Einheiten	Vereinbarte Therapieziele	Empfohlene Maßnahmen	Anmerkungen	Nächster Termin	Unterschriften der Beteiligten

2. Dokumentation der Ambulanten Soziotherapie durch den Leistungserbringer

Datum, Ort und Dauer des Termins	1.Ziel (Benennung)	2.Ziel (Benennung)	3.Ziel (Benennung)	4.Ziel (Benennung)	5.Ziel (Benennung)	Anmerkungen	Nächster Termin	Unterschriften (Klient) (Bezugs-Mitarbeiter)
	Beurteilung und Beschreibung der Maßnahmen zugeordnet zu den individuellen Zielen							

3. Zusammenarbeit mit sonstigen Netzwerkpartner

Datum, Ort und Dauer des Termins	Benennung des Netzwerkpartners	An welchem Ziel wird gearbeitet	Ergebnis des Termins	Anmerkungen	Nächster Termin	Unterschriften

Legende: Für den Ort der Leistung können folgende Abkürzungen verwendet werden: HB = Hausbesuch, KE = Kontakt Extern, KB = Kontakt im Büro, TE = Telefonat eingehend, TA = Telefonat ausgehend, SK = Sonstige Kommunikation oder Kontakt

Die individuellen Ziele, die in der Zielvereinbarung in Phase eins des Konzeptablaufs herausgearbeitet wurden, werden in der Dokumentation durch den Leistungserbringer übernommen und jeweils fortlaufend dokumentiert.

5.9 Kooperation und Netzwerkpartner

Die Ambulanten Hilfen Anthojo Rosenheim sind durch das bestehende Angebot des Betreuten Einzelwohnens in der Versorgungsstruktur der Sucht- und Gesundheitshilfen in Rosenheim sehr gut vernetzt. Für das Angebot der Ambulanten Soziotherapie kann der Leistungsanbieter auf die bestehende Zusammenarbeit und Kooperationen mit diesen Netzwerkpartnern zurückgreifen. Die Ambulanten Hilfen Anthojo sind Mitglied im Ärztenetz Rosenheim (ÄNRO). Im ÄNRO sind sowohl niedergelassene Fachärzte (Psychiater, Neurologen) als auch weitere Ärzte mit bestimmten Fachrichtungen wie Kardiologie, Diabetologie als auch sonstige im Gesundheitsbereich angesiedelte Einrichtungen und Dienste vertreten.

Neben dieser Zusammenarbeit sind die wichtigsten Netzwerkpartner der Ambulanten Hilfen Anthojo folgende:

- Inn Salzach Klinikum Wasserburg am Inn (zuständige Psychiatrische Versorgungsklinik) mit den Bereichen Tagesklinik in Rosenheim und Psychiatrische Institutsambulanz auf dem Gelände der Klinik
- Niedergelassene (Fach)Ärzte und Therapeuten
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG Rosenheim)
- AKV (Ambulant Komplementärer Verbund) ähnlich wie GPV (Gemeinde Psychiatrischer Verbund) Vernetzung mit den im AKV vertretenen stationären und ambulanten Einrichtungen und Diensten, die in der Stadt und im Landkreis Rosenheim tätig sind
- NEON – Suchthilfe und Prävention Rosenheim
- GEON (Spezielles Beratungsangebot der örtlichen AOK um Behandlungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen und somit Krankenhausbehandlungen zu reduzieren)
- Gesetzliche Betreuer
- Bewährungshilfe Rosenheim
- Schuldnerberatungsstellen der Caritas Rosenheim
- Fortbildungszentren der bayerischen Wirtschaft (bfz)
- Migrationsberatung der Diakonie
- Jugendamt der Stadt und des Landkreises Rosenheim
- Agentur für Arbeit Rosenheim

- Jobcenter Stadt und Landkreis Rosenheim
- Suchtarbeitskreis
- Arbeitskreis Sozialrecht
- Arbeitskreis Gesetzliche Betreuung
- Qualitätszirkel Substitution
- Fachklinik für stationäre Entwöhnungsbehandlungen Fachklinik Alpenland

5.10 Personal

Das Personal beziehungsweise die Berufsgruppen welche die Ambulante Soziotherapie ausüben dürfen wird in den Anforderungen an die Leistungserbringer von den Spitzenverbänden der Krankenkassen recht klar geregelt.

So können vor allem Diplom – SozialarbeiterInnen /- SozialpädagogInnen und Fachkrankenschwester/ -pfleger für Psychiatrie die Soziotherapie erbringen. Neben den Berufsgruppen wird auch die Anforderung an die Dauer und Art der Berufspraxis klar geregelt. So muss eine dreijährige psychiatrische Berufspraxis, davon mindestens ein Jahr in einem stationären klinischen und ein Jahr in einem ambulanten sozialpsychiatrischen Versorgungsbereich nachgewiesen werden (AOK-Bundesverband et al., in der Fassung vom 29.November 2001).

Für das vorliegende Konzept muss aufgrund der veränderten Zielgruppe auch die Anforderung an die Berufspraxis des Personals entsprechend angepasst werden.

- Die stationäre klinische Berufserfahrung kann neben den allgemein-psychiatrischen Krankenhäusern auch in suchtspezifischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern oder in stationären Entwöhnungseinrichtungen (Fachkliniken) erlangt werden.
- Die ambulante Berufserfahrung kann in allen ambulanten Einrichtungen sowohl des sozialpsychiatrischen als auch des suchtspezifischen Versorgungssystems erlangt werden. Beispiele: BEW, TWG, PIA, Fachambulanzen für Suchterkrankungen, SPDI usw.

Um die therapeutische Kontinuität erhalten zu können, wird ein festes Bezugsbetreuer-System angeboten. Die therapeutische Beziehung als wichtiger Wirkfaktor wird bereits von Klaus Grawe eindeutig belegt (Grawe, 2005)

5.11 Direkte und indirekte Leistungen

Die Leistungen der Ambulanten Soziotherapie kann in direkte und indirekte Leistungen aufgliedert werden.

Zu den direkten Leistungen zählen

- Face to Face Kontakte

- Telefonate
- Emails oder andere Kommunikationsformen die Absprachen und Besprechungen sowohl mit den Netzwerkpartnern als auch mit dem Betroffenen beinhalten.

Die verordneten Einheiten (mindestens 30 Einheiten maximal 120 Einheiten) beinhalten vor allem die direkten Leistungen. Darüber hinaus müssen die indirekten Leistungen noch zusätzlich aufgegliedert und auch separat berechnet werden. Aufgrund der Größe des Landkreises Rosenheim müssen die Fahrtzeiten den indirekten Leistungen angerechnet werden.

Zu den indirekten Leistungen zählen:

- Fahrtzeiten zu den Hausbesuchen oder zu den Netzwerkpartnern
- Dokumentation
- Supervision, Team – bzw. Fallbesprechungen
- Fortbildungen der Mitarbeiter
- Teilnahme an Arbeitskreistreffen der Netzwerkpartner

5.12 Finanzierung der Leistungen

Die Einheiten, die vom Facharzt für die Ambulante Soziotherapie verordnet werden sollen in Fachleistungsstunden erbracht werden. Die Fachleistungsstunde beträgt 60 Minuten und beinhaltet direkte Leistungen. Die Vergütung der Fachleistungsstunde wird durch die Entgeltsätze für Ambulante Soziotherapie gem. § 37a SGB V in Oberbayern geregelt. Neben den Fachleistungsstunden und somit den direkten Leistungen müssen auch noch die indirekten Leistungen und hier vor allem die Fahrtkosten mit berücksichtigt und extra vergütet werden.

5.13 Strukturqualität

Strukturqualität ist die Qualität der Rahmenbedingungen, die notwendig sind, um die vereinbarte Leistung erbringen zu können (Ambulante Hilfen Anthojo, 2009). Das breit gefächerte Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie ist im Konzept beschrieben und wird individuell bedarfsangemessen und personenzentriert erbracht. Bei der sächlichen Ausstattung des Angebotes der Ambulanten Soziotherapie werden anfangs die Synergieeffekte durch das BEW der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim genutzt. Die Kontinuität der Betreuung durch ein festes Bezugsbetreuersystem sowie die fachliche Qualifizierung der Mitarbeitenden wird durch Fortbildung und Supervision sichergestellt. Die Kon-

takte finden überwiegend in der häuslichen Umgebung des Betroffenen im Rahmen einer „Geh-Struktur“ statt. Die erbrachten Leistungen werden EDV-gestützt vom zuständigen Bezugsmitarbeiter dokumentiert. Die speziell dafür erstellten Dokumentationsvorlagen werden hierfür genutzt. Es besteht ein Beschwerdemanagement. Die Klienten erhalten am Anfang der Betreuung schriftliche Informationen an welchen Stellen sie Beschwerden einreichen können. Die Beschwerden können sowohl direkt (persönlich) oder schriftlich (auch anonym) erfolgen.

5.14 Prozessqualität

Die Prozessqualität bezieht sich auf die Merkmale des Ablaufs der Leistungserbringung. (Ambulante Hilfen Anthojo, 2009). Die Schlüsselprozesse (Aufnahme/ Hilfeplanung/ Begleitung/ Beendigung der Maßnahme) der Ambulanten Hilfen Anthojo sind klar definiert und so weit möglich standardisiert. Diese werden auch für die Maßnahme der Ambulanten Soziotherapie übernommen. Die Grundsätze wie Hilfe zur Selbsthilfe und Stärkung der Eigenkompetenz, sowie die Mitwirkung der Betroffenen an allen Prozessen der Hilfeplanung werden in der Leistung Ambulante Soziotherapie umgesetzt. Die individuellen Betreuungspläne werden zusammen mit dem verordnenden Arzt und gemeinsam mit dem Betroffenen erstellt. Das Leistungsspektrum beziehungsweise die Maßnahmen werden dann bedarfsorientiert und personenzentriert gemäß den Betreuungsplänen umgesetzt. Je nach individuellem Hilfebedarf werden sowohl Angehörige und Bezugspersonen, sowie andere Netzwerkpartner mit in den Hilfeprozess einbezogen. Die Leistungserbringung wird fortlaufend dokumentiert. Die Umsetzung der Leistung durch Vernetzung und Kooperation mit anderen Diensten und den Netzwerkpartnern in der Region werden sichergestellt.

5.15 Ergebnisqualität

Die Behandlungspläne werden zusammen mit dem Facharzt, der die Ambulante Soziotherapie verordnet hat und zusammen mit dem Betroffenen regelmäßig überprüft. Die Behandlungspläne beinhalten die individuellen Therapieziele (Nah- und Fernziele). Somit kann die Wirksamkeit der Leistung im Einzelfall überprüft werden. Mögliche Anmerkungen, die über das Beschwerdemanagement eingegangen sind, werden besprochen und nach Möglichkeit umgesetzt. Zur Evaluation der Leistung werden Fragebögen zur Lebenszufriedenheit am Anfang und am Ende der Behandlung ausgeteilt und die Ergebnisse werden dann evaluiert. Angelehnt an „Münchener Lebensqualitäts-Dimensions-Liste MLDL (siehe

auch (Melchinger, 1999, S. 44-45). „Die Items beziehen sich auf die subjektive Lebensqualität in 18 unterschiedlichen Lebensbereichen sowie auf die allgemeine Lebenszufriedenheit. Die Bewertungsskala ist sechsstufig und reicht von 1 = sehr zufrieden bis 6 = sehr unzufrieden „ (ebd., S. 44). Die 18 Lebensbereiche und Bereiche der Lebenszufriedenheit sind: - Unterstützung und Geborgenheit durch andere, - Gesundheitliche Verfassung, -Erfolg und Anerkennung, -Berufliche Situation, -Ehe/Partnerschaft, -Selbstwertgefühl, -Freizeit, -Freundschaften/Bekanntschaften, -Persönliches Wohlbefinden, -Familienleben, - Körperliche Leistungsfähigkeit, -Geistige Leistungsfähigkeit, -Selbständigkeit, -Umgang mit meiner Erkrankung, -Wohnsituation, -Entspannungsfähigkeit, -Finanzielle Situation, -Medizinische Behandlung.

5.16 Umsetzungsmöglichkeit des Konzepts – zeitlich begrenztes Modellprojekt

Kurze Projektdarstellung:

Während der Projektzeit wird die Ambulante Soziotherapie von dem bereits bestehenden Dienst des BEW's der Ambulanten Hilfen Anthojo Rosenheim übernommen, um Synergieeffekte zu nutzen. Die Synergieeffekte werden vor allem bezüglich der räumlichen und sachlichen Ausstattung und der Nutzung des Fuhrparks genutzt. Für die personelle Besetzung wird auch auf das hoch qualifizierte Team des BEW's der Ambulanten Hilfen Anthojo Rosenheim zurückgegriffen. Zwei Mitarbeiterinnen, welche die Voraussetzungen für die Ambulante Soziotherapie erfüllen könnten Wochen Arbeitsstunden aufstocken und somit für das Angebot zur Verfügung stehen. Das vorliegende Konzept wurde für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen erstellt und soll für die beschriebene Zielgruppe und mit den beschriebenen Maßnahmen und Methoden wie im Konzept dargestellt umgesetzt werden.

Dauer des Projekts: Zweijährige Projektphase

Grund für den gewählten Zeitrahmen: Es können maximal 120 Einheiten in maximal 3 Jahren verordnet werden. Bei der Ausschöpfung des kompletten Zeitrahmens von 3 Jahren wären pro Woche nur 0,8 Betreuungsstunden möglich. Bei zwei Jahren sind zumindest pro Woche 1,2 Stunden an Betreuungsleistungen möglich. Sofern die Betreuungszeit nicht durch Leistungsfreie Zeiten (wie z.B. längere Klinikaufenthalte) unterbrochen wird, wäre eine dreijährige Betreuungszeit sehr gering intensiv und wird deshalb für das Modellprojekt nicht als häufig verordnet und daher wahrscheinlich angenommen. Sofern keine Betreuungs- beziehungsweise Leistungsfreien Zeiten aufgrund stationärer Klinikaufenthalten etc.

angerechnet werden müssen, ist eine dreijährige Betreuungszeit mit 120 Stunden bzw. Einheiten sehr gering intensiv und daher für das Modellprojekt nicht geeignet. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Einheiten auf eine dreijährige Betreuungszeit verordnet werden erscheint auch eher gering.

Anzahl der Klienten: 10 Plätze

Die Akquise der Klienten erfolgt vor allem über Hausärzte, niedergelassene Fachärzte, die Psychiatrische Klinik Wasserburg am Inn und über die Somatischen Kliniken in Stadt und Landkreis Rosenheim. Darüber hinaus werden die Netzwerkpartner über das Angebot informiert und auch dadurch soll die Klienten Akquise erfolgen.

Evaluation

Die Überprüfung der Leistung soll unabhängig von den verordneten Einheiten alle 6 Monate zusammen mit dem Facharzt der die Ambulante Soziotherapie verordnet hat und dem Betroffenen zusammen erfolgen. Die Fragebögen zur Lebenszufriedenheit (Münchner Lebensqualitäts-Dimensions-Liste MLDL) sollen am Anfang, in der Mitte und zum Ende der Leistung ausgeteilt und ausgewertet werden.

6 Evaluation des Konzepts Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung

Das Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gibt es bisher in der Versorgungsregion der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim nicht. Das hier vorgestellte Konzept soll nun auf seine Realisierbarkeit hin überprüft werden. Die Evaluation des Konzepts soll neben der Realisierbarkeit auch die Frage der Notwendigkeit eines solchen Konzepts zur Deckung von Versorgungslücken überprüfen und schließlich beantworten. Für die Durchführung der Evaluation wurde auf die qualitative Erhebung anhand von Experteninterviews zurückgegriffen.

6.1 Qualitative Erhebung anhand Experteninterviews

Das Experteninterview ist ein qualitatives Verfahren der empirischen Sozialforschung. Es wurde lange Zeit als eher randständiges Verfahren bewertet, obwohl es bereits weit verbreitet war. „Das Experteninterview eignet sich zur Rekonstruktion komplexer Wissensbestände“ (Meuser & Nagel, 2010, S. 457).

Für die Masterthesis mit dem Titel: „Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Entwicklung eines Konzepts unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim“ wurde bei der Wahl des Erhebungsinstruments auf die Experteninterviews zurückgegriffen. Einerseits soll damit eine Einschätzung getroffen werden inwieweit die Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim Lücken aufweist und andererseits ob die Maßnahme der Ambulanten Soziotherapie beziehungsweise das Konzept den Bedarf der Menschen mit Abhängigkeitserkrankung passgenau und bedarfsangemessen decken kann. Anhand der Einschätzungen und Erfahrungen der Experten sollen auch mögliche Schwachstellen des Konzepts deutlich werden, um diese bei der Umsetzung berücksichtigen zu können.

6.2 Hypothesen und Fragestellungen

Mit der Entwicklung eines Konzepts der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung sind drei übergeordnete Hypothesen und Fragestellungen verbunden.

- Die zur Verfügung stehende regionale Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe deckt den Hilfebedarf nicht ab. Die Versorgungsstruktur in der Stadt und im Landkreis Rosenheim weist Lücken auf. Durch die Ambulante Soziotherapie könnten mehr Menschen mit Abhängigkeitserkrankung ans regionale Suchthilfesystem angebunden werden.

Der Bedarf an der Behandlung mit Ambulanter Soziotherapie ist für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe der Stadt und des Landkreises Rosenheim gegeben.

- Der Konzeptentwurf der entwickelt wurde erreicht die Zielgruppe der Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung. Die mit der Ambulanten Soziotherapie verbundenen Ziele können mit dem Konzept und den darin beschriebenen Leistungsspektrum und Methoden erreicht werden. Das Konzept kann auf die Betroffenen passgenau und bedarfsangemessen angepasst werden.
- Welche Schwachstellen (sowohl inhaltlicher als auch struktureller Art) weist das Konzept auf und mit welchen Umsetzungsschwierigkeiten ist in der Praxis zu rechnen.

6.3 Auswahl und Vorstellung der Experten

Dem Begriff des „Experten“ liegt keine eindeutige Definition vor. Als Experten sollten laut Meuser & Nagel (2011) Fachleute als Praktiker vor Ort gewählt werden, die über Sonderwissen in den speziellen Themenbereichen verfügen und demzufolge Kenntnisse über Erfahrungswissen und oder Wissen aus entsprechenden Projekten haben.

Die „Experten“ für die Interviews wurden demzufolge ausschließlich aus Arbeitsfeldern der medizinischen, therapeutischen und sozialen Behandlung oder Begleitung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und oder Psychischen Erkrankungen rekrutiert. Alle gewählten Experten arbeiten in der Versorgungsstruktur der Stadt und dem Landkreis Rosenheim und sind alle bereits seit mehreren Jahren in diesen oder ähnlichen Arbeitsbereichen tätig.

Folgende Fachleute stehen für die Experteninterviews zur Verfügung:

Vorstellung der Experten:

- Jochen Stöpel, Regionalleiter der Ambulanten Hilfen Anthojo Rosenheim und Traunstein, Aufbau des BEW's (Eingliederungshilfe gem. §§ 53 ff SGB XII) für Rosenheim und Traunstein und Aufbau einer Kontakt und Begegnungsstätte in Traunstein. Alle

Angebote sind für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen mit Doppeldiagnosen.

- Birgit Haigermoser-Haug, stellvertretende Fachbereichsleitung des BEW's der Ambulanten Hilfen Anthojo in Rosenheim. Das Angebot bezieht sich auf Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Doppeldiagnosen.
- Sigfried Zimmermann, Leiter des SPDI's (Sozialpsychiatrischer Dienst) der Caritas München Freising in Rosenheim, der SPDI war seit Beginn der Einführung berechtigt die Ambulante Soziotherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen durchzuführen.
- Ludwig Binder, Geschäftsführer von NEON – Beratungsstelle Prävention und Suchthilfe Rosenheim, Herr Binder leitet unter anderem die Kurse für die Ambulante Rehabilitation Sucht.
- Dr. Christoph Schormair, niedergelassener Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in Rosenheim, Herr Dr. Schormair hat die Berechtigung bzw. die Zulassung die Ambulante Soziotherapie zu verordnen.
- Manja Könnecke, Mitarbeiterin im Sozialdienst der Akutstationen Sucht und der Station für den Qualifizierten Entzug und Suchtbeauftragte in der ISK (Inn-Salzach-Klinik) der KBO (Kliniken des Bezirks Oberbayern) in Wasserburg.

6.4 Erstellung der Interviewfragebögen

Laut Bohnsack et al. (2011) sollte das Erhebungsinstrument ein leitfadengestütztes offenes Interview sein, welches jedoch thematisch vorstrukturiert ist. Der Leitfaden besteht aus einer Reihe von Sachfragen, die dann in verschiedene Themenbereiche zusammengefasst werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014). Die Experten sollen die Möglichkeit haben Beispiele einzubringen oder Situationen zu benennen, wie sie bei bestimmten Fragestellungen in der Praxis vorgegangen sind und vorgehen würden.

Im Vorfeld der Fragestellungen wird den Fachleuten die Gelegenheit gegeben sich mit dem Namen, der Funktion beziehungsweise Position in der Einrichtung/Organisation vorzustellen. Darüber hinaus wird auch nach den Hauptaufgabenbereichen der Einrichtung, Organisation gefragt.

Die Fragen an die Experten wurden in vier thematische Gruppen unterteilt: (siehe auch Anhang E: Expertenfragebogen)

Bedarf/ Versorgungsstruktur (Fragen 1 – 3)

1. Bisher gibt es das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in der Stadt und im Landkreis Rosenheim noch nicht. Das Angebot der Ambulanten Soziotherapie hebt sich vor allem im Ablauf der Begleitung (Gehstruktur) und in den Zugangsvoraussetzungen (es muss keine Bedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe gegeben sein und die Abstinenz ist keine Zugangsvoraussetzung) von den anderen Angeboten in der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe ab. Sehen Sie die Notwendigkeit für ein solches Angebot?
2. Hatten oder haben Sie Patienten/Klienten, die nicht passgenau und bedarfsangemessen durch die vorhandenen ambulanten Angebote der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in Stadt und Landkreis Rosenheim versorgt werden konnten.
3. Hätte auf die in Frage 2. genannten Patienten/Klienten das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen besser gepasst.

Inhalt/ Methoden (Fragen 4 – 6)

4. Das Konzept bezieht sich auf alle substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen und auf Menschen mit Doppeldiagnosen.
Wie beurteilen Sie die Festlegung auf die Zielgruppe?
5. Der zeitliche und inhaltliche Rahmen wurde in Form eines Phasenmodells dargestellt. Die Ambulante Soziotherapie ist zeitlich sehr eng begrenzt, so können von minimal 30 Einheiten (Stunden) bis maximal 120 Einheiten (Stunden) in maximal drei Jahren verordnet werden. Was halten Sie von der zeitlichen und inhaltlichen Aufteilung des Phasenmodells?
6. Das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie ist im Konzept bewusst sehr weit gefasst, damit möglichst viele Hilfebedarfe abgedeckt werden können und damit möglichst wenig inhaltliche Ausschlusskriterien entstehen.
Was halten Sie von einem sehr weit gefächerten Leistungsspektrum, welches sich nicht spezialisiert?

Fragen zur Umsetzbarkeit (Fragen 7 – 9)

7. Kennen Sie aus ihrem Arbeitsfeld Klienten oder Patienten, die vom Angebot der Ambulanten Soziotherapie profitieren können.
8. Im Konzept wurden auch die Netzwerkpartner aufgeführt. Sind diese aus Ihrer Sicht (bezogen auf die Stadt und den Landkreis Rosenheim) abschließend oder fehlen noch wichtige Netzwerkpartner für die Zusammenarbeit?
9. Welche Faktoren könnten die Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie noch positiv beeinflussen?

Welche Probleme könnten auftreten/ Umsetzungsschwierigkeiten (Fragen 10 – 12)

10. Haben Sie in Ihrem jetzigen oder früheren Arbeitsbereichen bereits Erfahrungen mit Ambulanter Soziotherapie gemacht? Kam es zu Umsetzungsschwierigkeiten?
11. Was könnte die Umsetzung des Konzepts für die Ambulante Soziotherapie noch beeinflussen? Welche Schwierigkeiten sind aus ihrer Sicht zu erwarten?
12. Haben Sie noch weitere Anregungen hinsichtlich des Konzepts oder der Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie

6.5 Durchführung der Befragung

Die Fachleute wurden persönlich angefragt, ob sie zu oben genannten Thema als Experten zur Verfügung stehen möchten. Um die Interviewpartner möglichst wenig zu beeinflussen und auch um die zeitlichen Ressourcen der Interviewpartner zu schonen wurde darauf zurückgegriffen, die Fragebögen schriftlich per E-Mails zu versenden und eine Frist zur Beantwortung der Fragen von drei Wochen zu geben. Neben dem Expertenfragebogen wurde den Fachleuten auch das komplette Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung per Email zugesendet.

6.6 Auswertung der Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse aus den Experteninterviews wird nach Meuser & Nagel (2010) in sechs Schritten durchgeführt.

- Transkription

Der erste Schritt der Auswertung ist die reine Übertragung des Textes der Experten. Da hier auf die Übersendung der Interviews in schriftlicher Form per E-Mail zurückgegriffen wurde, können die Ergebnisse direkt übernommen werden.

- **Paraphrase**
In diesem Schritt der Auswertung werden die Inhalte des Textes in Themen und Einheiten zusammengefasst.
- **Kodieren**
Im dritten Schritt werden die Inhalte verdichtet und nach Themen geordnet.
- **Thematischer Vergleich**
Ab dem vierten Schritt werden thematisch vergleichbare Texteinheiten aus verschiedenen Interviews gebündelt.
- **Konzeptualisierung**
Im fünften Schritt werden Gemeinsamkeiten und Differenzen herausgearbeitet. Eine Ablösung von den direkten Texten und Terminologien findet statt.
- **Theoretische Generalisierung**
Im letzten Schritt werden die Ergebnisse theoretisch generalisiert. Die Ergebnisse müssen nun mit den Hypothesen und Fragestellungen die eingangs getroffen wurden abgeglichen werden und entsprechende Theorien können daraus geknüpft werden.

Die Rückmeldungen der Experten werden nun im Rahmen der Transkription wortwörtlich wiedergegeben. Da aufgrund der Strukturierung der Fragebögen schon eine thematische Zusammenfassung vorgegeben wurde, können sowohl die Paraphrase als auch der Schritt der Kodierung zugleich erfolgen.

Bedarf/ Versorgungsstruktur (Fragen 1 – 3)

Frage 1:

Bisher gibt es das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in der Stadt und im Landkreis Rosenheim noch nicht. Das Angebot der Ambulanten Soziotherapie hebt sich vor allem im Ablauf der Begleitung (Gehstruktur) und in den Zugangsvoraussetzungen (es muss keine Bedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe gegeben sein und die Abstinenz ist keine Zugangsvoraussetzung) von den anderen Angeboten in der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe ab. Sehen Sie die Notwendigkeit für ein solches Angebot?

Jochen Stöpel: Ambulante Soziotherapie für Suchtkranke schließt eine Versorgungslücke im Gesundheitssystem. Menschen die über Vermögen von mehr als 2.600€ verfügen können nur auf eigene Kosten von einem aufsuchenden Dienst profitieren. Die psychiatrischen Institutsambulanzen sind in der Regel nur auf psychische Erkrankungen spezialisiert.

Während der monatlichen Informationsrunde auf der Station zur qualifizierten Entgiftung wird das Betreute Einzelwohnen auch immer wieder von Patienten angefragt, die dann aufgrund des Vermögenseinsatzes jedoch absagen.

Durch den aufsuchenden Ansatz kann die Problemlösung und Problemaktualisierung wesentlich effektiver erfolgen, als in der „sozialen Sonderwelt“ einer Beratungsstelle.

Das Angebot ist notwendig.

Birgit Haigermoser-Haug: JA

Siegfried Zimmermann: Ja

Ludwig Binder: Ja, unbedingt. Somit würde eine Versorgungslücke insb. auch für (noch) nicht abstinenzmotivierte oder –fähige Klienten geschlossen.

Dr. Christoph Schormair: Ja, insbesondere für den Teil meiner suchtkranken Patienten, die nicht an der bisherigen Versorgung (Richtlinienpsychotherapie, Selbsthilfegruppe, Fachambulanz) teilnehmen (können), bzw. die nach Entgiftung intensivere Behandlung benötigen.

Manja Könnecke: ja

Frage 2:

Hatten oder haben Sie Patienten/ Klienten, die nicht passgenau und bedarfsangemessen durch die vorhandenen ambulanten Angebote der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in Stadt und Landkreis Rosenheim versorgt werden konnten.

Jochen Stöpel: Im Bereich des Betreuten Einzelwohnens haben wir auch immer wieder Nutzer, die in o.g. Loch des Versorgungssystems fallen. Dies geschieht u.a. dadurch, dass nach erfolgreicher Eingliederungshilfe die Nutzer wieder in einem Arbeitsverhältnis stehen und somit Einkommen über den Vermögensgrenzen erzielen oder erben. Diese wurden versucht an die Selbsthilfe oder an eine Beratungsstelle anzugliedern. Dies gelang nicht immer, da individuelle Zeiten oder die Teilnahme an Gruppen vorausgesetzt wurden.

Birgit Haigermoser-Haug: JA

Siegfried Zimmermann: Ja, relativ häufig

Ludwig Binder: Ja, folgende Gruppen:

- Hoher (therapeutischer) Hilfebedarf, aber keine Bereitschaft für stationäre Behandlung oder Fähigkeit für ambulante Therapie
- Chronifizierte Klienten die aufgrund der finanziellen Situation nicht von AHA betreut werden können

Dr. Christoph Schormair: S. 1., dazu gehören insbesondere Patienten mit erheblich ausgeprägter Suchterkrankung einschl. entsprechender Rückfallgefährdung und sozialen Komplikationen und Alkoholfolgekrankheiten, Patienten mit psychiatrischen Doppeldiagnosen, mit Arbeitslosigkeit und sozialer Isolation; nicht jedoch schwer chronisch Kranke im engeren Sinn.

Manja Könnecke: ja

Frage 3:

Hätte auf die in Frage 2. genannten Patienten/ Klienten das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen besser gepasst.

Jochen Stöpel: Ja. Ein Nutzer litt z.B. neben Verhaltensstörungen durch polyvalenten Konsum auch an einer sozialen Phobie. Ein anderer Klient arbeitete im Schichtdienst und konnte an Gruppen daher nicht teilnehmen. Für einen weiteren Bewerber war das Krisenmanagement (aufsuchen und schnell ins Krankenhaus einliefern) sehr wichtig.

Birgit Haigermoser-Haug: JA

Siegfried Zimmermann: Ja, davon ist auszugehen.

Ludwig Binder: ja, für den ein oder anderen sicher. Evtl. hätte dann eine Anbindung an das Suchthilfesystem erfolgen können (zumind. Stabilisierung) und wenn möglich Weitervermittlung in Entwöhnungsmaßnahmen erfolgen können

Dr. Christoph Schormair: Diese Patientengruppen haben einen höheren Unterstützungsbedarf bei Lebensführung, Tagesstrukturierung und Entwicklung von Aktivitäten und sozi-

alen Kontakten, Entwicklung und Umsetzung von beruflichen Perspektiven als sei beim bisherigen Versorgungssystem erhalten.

Manja Könnecke: im Einzelfall ja

Inhalt/ Methoden (Fragen 4 – 6)

Frage 4:

Das Konzept bezieht sich auf alle substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen und auf Menschen mit Doppeldiagnosen.

Wie beurteilen Sie die Festlegung auf die Zielgruppe?

Jochen Stöpel: Die Festlegung ermöglicht eine Spezialisierung auf den Ebenen:

- Methoden
- Mitarbeiter
- Prozesse

Aus meiner Sicht ist das sinnvoll und notwendig. Gerade aus praktischer Erfahrung in Zusammenarbeit mit der psychiatrischen Institutsambulanz erlebe ich die Aufgabenteilung (psychische Erkrankung/Sucht) positiv.

Birgit Haigermoser-Haug: Gut, aufgrund der Abstinenzorientierung fallen viele Klienten aus anderen ambulanten Angeboten. Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen haben mehr mit Stigmatisierung zu kämpfen als Menschen mit anderen psychischen Erkrankungen. Sie brauchen die Möglichkeit der Unterstützung auf ihrem individuellen Weg.

Siegfried Zimmermann: Im Grunde in Ordnung. Im Einzelfall wäre es günstig, Menschen die unter Essstörungen leiden, Ambulante Soziotherapie zuteil werden zu lassen. (Weil z.B. aufsuchende Arbeit Voraussetzung für alles Weitere ist.)

Ludwig Binder: Sehr gut, insb. im Bereich Doppeldiagnosen gibt es eine Versorgungslücke in der ambulanten Behandlung/Betreuung. Die Anwendung der GAF-Skala erscheint mir als sehr gut geeignet Kontraindikationen aufgrund des Schweregrades der Beeinträchtigung herauszufiltern.

Dr. Christoph Schormair: Zielgruppen passend, zusätzlich vielleicht die Abgrenzung zu chronisch Schwerkranken.

Manja Könnecke: Ich denke, gerade alkoholabhängige Menschen mit einer DD können oft nicht, beim aktuell bestehenden Angebot im ambulanten Sektor, ausreichend versorgt werden. Es ist eine schwierige Zielgruppe, für die es enorm wichtig ist, Hilfen und Unterstützung im ambulanten Sektor zu erhalten.

Frage 5:

Der zeitliche und inhaltliche Rahmen wurde in Form eines Phasenmodells dargestellt. Die Ambulante Soziotherapie ist zeitlich sehr eng begrenzt, so können von minimal 30 Einheiten (Stunden) bis maximal 120 Einheiten (Stunden) in maximal drei Jahren verordnet werden. Was halten Sie von der zeitlichen und inhaltlichen Aufteilung des Phasenmodells?

Jochen Stöpel: Die zeitliche Dimension ist eng gefasst. Da man jedoch auch davon ausgehen muss, dass die Nutzer noch nicht zur Gruppe der Chronisch-Mehrfach-Beeinträchtigten Abhängigen gehören (CMA) sollten bei dem Betroffenen und seinem Umfeld mehr Ressourcen zur schnelleren Problembewältigung zur Verfügung stehen.

Birgit Haigermoser-Haug: innerhalb des Rahmens passend – insgesamt ist meine Sorge immer, dass zu zielorientiert gearbeitet werden muss – Entwicklung braucht Zeit und Raum

Siegfried Zimmermann: Das Phasenmodell ist als Richtschnur sicher günstig. Im Einzelfall geht es aber wohl auch um Klienten, die aufgrund der erschwerten Zugänglichkeit, letztlich der Schwere der Erkrankung, durch das klassische Hilfesystem nicht erreicht wurden.

Auf diesem Hintergrund könnte es nötig werden, dass die max. Stundenzahl eingesetzt werden muss, um „lediglich“ eine Hinführung zum eigentlichen Veränderungsprozess zu gewährleisten. Letzterer müsste durch die Begrenzung dann (leider) in einer anderen Einrichtung stattfinden.

Ludwig Binder: Grundsätzlich erscheinen mir die 3 definierten Phasen als inhaltlich schlüssig. Insgesamt erscheint mir die Dauer mit 120 Einheiten relativ kurz, sollte keine Verlängerung möglich sein. Die Ablösephase könnte evtl. inhaltlich mehr Zeit beanspruchen (insb. um „Testläufe“ ohne Unterstützung einzubauen und diese Auszuwerten).

Dr. Christoph Schormair: Eine zeitliche Perspektive von 2 bis 3 Jahren, auch Begrenzung ist durchaus passend, wenn man die chronisch Kranken (s. o.) ausnimmt. Diese haben weiteren bzw. anderen, darüberhinaus gehenden Versorgungsbedarf. Soziotherapie nimmt Zwischenstellung ein zwischen ambulanter Suchtkrankenhilfe und stationären sozialtherapeutischen Einrichtungen.

Manja Könnecke: Nach der Darstellung ist ja die Aufteilung (zeitl. als auch inhaltl.) sehr flexibel und kann somit optimal auf den Klienten angepasst werden oder bei Bedarf geändert werden. Ob im Einzelfall alle Stunden ausgeschöpft werden müssen oder zu wenig Zeit ist - scheint eine der Herausforderungen während der Umsetzung zu sein. Ein wichtiger Punkt stellt hier auch ein gut funktionierendes Netzwerk dar. (Welches im Konzept beschrieben ist)

Frage 6:

Das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie ist im Konzept bewusst sehr weit gefasst, damit möglichst viele Hilfebedarfe abgedeckt werden können und damit möglichst wenig inhaltliche Ausschlusskriterien entstehen.

Was halten Sie von einem sehr weit gefächerten Leistungsspektrum, welches sich nicht spezialisiert?

Jochen Stöpel: Ein breitgefächertes Angebot ist gut, insofern es auch tatsächlich geleistet werden kann. Es sollte jedoch über einen Zeitraum von zwei Jahren evaluiert werden, um zu prüfen, welche Leistungen tatsächlich abgerufen werden.

Andererseits ergibt sich die Konkretisierung der Hilfeleistung über die Zielplanung und die Fähigkeiten der Mitarbeitenden, den Bedarf des Betroffenen und möglichen Veränderungen über die Zeit, z.B. Führerscheinverlust, Trennung, usw.

Birgit Haigermoser-Haug: Klienten müssen sich nicht auf viele Bezugspersonen und womöglich andere Stellen einlassen, auf Veränderungen der Bedarfe kann im bestehenden Setting eingegangen werden.

Siegfried Zimmermann: Wird anders nicht möglich sein, da man auf dem Hintergrund der Niederschwelligkeit auf unterschiedlichste Lebenslagen treffen wird und eben nicht warten kann, bis sich Menschen mit passender Diagnose, ausreichender Motivation... zu einem Termin in ein bis zwei Monaten anmelden...

Ludwig Binder: Finde ich dahingehend gut, dass dann sehr auf individuelle Bedarfe eingegangen werden kann. Allerdings sollte keine Art „Resterampe“ entstehen, mittel- und langfristig nimmt das meiner Erfahrung nach den Charakter an, dass auch bei Zuweisern der Eindruck entsteht, dass dort „jeder genommen wird“ und die Qualität zweitrangig ist.

Dr. Christoph Schormair: Breit gefächertes Leistungsspektrum hilfreich, um besser auf individuelle Gegebenheiten und Bedürfnisse der Teilnehmer eingehen zu können.

Manja Könnecke: In einem festen Rahmen, welchen das Konzept beschreibt, ist eine große Flexibilität von enormer Wichtigkeit - besonders in Bezug auf die angesprochene Klientengruppe mit Doppeldiagnosen. Es ist notwendig, im festgesetzten Rahmen flexibel auf die Klienten eingehen zu können und nach dem Bedarf des einzelnen zu schauen und dies scheint eher realisierbar durch ein breites Leistungsspektrum.

Fragen zur Umsetzbarkeit (Fragen 7 – 9)

Frage 7:

Kennen Sie aus ihrem Arbeitsfeld Klienten oder Patienten, die vom Angebot der Ambulanten Soziotherapie profitieren können.

Jochen Stöpel: Ja, Klienten die als Selbstzahler unsere Leistungen in Anspruch nehmen.

Birgit Haigermoser-Haug: JA

Siegfried Zimmermann: Ja

Ludwig Binder: Ja, wir hätten aktuell aus den laufenden offenen Beratungsgruppen sicher 2-3 Personen die für ein solches Angebot in Frage kommen könnten. Evtl. könnte es auch für Patienten die aufgrund wiederholter Rückfälligkeit die ambulante Entwöhnungsbehandlung bei uns beenden müssen und nicht auf stationäre Therapie gehen wollen ein alternatives Angebot sein. Ich würde den Bedarf in Bezug auf unseren aktuellen Klientenkreis auf ca. 5-10 Personen jährlich schätzen.

Dr. Christoph Schormair: Ja, s. 2.

Manja Könnecke: ja

Frage 8:

Im Konzept wurden auch die Netzwerkpartner aufgeführt. Sind diese aus Ihrer Sicht (bezogen auf die Stadt und den Landkreis Rosenheim) abschließend oder fehlen noch wichtige Netzwerkpartner für die Zusammenarbeit?

Jochen Stöpel: Die Sozialpsychiatrischen Zentren der Kliniken des Bezirks Oberbayern stellen einen wichtigen Partner dar.

Birgit Haigermoser-Haug: Evtl. weitere Kliniken, nicht alle Klienten gehen/wollen ins ISK (z. B. Romed Kliniken, evtl. auch PK Agatharied)

Siegfried Zimmermann: Einbeziehung der Selbsthilfe?

Ludwig Binder: alles aufgeführt.

Dr. Christoph Schormair: Aus meiner Sicht vollständig, vielleicht Gewichtung vornehmen: die wichtigsten 3 oder 5 benennen, mit einigen hat man ja nur am Rande im Rahmen der Patientenbetreuung zu tun (z. B. PSAG, Arbeitskreis Betreuungen, AK Sozialrecht, Migrationsberatung...), viel dagegen mit den jeweiligen Therapeuten.

Manja Könnecke: Die Fachklinik Annabrunn - liegt zwar nicht im LK Rosenheim, hat aber evtl. potentielle Klienten, für die das Angebot einer stationären Entwöhnungsbehandlung nicht ausreichend war

Frage 9:

Welche Faktoren könnten die Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie noch positiv beeinflussen?

Jochen Stöpel: Die Unterstützung des Konzeptes durch die Krankenkassen, eine die ambulante Soziotherapie fördernde Gesetzgebung (Parteien/Politik), sowie Ärzte, die diese Maßnahme verordnen.

Birgit Haigermoser-Haug: evtl. Vorstellung in den Selbsthilfeorganisationen

Siegfried Zimmermann: Eine lösungs- statt problemorientierte Herangehensweise der Krankenkassen

Ludwig Binder: Unsere Erfahrung ist, dass insb. das ärztliche Netzwerk als wichtiger Zuweiser in das Suchthilfesystem zum einen die Strukturen und Zugangs-/Verfahrenswege des Suchthilfesystems nicht kennt, zum anderen von der inzwischen doch großen Anzahl an verschiedenen Hilfeformen (fachlich) überfordert ist. Somit würde ich empfehlen im Vorfeld eine Art „Clearing-Liste“ oder sonstige Form der Kurzübersicht zu erstellen die neben den Voraussetzungen und Kontraindikationen auch kurz und knapp die Zugangswege beschreibt (nämlich: rufen sie uns bei Fragen an, wir klären jeden Einzelfall ab).

Dr. Christoph Schormair:

- Bei Patientengruppe mit Doppeldiagnosen der Sozialpsychiatrischer Dienst.
- Einrichtungen zur ambulanten berufsbezogenen Tagesstrukturierung und Beschäftigung (z. B. ZAK),
- Ergotherapie und Physiotherapie,
- Vereine (z. B. Sportvereine), VHS
- Agentur für Arbeit,
- „Fallmanager“ zum Erhalt des Arbeitsplatzes bzw. zur Begleitung der beruflichen Wiedereingliederung.

Manja Könnecke: Nach den Erfahrungen aus meiner Arbeit ist insbesondere eine neues soziales "Netzwerk" für den einzelnen Betroffenen von enormer Wichtigkeit - wenn es gelingt, solch eine aufzubauen - dann bestünde sicherlich eine höhere Wahrscheinlichkeit für längere positive Effekte nach Abschluss der Therapie.

Welche Probleme könnten auftreten/ Umsetzungsschwierigkeiten (Fragen 10 – 12)

Frage 10:

Haben Sie in Ihrem jetzigen oder früheren Arbeitsbereichen bereits Erfahrungen mit Ambulanter Soziotherapie gemacht? Kam es zu Umsetzungsschwierigkeiten?

Jochen Stöpel: Eine Anfrage bezügl. der Ambulanten Soziotherapie wurde seitens der Krankenkasse in verschiedenen Fällen abschlägig beschieden. Es wurden vordergründig

Gründe des Wettbewerbsrechts, bzw. der fehlenden Voraussetzungen (GAF-Skala) geltend gemacht.

Birgit Haigermoser-Haug: Keine Erfahrungen, aber durch die Erfahrungen im BEW drängt sich mir die Frage auf, ob der zeitlich enge Rahmen für manchen Klienten zu knapp sein könnte.

Siegfried Zimmermann: Die wahrgenommenen Umsetzungsschwierigkeiten waren auf letztlich nicht erfüllbare Vorgaben der Krankenkassen zurückzuführen. (Ist aber eine Weile her.)

Ludwig Binder: keine Erfahrungen

Dr. Christoph Schormair: Nein, zwar Qualifikation, aber bisher keine Verordnung, da von den Kassen kein anerkannter Soziotherapeut vor Ort.

Manja Könnecke: Bis jetzt sind noch keine Vorerfahrungen vorhanden

Frage 11:

Was könnte die Umsetzung des Konzepts für die Ambulante Soziotherapie noch beeinflussen? Welche Schwierigkeiten sind aus ihrer Sicht zu erwarten?

Jochen Stöpel: Eine weitere Schwierigkeit könnte darin liegen das die bisherigen Beratungsstellen/Fachambulanzen darin ein „Konkurrenzangebot“ zu den bisherigen Leistungen sehen und die Umsetzung der ambulanten Soziotherapie torpedieren.

Andererseits kann es bei einer deutlichen Verringerung der Zulassungshürden unqualifizierte Anbieter (z.B. Pflegedienste) diese Leistungen zum Nachteil den Nutzers anbieten.

Birgit Haigermoser-Haug: Kostenübernahmen durch die Krankenkassen ?

Siegfried Zimmermann: Zu starke Überfrachtung mit „besonders schwierigen Fällen“, deren sich die klassische Suchthilfe dann ruhigen Gewissens entledigt.

Ludwig Binder: ich könnte mir vorstellen, dass es sehr schwierig sein wird griffige Erfolgskriterien zu definieren. Die Arbeit mit dem MLDL erscheint mir grundsätzlich als sehr

geeignet, allerdings ist dies ja doch auch eine sehr subjektive Einschätzung des Klienten – die wiederum sehr von der Beziehung zum Betreuer abhängt. Aber dieses Problem besteht ja auch in sonstigen Hilfsangeboten.

Ansonsten könnte ich mir vorstellen, dass es eine große Herausforderung wird ein sehr breites Spektrum an Patienten (Alter, sozio-kultureller Hintergrund, psychiatrische Komorbidität, etc.) adäquat zu versorgen.

Dr. Christoph Schormair:

- Hausärzte als erste Kontaktstelle für Patienten, Weiterleitung in Suchthilfesystem, dann niederschwelliger Zugang zur fachärztlichen Versorgung (z. B. „Suchtsprechstunde“), dort Verordnung der Soziotherapie. Hürde der KVB für Qualifikation, Soziotherapie verordnen zu dürfen, unverständlich hoch.
- Konkurrenz zum ambulanten Versorgungsangebot der Institutsambulanz des ISK?
- Abgrenzung zum Therapieangebot der Suchthilfeeinrichtungen (Neon, Fachambulanz)

Manja Könnecke: Schwierigkeiten können sich ergeben, wenn die soziale Umgebung hinderlich ist oder keine Anteilnahme erfolgt - um Hilfestellungen und Unterstützungen zu erhalten für den Betroffenen. Weiterhin könnte sich bei Fremdmotivation auch die fehlende Compliance oder immer wiederkehrende Schübe im Bereich einer zweiten Diagnose wie Bspw. einer Psychose als sehr schwierig gestalten.

Frage 12:

Haben Sie noch weitere Anregungen hinsichtlich des Konzepts oder der Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie?

Jochen Stöpel: nein

Birgit Haigermoser-Haug: ./.

Siegfried Zimmermann: Um eventuell nötige Übergänge /Vermittlungen für die Klienten zu ermöglichen, wären die Fachambulanzen ab einer gewissen Phase die die aufsuchende Form der Arbeit einzubeziehen.

Ludwig Binder: keine

Dr. Christoph Schormair:

- Effizienz (gerade bei begrenztem Stundenkontingent): Es gibt individuellen Unterstützungsbedarf, aber auch allgemeinen. Letzterer könnte z. B. in Gruppen angeboten werden (Art „Psychoedukation“ wie Möglichkeiten der Tagesstrukturierung, Freizeitgestaltung, körperliche Aktivitäten, sozial- und versicherungsrechtliche Fragen, Arbeitsplatz).
- 1 oder 2-Jahreskatamnesen: Was ist aus den soziotherapeutisch betreuten Patienten geworden.

Manja Könnecke: ./.

Die vergleichbaren Ergebnisse der Befragung werden nun gebündelt und es werden Gemeinsamkeiten und Differenzen herausgearbeitet:

Die ersten drei Fragen beziehen sich auf den Bedarf und die Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim.

Die Frage, ob das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung als notwendig erachtet wird, wurde von allen Experten bejaht. Mit dem Angebot werde eine Versorgungslücke geschlossen. Ein Teil der Klienten/Patienten würde die Zugangsvoraussetzungen der vorhandenen Angebote nicht erfüllen und sie könnten somit nicht an die Versorgungsstruktur angebunden werden. Die nächsten beiden Fragen beziehen sich auf die passgenaue und bedarfsangemessene Versorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Die Antwort der Experten ist hier auch eindeutig. Alle Experten hatten bereits Klienten oder Patienten, die mit dem zur Verfügung stehenden Angeboten der Versorgungsstruktur nicht passgenau und bedarfsangemessen versorgt werden konnten. Die Gründe, weshalb die Klienten/Patienten nicht passgenau versorgt werden konnten sehen die Experten in den formalen Zugangsvoraussetzungen der bestehenden Angebote und der fachlichen (meist vom entsprechenden Leistungsträger vorgegebenen) Ausrichtung. Das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen hätte aus Sicht der Experten für zumindest einen Teil dieser Klienten/ Patienten besser gepasst. Mit dem Angebot der Ambulanten Soziotherapie wäre eventuell auch eine generelle Anbindung an das Hilfesystem möglich.

Die nächsten drei Fragen des Experteninterviews beziehen sich auf die Inhalte und die Methoden des Konzepts. Die Festlegung auf die Zielgruppe der Menschen mit substanzbezogener Abhängigkeitserkrankung und auf Menschen mit Doppeldiagnosen wird überwiegend als positiv eingeschätzt. Vor allem für die Menschen mit Doppeldiagnosen wird eine Versorgungslücke im ambulanten Bereich gesehen. Die Abgrenzung zu chronisch

schwerkranken Menschen wird von einem Experten gewünscht. Darüber hinaus wird eine Erweiterung der Zielgruppe auf Menschen mit Essstörungen als sinnvoll erachtet.

Das zeitliche und inhaltlich gegliederte Phasenmodell wird zum Teil kritisch wahrgenommen. Vor allem die zeitliche Begrenzung des Angebotes wird von einem Teil der Experten als schwierig erachtet, da es im Einzelfall vor allem bei schwereren Krankheitsformen zu kurz oder zu wenig intensiv sein könnte. Der andere Teil der Experten sieht die zeitliche Begrenzung des Angebotes weniger problematisch, sondern empfiehlt dann vor allem das zusätzliche Einbeziehen des sozialen und des Helfernetzwerkes. Ein Experte merkt an, dass die Ablösephase eventuell zu kurz sein könnte. Das sehr weit gefasste Leistungsspektrum im Konzept der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung wird von allen Experten positiv bewertet. Vor allem auf dem Hintergrund der unterschiedlichen Hilfebedarfe der Betroffenen könne so sehr individuell und passgenau auf jeden Einzelnen eingegangen werden. Es wird lediglich von einem Experten auf die Gefahr hingewiesen den Eindruck zu erwecken jeden Betroffenen in das Angebot aufnehmen zu können, weil so die Qualität in den Hintergrund rücken könnte.

Die nächsten drei Fragestellungen beziehen sich auf die Umsetzbarkeit des Konzeptes der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung. Die Experten sind sich in der Frage einig, dass alle aus ihren jeweiligen Arbeitsfeldern Klienten oder Patienten kennen, die vom Angebot der Ambulanten Soziotherapie profitieren könnten. Ein Experte schätzt die jährliche Anzahl der Klienten die durch die Angebote der ambulanten Rehabilitation nicht passgenau und bedarfsangemessen unterstützt werden können oder bei denen die Zugangsvoraussetzungen für die vorhandenen Angebote fehlen auf etwa 5-10 Personen. Die im Konzept angegebenen Netzwerkpartner wurden von den Experten noch weiter ergänzt. So sollten auch Fachkliniken (für Entwöhnungsbehandlungen) aus den umliegenden Landkreisen, die Suchtselbsthilfe, die Akteure aus den stationären und ambulanten Angeboten der Sozialpsychiatrischen Zentren der Kliniken des Bezirks Oberbayern und weitere (auch somatische) Kliniken mit einbezogen werden. Von einem Experten wird eine Gewichtung der Netzwerkpartner auf die wichtigsten empfohlen. Auf die Frage nach den Faktoren welche die Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie noch positiv beeinflussen können, wurden viele wichtige Anregungen von den Experten gegeben. Als positive und wichtige Faktoren bei der Umsetzung und der Nachhaltigkeit des Angebotes wurde der Aufbau eines „neuen Sozialen Netzwerkes“ bei den Betroffenen als sehr wichtig erachtet. Die restlichen Experten bezogen sich vor allem auf Faktoren welche die konzeptionelle Umsetzung positiv beeinflussen könnten. Für die Klienten Akquise und für das Bekanntmachen des Angebotes wird als sehr wichtig erachtet, die ärztlichen Netzwerke (All-

gemeinärzte und Fachärzte) persönlich oder schriftlich über das Angebot zu informieren und die Ärzte zu akquirieren. Auch die Information über das Angebot und die Vorstellung des Angebotes bei den verschiedenen im Konzept aufgeführten Netzwerkpartnern, sowie auch bei Vereinen wie Sportvereine und VHS werden als positive Faktoren für die Umsetzung des Angebotes genannt. Bezogen auf die Krankenkassen als zuständige Leistungsträger würde laut der Experten eine lösungsorientiertere statt einer problemorientierten Herangehensweise und die generelle Unterstützung des Konzeptes die Ambulante Soziotherapie positiv beeinflussen.

In den letzten drei Fragestellungen werden die Experten gebeten sich zu Problemen die Auftreten könnten und sich zu Umsetzungsschwierigkeiten zu äußern. Die Experten haben in ihrer beruflichen Praxis bisher noch wenig bis keine Vorerfahrungen mit dem Angebot der Ambulanten Soziotherapie gemacht. In der Praxis wurde in Rosenheim auch vom SPDI bisher noch keine Ambulante Soziotherapie als Leistung angeboten, weil die Vorgaben der Krankenkassen vom Träger nicht zu erfüllen waren. Vom Suchthilfeträger Anthojo wurde, wie bereits in einem vorherigen Kapitel beschrieben bereits ein Antrag an die zuständige Krankenkasse zur Übernahme der Leistung Ambulante Soziotherapie gestellt, der jedoch abgelehnt wurde. Auch Herr Dr. Schormair, der die Berechtigung hat die Ambulante Soziotherapie zu verordnen, hat dies in der Praxis noch nie verordnet, weil bisher kein Soziotherapeutischer Leistungserbringer zur Verfügung stand. Die nächste Frage bezieht sich auch auf die Umsetzung des Konzepts und fragt nach weiteren Schwierigkeiten die sich aus Sicht der Experten ergeben könnten. Diese Frage wurde von den Experten aus mehreren Blickwinkeln betrachtet beantwortet. So wurden Schwierigkeiten genannt, welche die Zielgruppe und den Bedarf betreffen. Es wurden aber auch Schwierigkeiten gesehen, den Bedarf zu bemessen und entsprechende Erfolgskriterien zu definieren. Eine weitere Herausforderung wurde in der Breite des Leistungsspektrums und der Schwere der Erkrankungen und des Spektrums des Hilfebedarfs gesehen. Einige Experten sehen auch die Gefahr, dass die Ambulante Soziotherapie als Konkurrenzangebot zu den bestehenden Angeboten gesehen werden könnte. In der letzten Frage des Interviews sollen noch weitere Anregungen hinsichtlich des Konzepts oder der Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie genannt werden. Ein Experte regt aufgrund der besseren Effizienz Gruppenangebote an und eine katamnestiche Erhebung bei Patienten, die soziotherapeutisch betreut wurden. Eine weitere Anregung ist es die Fachambulanzen ab einer gewissen Phase der Behandlung in die aufsuchende Arbeit miteinzubeziehen.

Die Ergebnisse der Expertenbefragung lassen sich nun mit den eingangs gestellten Hypothesen abgleichen und es werden entsprechende Rückschlüsse daraus geknüpft.

Aufgrund der Rückmeldungen der Experten lässt sich hinsichtlich der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim die erste Hypothese eindeutig belegen. Die Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim weist Lücken auf. Diese Lücken können mit dem Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung weiter geschlossen werden. Der Bedarf nach einem solchen Angebot ist gegeben. Alle Experten hatten schon Betroffene, die durch die bisherigen Angebote der Versorgungsstruktur nicht bedarfsangemessen und passgenau unterstützt werden konnten und sehen in dem vorgestellten Angebot und Konzept das passende ergänzende Mosaiksteinchen.

Der Konzeptentwurf der entwickelt wurde erreicht die Zielgruppe der Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Auch diese Hypothese ist durch die Befragung eindeutig belegt. Die Zielgruppe sollte allerdings noch um die Menschen mit Essstörungen erweitert werden. Diese Anregung wird im Konzept noch miteingearbeitet und auch im Leistungsspektrum mit Angeboten welche auf diese Zielgruppe zutreffen ergänzt. Die Abgrenzung zu chronisch schwer kranken Menschen wird eher im Einzelfall getroffen, sobald das Angebot den Betroffenen nicht passgenau und bedarfsangemessen unterstützen kann. Das Phasenmodell kann zeitlich aufgrund der Vorgaben grundsätzlich nicht erweitert werden, aber die einzelnen Phasen werden je nach individuellem Bedarf angepasst. Das breit gefächerte Leistungsspektrum wird auch als sehr passend für die unterschiedlichen Bedarfe der Zielgruppe bewertet. Die Experten hatten noch einige Anregungen hinsichtlich der Ausweitung von Netzwerkpartnern. Diese werden im Konzept ergänzt und berücksichtigt.

In der dritten Fragestellung wurde nach Schwachstellen des Konzepts und nach Umsetzungsschwierigkeiten gefragt. Hinsichtlich der Umsetzung wurde angeregt, sowohl die Ärzte (Allgemeinärzte und Fachärzte) als auch die weiteren Netzwerkpartner schriftlich und persönlich über die Angebote der Ambulanten Soziotherapie zu informieren. Die Vorstellung des Angebotes kann in der Praxis in den entsprechenden Arbeitskreisen und durch Flyer erfolgen. Durch die persönliche Vorstellung des Angebotes kann die Abgrenzung zu bereits vorhandenen Angeboten der Suchtkrankenhilfe nochmal genauer dargestellt werden und somit Bedenken hinsichtlich des Entstehens von Konkurrenzangeboten widerlegt werden. Das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung stellt ein ergänzendes Angebot dar und kein Konkurrenzangebot. Die Bemessung des Hilfebedarfs und die Definition der Erfolgskriterien stellt auch bei anderen Angeboten der Suchtkrankenhilfe eine gewisse Schwierigkeit dar, weil die Einschätzung mitunter abhängig von der jeweiligen Tagesform des Betroffenen und deshalb sehr subjektiv sein kann. Die Anregung aufgrund der Effizienz auch therapeutische Gruppenangebote anzu-

bieten wird in das Konzept mitaufgenommen. Ob sie abgerufen werden hängt allerdings vom Bedarf der Klienten ab. Eine katamnestiche Erhebung wird in jedem Falle auch durchgeführt um ein Weiterbestehen des Angebotes zu belegen und zu rechtfertigen. Die sicherlich größte Hürde wird allerdings sein, die zuständigen Krankenkassen davon zu überzeugen, das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen für die Stadt und den Landkreis Rosenheim zuzulassen und dem Träger Anthojo einen Versorgungsvertrag anzubieten.

7 Ausblick

Die vorliegende Masterthesis beschäftigte sich mit der in § 37 a SGB V verankerter Leistung der Ambulanten Psychotherapie. Der Einschluss der Abhängigkeitserkrankungen in die Diagnosegruppen bei denen die Ambulante Psychotherapie verordnet werden kann wurde begründet und vorausgesetzt. Die Ambulante Psychotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen ist ein Angebot, welches die Versorgung der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und im Landkreis Rosenheim weiter optimieren kann und welches vorhandene Versorgungslücken weiter schließen kann. Die Krankenkassen als zuständige Leistungsträger der Ambulanten Psychotherapie haben das Angebot bisher nicht unterstützt und es kam auch im Einzelfall zu keiner Kostenzusage. Allerdings gab es zum Zeitpunkt der Beantragung der Einzelleistung auch noch kein fundiertes und evaluiertes Konzept. Das in dieser Arbeit vorgestellte und evaluierte Konzept wird in einzelnen Passagen wie im vorherigen Punkt beschrieben noch verändert und an die Ergebnisse der Experteninterviews angepasst. Mit dem Konzept soll dann versucht werden einen Versorgungsvertrag für die Leistung der Ambulanten Psychotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung mit einer Krankenkasse, zuerst mit der AOK Bayern zu erhalten. Das Konzept wurde für meinen Arbeitgeber den Ambulante Hilfen Anthojo erstellt. Der Träger erfüllt durch die Erfahrungen in der Eingliederungshilfe im BEW für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Menschen mit Doppeldiagnosen und durch die Vernetzung in der Versorgungsstruktur in der Stadt und im Landkreis Rosenheim sowohl die strukturellen als auch die fachlichen Voraussetzungen um die Ambulante Psychotherapie durchführen zu können.

Anhang A: Verordnung Soziotherapie gem. § 37 a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right;">geb. am</div> <hr/> Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status <hr/> Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	<h3 style="margin: 0;">Verordnung Soziotherapie gem. § 37a SGB V</h3>						
Diagnose (ICD-10)							
Schweregrad (lt. GAF-SKALA)	Die Erkrankung besteht seit <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"> <tr> <td style="width: 15px;">T</td><td style="width: 15px;">Y</td><td style="width: 15px;">M</td><td style="width: 15px;">M</td><td style="width: 15px;">J</td><td style="width: 15px;">J</td> </tr> </table>	T	Y	M	M	J	J
T	Y	M	M	J	J		
Art und Ausprägung der Fähigkeitsstörungen							
Art und Dauer der stationären Aufenthalte wegen dieser Erkrankung in den vergangenen 10 Jahren							
Anschrift und Telefonnummer des Versicherten Straße <hr/> PLZ Ort <hr/> Telefonnummer	Wurde ein gesetzlicher Betreuer bestellt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wenn ja, für welche Angelegenheiten? <hr/>						
Name, Anschrift und Telefonnummer des nächsten Angehörigen Name <hr/> Straße <hr/> PLZ Ort <hr/> Telefonnummer	Name, Anschrift und Telefonnummer des Betreuers Name <hr/> Straße <hr/> PLZ Ort <hr/> Telefonnummer						
Wohnform (z.B. alleinstehend in eigener Wohnung; Familie/Eltern; in Einrichtung)	Voraussichtliche Anzahl der Therapieeinheiten <hr/> Voraussichtliche Dauer der Therapie						
Beantragte Zahl der Therapieeinheiten <hr/> Bereits durchgeführte Leistungen							
Prognose							
Krankenhausbehandlung <input type="checkbox"/> wird vermieden <input type="checkbox"/> wird verkürzt <input type="checkbox"/> ist nicht ausführbar Begründung <hr/> Der soziotherapeutische Betreuungsplan ist beigelegt							
Original bitte zusammen mit dem soziotherapeutischen Betreuungsplan der Krankenkasse vorlegen	Ort und Datum <hr/>						
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; transform: rotate(-45deg); display: inline-block;"> Verbindliches Muster </div>							

HECO Altenburg und Oranienburg

Vertragarzstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 26a (1.2002)

Anhang B: Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37 a SGB V

Krankenkasse bzw. Kostenträger <hr/> Name, Vorname des Versicherten <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">geb. am</div> <hr/> Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status <hr/> Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum	<h3 style="margin: 0;">Soziotherapeutischer Behandlungsplan gem. § 37 a SGB V</h3> <p style="margin: 0;">(als Anlage zur Verordnung und zur Weiterleitung an die Krankenkasse)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> IK des Leistungserbringers <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 10px; height: 10px;"></td> </tr> </table> </div>																				
<p>Therapieziele (Nah- und Fernziele definieren)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																					
<p>Verordnete und empfohlene Maßnahmen, deren Inanspruchnahme zu koordinieren ist</p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p>6. _____</p> <p>7. _____</p> <p>8. _____</p> <p>9. _____</p>																					
<p>Durchführung der soziotherapeutischen Maßnahmen</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Art der Maßnahmen</th> <th style="width: 25%;">Frequenz pro Woche / Monat</th> <th style="width: 25%;">Zeitraum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																	
Art der Maßnahmen	Frequenz pro Woche / Monat	Zeitraum																			
RECO Altenberg und Grünstadt	Ausstellungsdatum <hr/> Original bitte zusammen mit der Verordnung der Krankenkasse vorlegen	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; transform: rotate(-45deg); font-weight: bold; font-size: 1.2em;"> Verbindliches Muster </div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">Datum</td> <td>Unterschrift des Therapeuten</td> </tr> <tr> <td style="width: 20%;">Datum</td> <td>Unterschrift des Patienten</td> </tr> </table>	Datum	Unterschrift des Therapeuten	Datum	Unterschrift des Patienten														
Datum	Unterschrift des Therapeuten																				
Datum	Unterschrift des Patienten																				
Muster 27a (1.2002)																					

Anhang C: Soziotherapeutische Dokumentation

Soziotherapeutische Dokumentation (Muster)

Name des Patienten

1. Koordinierung von verordneten Leistungen

Verordnete Leistung	Terminvereinbarung mit Leistungserbringer	Anmerkungen zur Durchführung, Probleme	Datum, Handzeichen

2. Soziotherapeutische Maßnahmen (z. B. Motivierung, Anleitung und Unterstützung des Patienten)

Ort, Datum	Dauer	Ziel der Maßnahmen	Inhalt der Maßnahme	Behandlungsverlauf und Entwicklung des Patienten (Teil-/Zielerreichung)	Handzeichen

3. Zusammenarbeit mit verordnendem Arzt und sonstigen Leistungserbringern

Datum	Besprechung und Zusammenführung von Behandlungsverlauf und -fortschritten	Handzeichen

Anlage
zum Entwurf der Gemeinsamen Empfehlungen der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V,
Stand: 15. Oktober 2001

Anhang D: DSM-IV Achse V: Globale Erfassung der Funktionsniveaus

- Erfolgt anhand der Global Assessment of Functioning Scale (GAF)
- Erfasst psychische, soziale und berufliche Funktionsbereiche
- Sollte sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen; in jedem Fall jedoch Angabe des Zeitraumes
- Skala zwischen 1 und 100

Code	
100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten, wird von anderen wegen einer Vielzahl positiver Qualitäten geschätzt, keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten interessiert und eingebunden in breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder –sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit) ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weiterschreitende Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen)
50-41	Ernstere Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsroutine, häufige Laden-diebstähle) ODER eine ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten)
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätsskontrolle oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigungen in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotziger und versagt in der Schule)
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahrnehmungen oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingemessen von Selbstmordgedanken) ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde)
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten (z.B. schmirt mit Kot)
10-1	ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation größtenteils inkohärent oder stumm) Ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen (z.B. wiederholte Ge-waltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht
0	Unzureichende Information

(Saß et al., 2003, S. 24-25)

Anhang E: Expertenfragebogen

Expertenfragebogen: Zum Konzept der Ambulanten Psychotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Experten und Expertinnen,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an der wissenschaftlichen Evaluation des Konzepts der Ambulanten Psychotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung mitzuwirken.

Das vorliegende Konzept wurde im Rahmen der Abschlussarbeit (Masterthesis) des postgradualen Masterstudiengangs (M.Sc.) an der Katholischen Stiftungshochschule Köln (KatHo NRW), Abteilung München entwickelt. Der nachfolgende Fragebogen bezieht sich auf das Ihnen vorliegende Konzept

Bitte schreiben Sie Ihre Antworten direkt nach der Frage in das Word-Dokument und senden mir diesen bis spätestens 18.05.2015 an folgende Email-Adresse: pauerhammer@googlemail.com
Mit Ihrer Teilnahme erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Angaben im Rahmen der Masterthesis ausgewertet werden. Bei Rückfragen stehe ich Ihnen selbstverständlich unter folgenden Kontaktdaten zur Verfügung: Petra Auerhammer, Frühlingstraße 31, 83022 Rosenheim Tel: 0170 3047080

Nach Abschluss der Evaluation erhalten Sie auf Wunsch die überarbeitete und evaluierte Masterthesis zu Ihrer Verfügung.

Angaben zur Person und zur Einrichtung/ Organisation des Experten, der Expertin

Name: _____

Funktion/ Position: _____

Einrichtung/ Organisation: _____

Hauptaufgabenbereich der Einrichtung/ Organisation: _____

Bedarf/ Versorgungsstruktur

1. Frage: Bisher gibt es das Angebot der Ambulanten Psychotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung in der Stadt und im Landkreis Rosenheim noch nicht. Das Angebot der Ambulanten Psychotherapie hebt sich vor allem im Ablauf der Begleitung (Gehstruktur) und in den Zugangsvoraussetzungen (es muss keine Bedürftigkeit im Sinne der Sozialhilfe gegeben sein und die Abstinenz ist keine Zugangsvoraussetzung) von den anderen Angeboten in der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe ab. Sehen Sie die Notwendigkeit für ein solches Angebot?

Antwort Frage 1:

2. Frage: Hatten oder haben Sie Patienten/ Klienten, die nicht passgenau und bedarfsangemessen durch die vorhandenen ambulanten Angebote der Versorgungsstruktur der Suchtkrankenhilfe in Stadt und Landkreis Rosenheim versorgt werden konnten.

Antwort Frage 2:

3. Frage: Hätte auf die in Punkt 2. genannten Patienten/ Klienten das Angebot der Ambulanten Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen besser gepasst.

Antwort Frage 3:**Inhalt/ Methoden**

4. Frage: Das Konzept bezieht sich auf alle substanzbezogenen Abhängigkeitserkrankungen und auf Menschen mit Doppeldiagnosen.

Wie beurteilen Sie die Festlegung auf die Zielgruppe?

Antwort Frage 4:

5. Frage: Der zeitliche und inhaltliche Rahmen wurde in Form eines Phasenmodells dargestellt. Die Ambulante Soziotherapie ist zeitlich sehr eng begrenzt, so können von minimal 30 Einheiten (Stunden) bis maximal 120 Einheiten (Stunden) in maximal drei Jahren verordnet werden. Was halten Sie von der zeitlichen und inhaltlichen Aufteilung des Phasenmodells?

Antwort Frage 5:

6. Frage: Das Leistungsspektrum der Ambulanten Soziotherapie ist im Konzept bewusst sehr weit gefasst, damit möglichst viele Hilfebedarfe abgedeckt werden können und damit möglichst wenig inhaltliche Ausschlusskriterien entstehen. Was halten Sie von einem sehr weit gefächerten Leistungsspektrum, welches sich nicht spezialisiert?

Antwort Frage 6:**Fragen zur Umsetzbarkeit**

7. Frage: Kennen Sie aus ihrem Arbeitsfeld Klienten oder Patienten, die vom Angebot der Ambulanten Soziotherapie profitieren können.

Antwort Frage 7:

8. Frage: Im Konzept wurden auch die Netzwerkpartner aufgeführt. Sind diese aus Ihrer Sicht (bezogen auf die Stadt und den Landkreis Rosenheim) abschließend oder fehlen noch wichtige Netzwerkpartner für die Zusammenarbeit?

Antwort Frage 8:

9. Frage: Welche Faktoren könnten die Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie noch positiv beeinflussen?

Antwort Frage 9:

Welche Probleme könnten auftreten/ Umsetzungsschwierigkeiten

10. Frage: Haben Sie in Ihrem jetzigen oder früheren Arbeitsbereichen bereits Erfahrungen mit Ambulanter Soziotherapie gemacht? Kam es zu Umsetzungsschwierigkeiten?

Antwort Frage 10:

11. Frage: Was könnte die Umsetzung des Konzepts für die Ambulante Soziotherapie noch beeinflussen? Welche Schwierigkeiten sind aus Ihrer Sicht zu erwarten?

Antwort Frage 11:

12. Frage: Haben Sie noch weitere Anregungen hinsichtlich des Konzepts oder der Umsetzbarkeit der Ambulanten Soziotherapie?

Antwort Frage 12:

Literaturverzeichnis

Ambulant Psychiatrischer Pflegedienst München gemeinnützige GmbH. (2011-2015). Homepage des Ambulant Psychiatrischen Pflegedienstes München gemeinnützige GmbH. Abgerufen am 15. 02. 2015 von http://www.appm-gmbh.de/index.php?id=10&no_cache=1

Ambulante Hilfen Anthojo. (2009). Individuelle Leistungsvereinbarung für das ambulant betreute Wohnen sowie für Tagesstätten zur Versorgung von Menschen mit seelischer Behinderung in Oberbayern. Rosenheim: Ambulante Hilfen Anthojo.

ANTHOJO Ambulante Hilfen Anthojo Rosenheim. (2009). Konzept. Rosenheim.

AOK-Bundesverband et al. (in der Fassung vom 29. November 2001). Gemeinsame Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 132b Abs. 2 SGB V zu den Anforderungen an die Leistungserbringer für Soziotherapie.

Bandura, A. (1976). Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozialkognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.

Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. (15. 12. 2013). Interpellation der SPD-Fraktion. Entwicklung der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung psychisch erkrankter, seelisch behinderter und suchtkranker Menschen in Bayern. Abgerufen am 07. 05. 2015 von https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksache/Basisdrucksachen/0000000001/0000000361_antwort.pdf

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. (26. 03. 2009). Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Abgerufen am 18. 02. 2015 von https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile

Beck, A. T., Wright, F. D., Newmann, C. F., & Liese, B. S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz/PVU.

Begutachtungs-Richtlinien Soziotherapie. (2002). Begutachtungs-Richtlinien. Ambulante Soziotherapie § 37 a SGB V.

Bezirk Oberbayern. (2012). Zweiter Sozialbericht des Bezirks Oberbayern im Rahmen der Gesamtsozialplanung. München: Bezirk Oberbayern.

Bohnsack, R.; Marotzki, W.; Meuser, M. (Hrsg.). (2011). Hauptbegriffe Qualitative Sozialforschung. 3., durchgesehene Auflage. Regensburg: Barbara Budrich Opladen & Farmington Hills.

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS). (Stand: 25.11.2008). vorläufige Orientierungshilfe zur Abgrenzung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII zu anderen sozialen Leistungen.

Die 83. Gesundheitsministerkonferenz der Länder. (01. 07. 2010). Top 10.1 Ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V; Optimierung der Umsetzung in den Ländern. Abgerufen am 14. 02. 2015 von http://www.gmkonline.de/?&nav=beschluesse_83&id=83_10.01

Dlabal, H. (2002). Das Marburger Modell: Setting übergreifende Akutbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen. In R. Schmidt-Zabel, & H. Kunze (Hrsg.), Mit und ohne Bett. Personenzentrierte Krankenhausbehandlung im Gemeindepsychiatrischen Verbund (S. 144-149). Bonn: Psychiatrie-Verlag gGmbH.

Fastabend, K., & Schneider, E. (2004). Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Berlin: Erich Schmid Verlag.

Feuerlein, W., Küfner, H., & Soyka, M. (1998). Alkoholismus-Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung-Folgen-Therapie. Stuttgart, New York: Thieme Verlag.

Gemeinsamer Bundesausschuss. (17. 01. 2008). Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie. Evaluationsbericht. Bericht der Geschäftsführung im Auftrag des Unterausschusses Soziotherapie. Abgerufen am 10. 04. 2014 von http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2516/2008-01-17-Evaluationsbericht-Soziotherapie_korr.pdf

Gollbach, S. (2013). Ambulante Begleitung in der Suchtkrankenhilfe - Ein verhaltenstherapeutisches Handbuch für die zieloffene zugehende Begleitung von Suchtkranken-. München.

Grawe, K. (2005). Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. Report Psychologie 7/8, S. 311.

Höfter, R. (2014). Suchterkrankungen. Brücken bauen am Übergang zwischen stationärer und ambulanter Behandlung . Wasserbug am Inn: kbo Inn-Salzach Klinik Wasserburg am Inn.

ICD-10. (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinische-diagnostische Leitlinien. Dilling H.; Mombour W.; Schmidt M. H. (Hrsg.). Bern: Hans Huber.

Kanfer, F., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2006). Selbstmanagement - Therapie. Ein Lehrbuch für die Praxis. 5. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

kbo Inn-Salzach-Klinikum . (2011). Psychiatrische Institutsambulanz, Flyer. kbo-ku.

kbo Inn-Salzach-Klinikum Rosenheim. (2011). Tagesklinik Rosenheim, Flyer. kbo-ku.

Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A., & Müller, M. (2006). Systemisches Case-Mangement. Falleinschätzung und Hilfeplanung in der Sozialen Arbeit. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Körkel, J. (2003). Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. In H.-P. Steingass (Hrsg.), Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige. Erfahrungen aus der Soziotherapie (S. 23-55). Geesthacht: Neuland-Verlagsgesellschaft.

Kreuzbund e.V. (Bundesverband) (Hrsg.). (2011). Sucht-Selbsthilfe wirkt mit starker Gemeinschaft. Hamm: Werbeagentur Stuckenberg & Gößling.

Krüger, U. (24. 02. 2010). Theorie und Praxis der ambulanten Soziotherapie. Ergebnisse und Evaluation. Vortrag am 24.02.2010 in Kassel. Abgerufen am 31. 03. 2014 von <http://www.apk-ev.de/Datenbank/downloads/Soziotherapie>

Kruse, J., & Hänlein, A. (Hrsg.). (2003). Gesetzliche Krankenversicherung. Lehr- und Praxiskommentar 2. Auflage. München/Kassel: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG.

Küfner, H., & Bühringer, G. (1996). Alkoholismus. In K. Hahlweg, & A. Ehlers, Psychische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie (S. 437-512). Göttingen: Hogrefe Verlag.

Landkreis Rosenheim. (2015). Landkreis Rosenheim. Abgerufen am 17. 05. 2015 von <http://www.landkreis-rosenheim.de>

Lindemeyer, J. (2005). Alkoholabhängigkeit. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford Press.

Melchinger, H. (1999). Ambulante Soziotherapie. Evaluation und analytische Auswertung des Modellprojektes "Ambulante Rehabilitation psychisch Kranker" der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.

Meuser, M., & Nagel, U. (2010). Experteninterviews-wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In B. Fiebertshäuser, A. Langer, & A. Prengel (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft (S. 457-471). Weinheim: Juventa Verlag.

Meyers, R. J., & Smith, J. E. (2009). Mit Suchtfamilien arbeiten. CRAFT: Ein neuer Ansatz für die Angehörigenarbeit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Motivierende Gesprächsführung. 3. unveränderte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- neon Prävention und Suchthilfe Rosenheim. (2014). Ambulante medizinische Rehabilitation Sucht (ARS) Flyer. Rosenheim: neon Prävention und Suchthilfe Rosenheim.
- Nowack, N. (Dezember 2002). Ambulante Soziotherapie. Bisher ein Papiertiger. Deutsches Ärzteblatt. PP. Heft 12, S. 546-547.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M., & Rossie, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59 (2), S. 295-304.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 4., erweiterte Auflage. München: Oldenburg Verlag.
- Psych PV. (18. 12. 1990). Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie (Psychiatrie -Personalverordnung-Psych PV). Abgerufen am 01. 04. 2014 von <http://www.gesetze-im-internet.de/psych-pv/BJNRO29300990.html>
- Rahmenvertrag zwischen der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Rheinland Pfalz und den Krankenkassen. (01. 12. 2002). Rahmenvertrag gemäß § 132 b SGB V über die einheitliche Versorgung mit Leistungen der Soziotherapie gemäß § 37 a SGB V in Rheinland Pfalz. Abgerufen am 10. 04. 2014 von http://www.vdek.com/LVen/RLP/Vertragspartner/Pflege/Soziotherapie/Rahmenvertrag_Soziotherapie.pdf
- Reker, M. (25. 08. 2009). Community Reinforcement Approach. Neue Konzepte in der stationären Suchttherapie: Welche Vorteile bietet der amerikanische CRA Ansatz. Abgerufen am 25. 02. 2015 von http://nls-online.de/home16/index.php/downloads/cat_view/3-nls-jahrestagungen/17-2009-innovativ-in-das-naechste-jahrzehnt
- Rössler, W., Melchinger, H., & Schreckling, S. (2012). Die ambulante Soziotherapie nach § 37a SGB V ist gescheitert. *Psychiatrische Praxis* 2012; 39 (03), S. 106-108.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudis, M., & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen - Textrevison- DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Schlagloth-Kley, C. (2008). Master-Thesis. Ambulante Soziotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung-eine nicht genutzte Ressource zur Behandlung von Suchtkranken. Köln.
- Schwoon, D. (2008). *Basiswissen. Umgang mit alkoholabhängigen Patienten*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- SGB Sozialgesetzbuch I-XII. (2014). München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Soyka, M., & Kűfner, H. (2008). Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen - Therapie. 6. Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.

Soziotherapie-Richtlinien. (30. November 2001). Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Durchführung der Soziotherapie. Soziotherapie-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt/ JG 98/ Heft 48, S. A 3232 - A3235.

Stadt Rosenheim. (2013). Informationen in Zahlen und Stichworten. Rosenheim: Stadt Rosenheim.

Tretter, F. (Hrsg.). (2008). Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag.

Wienberg, G. (2009). Was könnte wirklich weiter helfen? -Probleme und innovative Lösungsstrategien in der Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen. In R. Schmidt-Zabel, N. P rksen, & A. Heinz (Hrsg.), Die Zukunft der Suchthilfe in Deutschland - Von der Person zur integrierten Hilfe im regionalen Verbund. Aktion Psychisch Kranke. Tagungsbericht Berlin, 18./19. Juni 2009 (S. 32-53). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Wittchen, H.-U., & Jacobi, F. (14. 06. 2012). DEGS Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Was sind die häufigsten Störungen in Deutschland? Abgerufen am 15. 02. 2015 von https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile

Eidesstattliche Versicherung

Name: **Auerhammer**

Vorname: **Petra**

Matrikel-Nr.: **505921**

Studiengang: **Suchthilfe, Abteilung München**

Hiermit versichere ich, Petra Auerhammer, an Eides statt, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel „Ambulante Soziotherapie für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung - Entwicklung eines Konzepts unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungsstruktur im Bereich der Suchtkrankenhilfe in der Stadt und dem Landkreis Rosenheim“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinne nach anderen Werken entnommen wurden, sind in jedem Fall unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Die Arbeit ist noch nicht veröffentlicht oder in anderer Form als Prüfungsleistung vorgelegt worden.

Rosenheim, den 20.07.2015

Petra Auerhammer