

Lausanne, 16. April 2022

Nachsorge im Suchtbereich – Literaturanalyse und Konzepterstellung für die Schweiz

Forschungsbericht Nr. 138

Ivo Krizic

Dieser Schlussbericht wurde erstellt im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Vertrag Nr. 142004526 / 321.4-4/44).

Dank

Herzlichen Dank an das Bundesamt für Gesundheit für die Erteilung des Auftrags und insbesondere an Marc Wittwer, Jann Schumacher und Simona de Berardinis für die konstruktiven Kommentare und Rückmeldungen im Verlauf des Projekts. Ein grosser Dank für die ausgezeichnete Zusammenarbeit in der Entwicklung und Durchführung des Projekts gilt unseren Partnerorganisationen, im Speziellen Stefanie Knocks und Lisa Pfister (Fachverband Sucht), Jean-Félix Savary, Hervé Kündig und Romain Bach (GREA) und Marcello Cartolano (Ticino Addiction). Weiterhin danken wir ganz herzlich Regine Rust, Cédric Perriard, Samuel Hunziker und Elisabeth Granacher, die mit ihren wertvollen Rückmeldungen im Rahmen des Experten-Workshops das Verständnis der Nachsorge aus der Perspektive der Praxis beleuchtet haben.

Ein grosses Dankeschön geht auch an Roxane Coquoz für ihren Beitrag zur Literaturanalyse, Frank Zobel und Etienne Maffli für wertvolles Feedback zu früheren Berichtsentwürfen, und Jeanne Vorlet und Chiara Buono für ihre Unterstützung bei der Übersetzung.

Impressum

| | |
|----------------|--|
| Auskunft: | Dr. Ivo Krizic, Tel. ++41 (0)21 321 29 94 ikrizic@addictionsuisse.ch |
| Bearbeitung: | Ivo Krizic |
| Grafik/Layout: | Sucht Schweiz |
| Copyright: | © Sucht Schweiz Lausanne 2022 |
| ISBN | 978-2-88183-282-6 |
| Zitierhinweis: | Krizic, I. (2022). Nachsorge im Suchtbereich – Literaturanalyse und Konzepterarbeitung für die Schweiz (Forschungsbericht Nr. 138). Lausanne: Sucht Schweiz. |

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| Abbildungsverzeichnis | 3 |
| Zusammenfassung | 4 |
| Résumé | 5 |
| Riassunto | 7 |
| A Einleitung | 9 |
| B Methodik | 10 |
| C Literaturübersicht | 12 |
| 1 <i>Die konzeptuelle Entwicklung des Nachsorgebegriffs in der (englischsprachigen) Forschungsliteratur</i> | 12 |
| 2 <i>Empirische Forschung zur Nachsorge</i> | 14 |
| 2.1 <i>Nachsorge-Instrumente</i> | 14 |
| 2.2 <i>Dauer und Intensität</i> | 16 |
| 2.3 <i>Institutionelles Setting und Übergänge</i> | 17 |
| 2.4 <i>Wirksamkeitsdimensionen</i> | 18 |
| 3 <i>Nachsorgeansätze öffentlicher Institutionen in der Schweiz und in ausgewählten Nachbarländern</i> | 19 |
| 3.1 <i>Die Konzeptualisierung von Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland</i> | 19 |
| 3.2 <i>Nachbetreuung im Land Salzburg</i> | 21 |
| 3.3 <i>Nachsorge im Kanton Basel-Stadt</i> | 22 |
| D Konzeptualisierung der Nachsorge für die Schweiz | 23 |
| 1 <i>Definition</i> | 24 |
| 2 <i>Stabiler Zustand des Suchtverhaltens</i> | 24 |
| 3 <i>Intensität und Dauer in der Nachsorge</i> | 26 |
| 4 <i>Fokussierung auf psychosoziale Themen</i> | 29 |
| 5 <i>Institutionelles Setting: Ambulante Nachsorge und (teil-) stationäre Übergangslösungen</i> | 31 |
| 6 <i>Nachsorge-Instrumente und Ansätze</i> | 33 |
| 7 <i>Nachsorge, integrierte Zusammenarbeit und case management</i> | 34 |
| 8 <i>Angrenzende Unterstützungssysteme</i> | 35 |
| 9 <i>Wirksamkeitsdimensionen</i> | 37 |
| E Zusammenfassung und Diskussion der Workshop-Ergebnisse | 38 |
| F Empfehlungen für das weitere Vorgehen | 41 |
| Literatur | 44 |
| Anhang | 57 |
| <i>Anhang I: Wirksamkeitsdimensionen und Beispiele der Operationalisierung</i> | 57 |
| <i>Anhang II: Literaturbeispiel zur Messung von Wirksamkeitsdimensionen (Mellentin et al., 2016)</i> | 61 |
| <i>Anhang III: Beispiele von Nachsorge-Definitionen aus der Literatur</i> | 62 |

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Nachsorge im Versorgungssystem der Suchthilfe..... 28

Abbildung 2: Einordnung von Bestandteilen der Nachsorge-Definition 38

Zusammenfassung

Einleitung und Ziele

Abhängigkeitserkrankungen erstrecken sich häufig über einen langen Zeitraum, in dem die betroffenen Personen mehrfach Phasen der Stabilisierung und des erneuten Bedarfs nach professioneller Behandlung durchlaufen. Das Konzept der „Nachsorge“ steht wie kein anderes für die Bemühungen des Suchthilfe-Sektors, betroffene Menschen im Anschluss an eine Suchttherapie auf ihrem weiteren Weg zur selbständigen Lebensbewältigung zu begleiten und Rückfällen entgegenzuwirken. Dementsprechend hat die Idee der Nachsorge auch Eingang gefunden in die vom Bundesrat verabschiedete Nationale Strategie Sucht 2017-2024, in der die Nachsorge als Bestandteil des Handlungsfelds „Therapie und Beratung“ Erwähnung findet.

Trotz der Bedeutung des Konzepts ist der Wissensstand zur Nachsorge und zu aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen in diesem Bereich eher gering. Vor diesem Hintergrund stellt der vorliegende Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit die themenbezogene wissenschaftliche und graue Literatur vor. Darauf basierend wird eine Konzeptualisierung der Nachsorge für die Schweiz erarbeitet inklusive der Wirksamkeitsdimensionen, die Nachsorge ausmachen.

Methodisches Vorgehen

Die Definition basiert auf einer Analyse der themenbezogenen wissenschaftlichen und grauen Literatur in englischer, deutscher und französischer Sprache. Relevante Arbeiten wurden über eine Schlagwortsuche in den Datenbanken PubMed sowie google scholar und google recherchiert. Die Suche wurde auf Beiträge aus dem Suchtbereich konzentriert und durch zentrale Schlagworte auf die Nachsorgedimension begrenzt. Dies betrifft insbesondere den Begriff *aftercare* (bzw. Nachsorge/*postcure*) sowie den Begriff *continuing care*, der in jüngerer Zeit vermehrt in der englischsprachigen Nachsorgeliteratur Verwendung findet. Zudem wurden relevante Arbeiten zu angrenzenden Konzepten und Modellen in die Analyse einbezogen, beispielsweise Erkenntnisse aus der Forschung zu *recovery* und dem Transtheoretischen Modell (Kelly & White, 2010; Prochaska et al., 1993). Des Weiteren wurden Behördenberichte aus verschiedenen Ländern und Regionen, aber auch Nachsorge-Konzepte von beispielhaft ausgewählten Suchthilfe-Einrichtungen in der Schweiz in die Analyse einbezogen.

Kurzdefinition

Die Literaturanalyse mündete in der folgenden, als vorläufig zu erachtenden Kurzdefinition der Nachsorge, welche in Kapitel D des Berichts ausführlich vorgestellt wird:

Nachsorge im Suchtbereich richtet sich an alle Personen, die sich nach einer intensiveren Behandlungsphase (Entzug/Entwöhnung) in einem stabilisierten Suchtzustand der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums befinden. Sie umfasst alle Massnahmen und Aktivitäten, die darauf abzielen, diese Personen auf ihrem weiteren, von grösserer Eigenständigkeit geprägten Weg der biologischen, psychischen und sozialen Festigung zu begleiten. Hierbei rücken psychosoziale Massnahmen gegenüber medizinisch-therapeutischen in den Vordergrund.

Nachsorge findet vorwiegend ambulant statt. Mögliche (teil-)stationäre Nachsorgeangebote sind i.d.R. als Übergangsformen ausgelegt, die in die ambulante Nachsorge münden. Nachsorge zeichnet sich weiterhin aus durch eine geringere Intensität der institutionellen Begleitung im Vergleich zum vorgelagerten Behandlungsangebot bei gleichzeitiger Flexibilität in Bezug auf den Einzelfall und die Dauer der Nachsorge. Durch den Einsatz von „case management“ (Fallbegleitung) wird eine lückenlose Anbindung zwischen der Nachsorge und den intensiveren Behandlungssettings sichergestellt, und die Vernetzung mit den angrenzenden Unterstützungssystemen des öffentlichen Sektors und der Selbsthilfe gefördert.

Workshop-Diskussion und Empfehlungen

Der Konzept-Entwurf zur Nachsorge wurde am 13.12.2021 in einem Online-Workshop mit Personen aus der Suchthilfe-Praxis, den Schweizer Fachverbänden im Suchtbereich (Fachverband Sucht, GREA, Ticino Addiction) und dem Bundesamt für Gesundheit diskutiert. Aus diesem Austausch geht hervor, dass die erarbeitete Nachsorge-Definition sich weitgehend mit der Verwendung des Konzepts im deutschschweizerischen Raum deckt, während die Nutzung des Konzepts in den französisch- und italienischsprachigen Landesteilen weniger ausgeprägt scheint. Es kann weiterhin festgehalten werden, dass der mit einem linearen, einspurigen Behandlungsverlauf konnotierte Nachsorge-Begriff eine gewisse Realitätsferne aufweisen kann, insbesondere im Fall von langjährigen und zyklischen Suchtverläufen, bei denen sich intensive Behandlungsepisoden mit weniger intensiven Phasen abwechseln. Wie aus diesem Bericht ersichtlich spiegelt sich diese Einsicht auch in der Literatur wider, in der der Nachsorge-Begriff (*aftercare*) vermehrt durch den Ausdruck der fortführenden Begleitung (*continuing care*) abgelöst wird (MacLean et al. 2021). Eine solche begriffliche Anpassung scheint auch für den Schweizer Kontext begrüssenswert um Missverständnisse auszuräumen und die zeitgemässere Idee hinter dem Nachsorge-Begriff zum Ausdruck zu bringen. Diese besteht im Wesentlichen darin, dass das Versorgungssystem eine fortlaufende Begleitung bereithält, nachdem Menschen eine intensive krisenbedingte Behandlungsepisode durchlaufen haben und ein gewisses (und meist fragiles) Mass an Stabilisierung errungen haben.

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse wird empfohlen, eine inhaltliche Vertiefung der Thematik vorzunehmen, in der die Behandlungsverläufe von Personen mit einer Suchterkrankung eingehender untersucht werden. Im Austausch mit Suchthilfe-Einrichtungen und betroffenen Personen kann so ein vertieftes Verständnis darüber gewonnen werden, wie die zentralen Elemente der Nachsorge-Definition in der Praxis eingeschätzt werden, insbesondere die Intensität des fortführenden Begleitungsangebots, das für den Eintritt notwendige Mass an Stabilisierung des Suchtzustands und die Koordination mit angrenzenden Versorgungsangeboten.

Résumé

Introduction et objectifs

Les maladies de dépendance s'étendent souvent sur une longue période, au cours de laquelle les personnes concernées passent plusieurs fois par des phases de stabilisation et de nouveaux besoins de traitement professionnel. Le concept de "postcure" reflète les efforts menés par le secteur de l'aide aux dépendances après un traitement, pour accompagner les personnes concernées dans la poursuite de leur parcours vers la gestion autonome de leur vie et pour contrer les rechutes. En conséquence, l'idée de la postcure a également été intégrée dans la Stratégie nationale Addictions 2017-2024 adoptée par le Conseil fédéral, dans laquelle la postcure est mentionnée comme partie intégrante du champ d'action "thérapie et conseil".

Malgré l'importance de ce concept, le niveau de connaissances sur la postcure et les développements scientifiques à ce sujet est plutôt faible. Dans ce contexte, le présent rapport, rédigé sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique, présente la littérature scientifique et la littérature grise relative à ce thème. Sur cette base, le rapport élabore une conceptualisation des soins de postcure pour la Suisse, y compris les dimensions d'efficacité qui les caractérisent.

Approche méthodologique

La définition se base sur une analyse de la littérature scientifique et grise en anglais, allemand et français. Les travaux pertinents ont été recherchés par le biais d'une recherche par mot-clé dans les bases de données PubMed ainsi que google scholar et google. La recherche s'est concentrée sur les contributions du domaine des addictions et a été limitée à la dimension de la postcure par les principaux mots-clés qui y réfèrent. Cela concerne en particulier le terme *aftercare* (ou *postcure*) ainsi que le terme *continuing care*, qui est de plus en plus utilisé

dans la littérature anglophone sur la postcure. En outre, des travaux pertinents sur des concepts et des modèles adjacents ont été inclus dans l'analyse, par exemple les connaissances issues de la recherche sur le rétablissement (*recovery*) et le modèle transthéorique (Kelly & White, 2010 ; Prochaska et al., 1993). De plus, des rapports des autorités de différents pays et régions, ainsi que des concepts de postcure d'institutions d'aide aux personnes dépendantes choisies à titre d'exemple en Suisse, ont été intégrés dans l'analyse.

Brève définition

L'analyse de la littérature a abouti à la définition succincte suivante, considérée comme provisoire, de la postcure, qui est présentée en détail au chapitre D du rapport :

« La postcure dans le domaine des addictions s'adresse à toutes les personnes qui, après une phase de traitement plus intensive (sevrage/désintoxication), se trouvent dans un état stabilisé d'abstinence ou de consommation contrôlée. Elle comprend toutes les mesures et activités qui visent à accompagner ces personnes dans la poursuite de leur parcours de consolidation physiologique, psychique et sociale caractérisé par une plus grande autonomie. Dans ce contexte, les mesures psychosociales prennent le pas sur les mesures médico-thérapeutiques.

La postcure se déroule principalement dans un cadre ambulatoire. Les éventuelles offres de postcure (semi-) résidentielles sont généralement conçues comme des formes de transition qui débouchent sur une postcure ambulatoire. La postcure se caractérise en outre par une moindre intensité de l'accompagnement institutionnel par rapport à l'offre de traitement qui la précède, tout en offrant une certaine flexibilité par rapport aux besoins particuliers et à la durée du suivi. Le recours au "case management" (suivi des parcours) permet d'assurer le lien entre la postcure et les offres de traitement plus intensives, tout en favorisant la mise en réseau des dispositifs de soutien apparentés, tant du domaine public que de l'entraide. »

Discussion en atelier et recommandations

La proposition de la conceptualisation de postcure a été discutée le 13.12.2021 dans le cadre d'un atelier en ligne avec des personnes issues de la pratique de l'aide aux personnes dépendantes, des associations professionnelles suisses dans le domaine des addictions (Fachverband Sucht, GREA, Ticino Addiction) et de l'Office fédéral de la santé publique. Il ressort de ces échanges que la définition de la postcure élaborée correspond largement à l'utilisation du concept dans l'espace suisse alémanique, alors que l'utilisation du concept semble moins répandue dans les parties francophones et italophones du pays. On peut encore noter que la notion de postcure, qui donne l'impression d'un parcours de traitement linéaire et monotone, peut présenter un certain décalage avec la réalité, notamment dans le cas de parcours d'addictions longs et cycliques, alternant des épisodes de traitement intensif et des phases moins intenses. Comme le montre ce rapport, cette prise de conscience se reflète également dans la littérature, dans laquelle le terme de postcure (*aftercare*) est de plus en plus remplacé par l'expression d'accompagnement continu (*continuing care*) (MacLean et al. 2021). Une telle adaptation conceptuelle semble également souhaitable dans le contexte suisse, afin de dissiper les malentendus et de relever l'idée plus moderne se cachant derrière le terme de postcure. Cela consiste essentiellement à ce que le système de soins offre un accompagnement continu aux personnes après avoir traversé un épisode de traitement intensif lié à une crise et après avoir atteint un certain degré (généralement fragile) de stabilisation.

Au vu de ces résultats, il est recommandé d'approfondir le sujet en examinant les parcours de traitement des personnes souffrant d'une addiction. L'échange avec les institutions d'aide aux personnes dépendantes et les personnes concernées permettrait ainsi de mieux comprendre comment les praticiens évaluent les éléments centraux de la définition de la postcure, notamment l'intensité de l'offre d'accompagnement continu, le degré de stabilisation de l'état de dépendance nécessaire à l'admission et la coordination avec les offres de soins adjacentes.

Riassunto

Introduzione e obiettivi

I problemi di dipendenza si estendono spesso su un lungo periodo di tempo, nel corso del quale le persone implicate vivono molteplici fasi di stabilizzazione e nuove esigenze di trattamento professionale. Il concetto di “post-cura” (*aftercare*), introdotto già a partire dal XIX secolo, rappresenta al meglio gli sforzi compiuti dal settore del sostegno alle persone con problemi di dipendenza dopo un trattamento, con lo scopo di sostenerle nel loro cammino verso l'autonomia e di prevenire le ricadute. Di conseguenza, l'idea di post-cura è stata integrata anche nella Strategia nazionale dipendenze 2017-2024 adottata dal Consiglio federale, in cui la post-cura è indicata come facente parte del campo d'azione “terapia e consulenza”.

Nonostante l'importanza che questo concetto ricopre, il livello delle conoscenze e degli attuali sviluppi scientifici nel settore della post-cura è piuttosto basso. In questo contesto, il presente rapporto, commissionato dall'Ufficio federale della sanità pubblica, presenta la letteratura scientifica e la letteratura grigia relativa a questo argomento. Sulla base di questa ricerca, il rapporto elabora una concettualizzazione della post-cura adatta per la Svizzera e include anche le dimensioni di efficacia che la caratterizzano.

Approccio metodologico

La definizione è basata su un'analisi della letteratura scientifica e grigia, redatta in inglese, tedesco e francese. I lavori rilevanti sono stati individuati attraverso una ricerca per parole chiave, effettuata nelle banche dati di PubMed, Google Scholar e Google. La ricerca si è concentrata sui contributi del campo delle dipendenze ed è stata limitata alla dimensione della post-cura, grazie alle principali parole chiave che vi si riferiscono. Queste riguardano in particolar modo i termini “*aftercare*” (o post-cura) e “*continuing care*”, che risulta essere sempre più diffuso nella letteratura in lingua inglese. Inoltre, nell'analisi sono stati inclusi alcuni lavori rilevanti che portano su concetti e modelli correlati, come ad esempio le conoscenze acquisite grazie alla ricerca sul recupero (*recovery*) e il modello transteorico (Kelly & White, 2010; Prochaska et al., 1993). Infine, alcuni rapporti redatti dalle autorità di diverse nazioni e paesi, così come i concetti di post-cura impiegati dagli istituti di aiuto alle persone con una dipendenza, selezionati in Svizzera a titolo di esempio, sono stati integrati nell'analisi.

Breve definizione

L'analisi della letteratura ha portato alla seguente breve definizione di post-cura, che è da considerare provvisoria e che viene presentata più nel dettaglio nel capitolo D del rapporto:

“La post-cura nell'ambito delle dipendenze è destinata a tutte le persone che, dopo una fase di trattamento più intenso (astinenza/disintossicazione), si trovano in uno stato stabilizzato di astinenza o di consumo controllato. Comprende tutte le misure e le attività volte ad accompagnare queste persone nel proseguimento del loro percorso di consolidamento fisiologico, psicologico e sociale, caratterizzato da una maggiore autonomia. In questo contesto, le misure psicosociali hanno una rilevanza maggiore rispetto alle misure mediche e terapeutiche.

La post-cura si svolge principalmente in un contesto ambulatoriale. Gli eventuali servizi di post-cura (semi)residenziali sono generalmente intesi come forme di transizione che portano alla post-cura ambulatoriale. La post-cura è inoltre caratterizzata da un'intensità minore di sostegno istituzionale rispetto all'offerta di trattamento che la precede, ma allo stesso tempo offre una certa flessibilità a seconda delle esigenze particolari e della durata del *follow-up*. Il ricorso al *case management* assicura un collegamento tra la post-cura e i servizi di trattamento più intensivi e, allo stesso tempo, promuove la connessione tra i vari servizi di supporto, sia pubblici sia di auto-aiuto.”

Discussione avvenuta durante il workshop e raccomandazioni

La concettualizzazione proposta della nozione di post-cura è stata discussa durante un workshop effettuato online il 13.12.2021, con la partecipazione di persone implicate nel settore del sostegno alle persone con problemi di dipendenza, di associazioni professionali svizzere di aiuto per le dipendenze (Fachverband Sucht,

GREa, Ticino Addiction) e dell'Ufficio federale della sanità pubblica. Grazie a questi scambi è emerso che la definizione di post-cura coincide in gran parte con l'uso del concetto nella Svizzera tedesca, mentre sembra essere meno diffusa nella Svizzera francese e italiana. Bisogna inoltre notare che il concetto di post-cura, che dà l'impressione di un percorso di trattamento lineare e monotono, può essere in contrasto con la realtà, soprattutto nel caso di percorsi di dipendenza lunghi e ciclici, in cui episodi di trattamento intensivo si alternano a fasi meno intense. Come si evince dal presente rapporto, questa consapevolezza si riflette anche nella letteratura esistente, in cui il termine "post-cura" (*aftercare*) viene sempre più sostituito dall'espressione "accompagnamento continuo" (*continuing care*) (MacLean et al. 2021). Un tale adattamento concettuale sembra auspicabile anche nel contesto svizzero, al fine di eliminare i malintesi e evidenziare l'idea più moderna che si nasconde dietro al termine post-cura. In sostanza, questa indica che il sistema di assistenza offre un accompagnamento continuo dopo che le persone hanno seguito un trattamento intensivo legato alla crisi e hanno raggiunto un certo (di solito fragile) grado di stabilizzazione.

Alla luce di questi risultati, si raccomanda di approfondire l'argomento esaminando i percorsi di trattamento offerti alle persone che soffrono di una dipendenza. Grazie allo scambio con gli istituti di aiuto per le dipendenze e con le persone direttamente colpite, è possibile capire meglio come gli operatori valutano, nella pratica, gli elementi centrali della definizione di post-cura, e in particolare l'intensità dell'offerta di accompagnamento continuo, il grado di stabilizzazione dello stato di dipendenza necessario per l'ammissione e il coordinamento con le offerte di cura correlate.

A Einleitung

Abhängigkeitserkrankungen stellen für viele der betroffenen Menschen eine langwierige Problematik dar, die durch das Durchlaufen einer punktuellen Suchttherapie allein nicht nachhaltig gelöst werden kann. Dies wird deutlich in der hohen Rückfallquote im Suchtbereich, die gemäss Literatur ein Jahr nach der Behandlung auf 40-60% geschätzt wird (Beaulieu et al., 2021). Die Ergebnisse des im Schweizer Suchtbereich etablierten Klientenmonitoringsystems *act-info* deuten in eine ähnliche Richtung: Die meisten Personen, die eine Suchttherapie antreten, haben bereits zuvor zumindest einmal das Suchthilfesystem für eine Behandlungsepisode in Anspruch genommen (Maffli et al., 2021).¹ Das bereits im 19. Jahrhundert eingeführte Konzept der „Nachsorge“ steht wie kein anderes für die Bemühungen des Suchthilfe-Sektors, betroffene Menschen im Anschluss an eine Suchttherapie auf ihrem weiteren Weg zur selbständigen Lebensbewältigung zu begleiten und rückläufigen Bewegungen entgegenzuwirken. Im Allgemeinen „können als Nachsorge alle Maßnahmen im Anschluss an eine Behandlung bezeichnet werden, die der Stabilisierung von zuvor veränderten Einstellungen oder Verhaltensweisen und der Reintegration in das soziale Umfeld dienen“ (Haller, 2012, S. 58).

Die Idee der Nachsorge ist auch im Kontext der schweizerischen Suchthilfe von Bedeutung. Im Rahmen des Massnahmenplans zur Nationalen Strategie Sucht sollen Menschen mit Suchtproblemen wirksame und umfassende Hilfe erhalten, um ihr Verhalten im Zusammenhang mit der Suchterkrankung zu überwinden oder dieses zu kontrollieren (Ziel Nr. 2, Massnahmenplan Sucht). Der Bundesrat verpflichtet sich in diesem Zusammenhang, „die Nachsorge und Beratung sicherzustellen“, und zielt unter Massnahme 2.1 auf die „Förderung und Weiterentwicklung der psychosozialen ambulanten und der sozialtherapeutischen stationären Suchthilfe“ (Der Bundesrat, 2020, S. 17).

Trotz der Bedeutung des Konzepts ist der Wissensstand zur Nachsorge und zu aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen in diesem Bereich eher gering. Vor diesem Hintergrund stellt der vorliegende Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit die themenbezogene wissenschaftliche und graue Literatur vor, und erarbeitet darauf basierend eine Konzeptualisierung der Nachsorge für die Schweiz inklusive der Wirksamkeitsdimensionen, die Nachsorge ausmachen. Durch das so entwickelte Fundament soll zu einem einheitlichen Verständnis von Nachsorge in der Schweiz beigetragen werden und den Anbietern von Nachsorgeleistungen eine Wissensgrundlage an die Hand gegeben werden, um ihre Angebote und Wirksamkeitsmessungen auf einer evidenzbasierten Basis zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Der Bericht steht somit im Zeichen der Massnahme 12 des vom Bundesrat vorgelegten Berichts „Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik“, in der die „konzeptuelle Unterstützung beim Aufbau von Angeboten der Suchthilfe und Suchtbehandlung“ hervorgehoben wird (Der Bundesrat, 2021, S. 62).

Die in diesem Bericht vorgestellte Nachsorge-Konzeptualisierung lässt sich wie folgt zusammen:

- Nachsorge bzw. fortführende Begleitung ist Teil eines Versorgungskontinuums, das darauf ausgerichtet ist, Menschen mit einer Suchterkrankung möglichst nahtlos jeweils diejenige Versorgung zugutekommen zu lassen, die ihren Bedürfnissen und Vorstellungen entspricht.
- Nachsorge ist eine Angebotsform für Personen, die eine fortführende Begleitung von geringerer *Betreuungsintensität* benötigen im Vergleich zu den meisten anderen Angeboten des

¹ Dies bezieht sich in erster Linie auf Personen mit den Hauptproblemen Opioiden, Alkohol oder Kokain. Personen mit Cannabis als Hauptproblem bilden die Ausnahme mit einem klar höheren Anteil an erstmaligen Behandlungen.

Versorgungskontinuums (z.B. medizinisch-stationäre Behandlung), wobei die weniger intensive Betreuung dennoch kostspielig sein kann.

- Nachsorge setzt ein gewisses Mass an *Suchtstabilität* voraus. Der vorhandene Stabilisierungsgrad mag fragil sein, aber er ist erkennbar in einem weitgehend abstinenten oder kontrollierten Konsumverhalten und der Bereitschaft und Zuversicht einen solchen Zustand langfristig aufrechtzuerhalten. Der bereits in gewisser Masse eingesetzte Stabilisierungsprozess grenzt die Nachsorge ab von anderen, niederschweligen Beratungs-/Unterstützungsangeboten in der Suchthilfe im Bereich der Schadensminderung wie „Gassenarbeit“ oder „Housing First“, die keine Bedingungen an das Suchtverhalten stellen.
- Nachsorge fokussiert auf *psychosoziale Themen* wie die Förderung des sozialen Netzes, der Arbeitsmarktintegration und einer stabilen Wohnsituation. Solche Themen werden nicht nur in der Nachsorge bearbeitet, aber sie nehmen hier einen zentralen Stellenwert ein.
- Die Wirksamkeit von Nachsorge-Instrumenten (z.B. regelmässige Recovery Management Check-ups oder klassische Einzel- und Gruppengespräche) lässt sich anhand der Fortschritte messen, die die betroffenen Personen im Bereich der Suchtstabilität und der psychosozialen Ziele im Verlauf der Nachsorge machen.

Der Bericht ist wie folgt strukturiert: Nach der Erläuterung des methodischen Vorgehens (Kapitel B) stellt Kapitel C die darauf basierende Literaturübersicht vor, wobei konzeptuelle Entwicklungen und Debatten, empirische Forschungsansätze sowie Nachsorge-Konzepte aus der grauen Literatur beleuchtet werden. Daran ansetzend präsentiert und bespricht Kapitel D den Nachsorge-Konzeptentwurf für die Schweiz (inklusive Wirksamkeitsdimensionen). Ein erster Entwurf dieser Nachsorge-Konzeptualisierung wurde in einem Workshop am 13.12.2021 diskutiert mit Experten aus der Suchthilfe-Praxis, Vertretern der Fachverbände des Suchtbereichs (Fachverband Sucht, GREA, Ticino Addiction) und Fachpersonen des Bundesamts für Gesundheit. Rückmeldungen und Einsichten aus dem Workshop werden in Kapitel E besprochen, während Kapitel F darauf basierend Empfehlungen für das weitere Vorgehen formuliert.

B Methodik

Die Literaturrecherche zum Thema Nachsorge wurde hauptsächlich im August/September 2021 durchgeführt und im Verlauf des Projekts durch weitere relevante Quellen ergänzt. Die Recherche wurde auf Forschungsarbeiten ab dem Jahr 2000 konzentriert, und zielte auf Beiträge ab, die explizit den Bereich der Nachsorge oder ausgewählte angrenzende Konzepte in den Fokus nehmen.

Die Recherche von vornehmlich englischsprachigen (*peer-reviewed*) Forschungsarbeiten erfolgte über die Datenbank PubMed. Hierzu wurden diejenigen Arbeiten herausgesucht, die: 1) in den Bereich der Suchtforschung fallen; und 2) Nachsorge (*aftercare*) oder relevante angrenzende Konzepte als zentrales Thema haben. Folgende Konzepte/Suchbegriffe flossen dementsprechend in die Suche ein:

- 1) Sucht:
 - "substance related disorders"[MeSH Terms]
 - "behavior, addictive"[MeSH Terms]
 - "addict*"[tw]
 - "dependence"[tw]
- 2) Nachsorge (und verwandte Konzepte):
 - "aftercare"[ti]
 - "after-care"[ti]

- "continuing care"[ti]
- "continued care"[ti]
- "recovery management"[ti]

Wie oben angegeben, wurde der Bezug zum Thema „Sucht“ über die Suche nach relevanten MeSH-Begriffen² und die Terme *addict**³ und *dependence* sichergestellt. Die Fokussierung auf das Themenfeld Nachsorge wurde über die Titelsuche der Begriffe *aftercare/after-care*, *continuing/continued care* und *recovery management* garantiert, die in der englischsprachigen Literatur hauptsächlich mit dem Begriff der Nachsorge in Verbindung gebracht werden (z.B. Kelly & White, 2010; McKay, 2021). Von den 59 Suchresultaten zum Begriff *aftercare/after-care* wurden nach Prüfung der Themenrelevanz 51 Studien einer detaillierten Analyse unterzogen, wobei auf Aspekte wie Vorhandensein einer Nachsorge-Definition, Dauer der Nachsorge, untersuchte Instrumente („Interventionstypen“), institutionelles Setting (ambulant/stationär) und Übergänge, sowie Wirksamkeitsdimensionen und -indikatoren fokussiert wurde. Bezüglich der angrenzenden Fachbegriffe (*continuing/continued care* und *recovery management*) konnte auf 15 existierende Literaturanalysen zurückgegriffen werden, die in den vergangenen 20 Jahren veröffentlicht wurden, wobei insbesondere die jüngeren Arbeiten einen umfassenden Überblick boten. Zusätzlich zu diesem Korpus wurden im Verlauf der Literaturanalyse nach Bedarf weitere Referenzen mit einbezogen, z.B., weil auf sie in den vorhandenen Forschungsarbeiten verwiesen wurde und sie sich als wesentlich erwiesen.

Darüber hinaus wurde über „google“ und im Speziellen „google scholar“ nach sachbezogenen Forschungsarbeiten und grauer Literatur gesucht, insbesondere in deutscher und französischer Sprache. Hierdurch wurde sichergestellt, dass themenrelevante Fachbeiträge aus der Schweiz und ihren Nachbarländern in die Recherche mit einbezogen wurden, was im Hinblick auf die Erarbeitung eines Nachsorge-Konzepts für die Schweiz von besonderer Bedeutung erschien. Über die erweiterte Suchfunktion von google scholar wurde zunächst generell nach Arbeiten gesucht, die den Begriff „Nachsorge“ im Titel tragen und im Text zumindest einen der Begriffe Suchthilfe, Suchtbehandlung oder Suchtberatung beinhalten (Suchstring: Suchthilfe OR Suchtbehandlung OR Suchtberatung intitle:Nachsorge). Die Suchresultate wurden in einem ersten Schritt auf ihre Relevanz geprüft und daraufhin ggf. in die Literaturanalyse einbezogen. Analog wurde nach französischsprachigen Arbeiten gesucht (Suchstring: addiction OR alcool OR drogues intitle:post-cure).⁴ Weiterhin wurde in einer freien Internetrecherche über google scholar und google nach relevanten Arbeiten gesucht, die den Bezug herstellen zwischen Suchtnachsorge und umfassenderen Konzepten wie „case management“ und „Behandlungspfad“. Des Weiteren wurde nach relevanten Veröffentlichungen in den Publikationsdatenbanken von Behörden gesucht, die im Suchtbereich tätig sind, insbesondere auf der Internetseite der US-amerikanischen SAMHSA [*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*].⁵

Nach Bedarf und Pertinenz wurden neben den Ergebnissen der oben beschriebenen Literaturrecherche weitere Arbeiten in die Analyse einbezogen, insbesondere über die Suche nach zitierender und zitierter Literatur.

Es ist zu beachten, dass sich die in diesem Projekt erarbeitete Konzeptualisierung der Nachsorge im Wesentlichen aus der Verwendung des Nachsorge-Konzepts in der wissenschaftlichen Literatur speist. Im Rahmen der Arbeit werden auch die Nachsorge-Ansätze von verschiedenen öffentlichen Organisationen besprochen. Für die Lektüre des Berichts ist zu berücksichtigen, dass diese Nachsorge-Konzepte vor dem Hintergrund der jeweiligen Organisationsziele zu reflektieren sind. Die Definition eines Versicherungsträgers hat

² MeSH (Medical Subject Headings): Schlagwortregister zur Katalogisierung von Forschungsarbeiten

³ *: Verschiedene Endungen des genannten Begriffs wurden mit einbezogen

⁴ Um suchtspezifische Arbeiten herauszufiltern, konnte im Französischen auf den Begriff *addiction* zurückgegriffen werden. Im deutschsprachigen Suchstring wurden spezifischere Terme verwendet (z.B. Suchthilfe), da der Begriff „Sucht“ aufgrund des gleichnamigen Verbs zu unspezifischen Suchresultaten führte.

⁵ <https://store.samhsa.gov/>

einen steuerungspolitischen Hintergrund und die Finanzierung bestimmter Leistungen im Blick, was u.a. eine definitorische Begrenzung der Nachsorgedauer und -intensität mit sich bringen kann. Demgegenüber mögen Nachsorge-Definitionen von Fachorganisationen eher die fachlichen Kriterien für das Verständnis von Nachsorge in den Vordergrund rücken und beispielsweise flexibler in Bezug auf die Dauer sein. Solche der Perspektive geschuldeten Unterschiede sollten beim Lesen mitbedacht werden, wobei anzumerken ist, dass die im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Nachsorge-Konzepte aus der angewandten (grauen) Literatur sich in vielen Teilen mit dem Verständnis von Nachsorge in der Forschungsliteratur deckten.

C Literaturübersicht

1 Die konzeptuelle Entwicklung des Nachsorgebegriffs in der (englischsprachigen) Forschungsliteratur

Die Idee eines Nachsorgeangebots im Bereich der Psychiatrie und der Suchthilfe im Speziellen reicht zurück ins 19. Jahrhundert. Inspiriert durch die Schriften des Klinikseelsorgers Henry Hawkins (z.B. H. Hawkins, 1871) wurde 1879 in England eine „Aftercare Association“⁶ ins Leben gerufen (Ensminger & Reilly, 1977; Smith, 1997), um Menschen den Übergang aus psychiatrischen Anstalten in den Alltag durch Hausbesuche und weitergehende Hilfsmassnahmen zu vereinfachen.⁷ Ähnlich entstanden in den USA seit dem 19. Jahrhundert gemeinnützige Bewegungen und später professionelle Angebote um den Übertritt von stationären Suchtbehandlungseinrichtungen zurück ins „reale“ Leben zu begleiten und die hohen Rückfallraten zu reduzieren (W. White & Godley, 2003). Das dabei zugrunde liegende Verständnis einer kurzzeitigen post-stationären (und post-akuten) Unterstützungsphase zur Förderung des Behandlungserfolgs ist auch im 20. Jahrhundert ein prägendes Merkmal des Nachsorgebegriffs geblieben (z.B. J. D. Hawkins & Catalano, 1985; Mummé, 1991).

Mit dem Aufkommen neuerer Ansätze in der Suchtforschung seit den 1990er Jahren hat das traditionelle Verständnis der Nachsorge eine gewisse Wandlung erfahren. Das etablierte Suchtbehandlungssystem wurde insbesondere deshalb in Frage gestellt, weil es als ein akutes Versorgungsmodell aufgestellt war unter der Annahme, dass betroffene Personen nach einer punktuellen Intervention von professioneller Seite gefolgt von einer kurzen Nachsorgephase geheilt und gewappnet seien für ein anhaltend suchtfreies Leben (M. Dennis & Scott, 2007; W. L. White & Kelly, 2011a).⁸ Dieser Vorstellung wird entgegengehalten, dass Suchtverläufe häufig

⁶ Der Verein wurde gegründet unter dem Namen „After Care Association for Poor and Friendless Female Convalescents on Leaving Asylums for the Insane“, und operiert noch heute als karitative Organisation zur Förderung der psychischen Gesundheit unter dem Namen Together (<https://www.together-uk.org/about-us/our-history/>).

⁷ „... by offering a period of convalescence during which ex-patients were 'befriended' in the homes of private individuals, given advice, money and clothing, and assisted to find suitable work.“
 ([http://archives.wellcome.ac.uk/Dserve/dserve.exe?dsqIni=Dserve.ini&dsqApp=Archive&dsqCmd=Show.tcl&dsqDb=Catalog&dsqPos=0&dsqSearch=\(AltRefNo==%27SA/MAC%27\)](http://archives.wellcome.ac.uk/Dserve/dserve.exe?dsqIni=Dserve.ini&dsqApp=Archive&dsqCmd=Show.tcl&dsqDb=Catalog&dsqPos=0&dsqSearch=(AltRefNo==%27SA/MAC%27)))

⁸ Als Merkmal des „acute care (AC) model of intervention“ führen White und Kelly u.a. auf: „Services are delivered “programmatically” in a uniform series of encapsulated activities (screening, admission, a single-point-in-time assessment, a short course of minimally individualized treatment, discharge, and brief “aftercare” followed by termination of the service relationship)“ (W. L. White & Kelly, 2011a, S. 2).

chronische Züge annehmen mit zyklischen Bewegungen zwischen Stabilisierung und Intensivierung des Suchtverhaltens, welche über Jahre hinweg mit wiederkehrenden Behandlungseintritten und -austritten der betroffenen Personen einhergehen. Diesem Umstand trägt das seit Ende der 1990er Jahre vielerlei propagierte „chronic care model“ Rechnung (M. Dennis & Scott, 2007; McLellan, 2002; Wagner et al., 2001; W. L. White & Kelly, 2011b; W. L. White & McLellan, 2008), welches von McKay wie folgt zusammengefasst wird: „This disease management model specifies regular, extended contact between patients and service providers; interventions to increase patient confidence and skills to manage chronic conditions (e.g., goal setting, identification of barriers to reaching goals, development of plans to overcome barriers); links to patient-oriented community resources; the use of accurate and timely patient data to monitor progress and guide interventions; and provision of support to facilitate improved self-management“ (McKay, 2011, S. 174–175).

Eng verbunden mit der Hinwendung zu einem chronic care Ansatz ist die seit zwei Jahrzehnten zu beobachtende Fokussierung auf *recovery* als Ankerpunkt für die Ausrichtung von Suchthilfesystemen. Dieses von sozialen Bewegungen, öffentlichen Einrichtungen und weiten Teilen der Forschungsgemeinschaft propagierte Konzept stellt die Selbstbestimmung der von Sucht betroffenen Personen in den Mittelpunkt (z.B. Davidson et al., 2021; Laudet & Best, 2015; W. L. White, 2007; W. L. White & Kelly, 2011a; Witkiewitz et al., 2020). In einer viel rezipierten (auch wenn nicht unumstrittenen) Konsens-Definition unter Schirmherrschaft der SAMHSA wird *recovery* beschrieben als Veränderungsprozess, durch den suchtbetroffene Menschen ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden verbessern, ein selbstbestimmtes Leben führen und danach streben, ihr volles Potenzial auszuschöpfen (z.B. Davidson et al., 2021). Laudet und Best identifizieren zwei Kernelemente des Paradigmenwechsels, den die Hinwendung zum *recovery*-Konzept mit sich bringt: erstens die im Zusammenhang mit dem chronic care Ansatz stehende Einsicht, dass die Genesung von einer Suchterkrankung ein langwieriger Prozess ist, der eine Abkehr von einem durch abgeschottete Kurzinterventionen geprägten System erfordert; und zweitens die Auffassung, dass Genesung über die blosser Stabilisierung des Suchtverhaltens hinausgeht, in anderen Worten „...one can regard recovery as currently conceptualized as non-problematic substance use (or total abstinence) plus improved functioning in such areas as physical and mental health, employment, economic, family, and social life, to name only a few“ (Laudet & Best, 2015, S. 1069). Im Einklang mit dieser Idee von *recovery* wird Nachsorge vermehrt als Teil eines *recovery-oriented system of care* dargestellt, einem personenzentrierten Versorgungskontinuum zusammengesetzt aus zivilgesellschaftlichen und staatlichen Unterstützungsangeboten, die Suchtbetroffene und ihre Angehörige für ihren individuellen Genesungsprozess je nach eigenen Bedarfvorstellungen und Stärken in Anspruch nehmen können (Laudet & Best, 2015; SAMHSA, 2010; W. L. White & Kelly, 2011a).

In diesem Zusammenhang wird der klassische Nachsorgebegriff (*aftercare*) in der Literatur in Frage gestellt. MacLean et al. (2021) beispielsweise kritisieren den Begriff dahingehend, dass er einen linearen Behandlungspfad unterstellt (von der Phase der Motivation über Entzug und Entwöhnung hin zur Nachsorge), was dem oftmals zyklischen Prozess einer Suchterkrankung mit mehrmaligen Rückfall- und Stabilisierungsphasen nicht gerecht wird. Zudem erwecke der *Nachsorge*-Begriff (*aftercare*) den Eindruck, dass die darin enthaltene fortführende Betreuung kein gleichwertiger Bestandteil der Suchtbehandlung sei (MacLean et al., 2021). Nachsorge, und die darin stark präsente Soziale Arbeit, wird aus dieser Perspektive zu einem weniger wichtigen „Anhängsel“ degradiert, welches als nachrangiges Angebot auf die „richtige“ Behandlung folgt. Sucht an sich wird dadurch zudem als episodisch dargestellt anstelle den meist chronischen Erkrankungsverlauf und den damit einhergehenden kontinuierlichen Unterstützungsbedarf klar zu benennen.

Angesichts solcher Kritikpunkte werden verschiedene Alternativbegriffe in der Literatur diskutiert. In der meist englischsprachigen Forschungsliteratur findet vermehrt der Ausdruck *continuing care* Verwendung, da er besser den Charakter einer aktiven, fortführenden Behandlung in dieser Phase vermittele (McKay, 2009). McKay beschreibt diesen Übergang von *aftercare* zu *continuing care* auf treffende Weise:

„Prior to 1990, continuing care was fairly simple to define. It was the outpatient phase of treatment that (hopefully) followed the completion of an inpatient or residential treatment experience, and it was consequently often referred to as “aftercare.” The nature of continuing care in those days was also remarkably consistent. It was almost always weekly group counseling with a heavy 12-step focus, typically provided over 3-6 months [1]. Since 1990, the picture has gotten much more complicated. Most patients are now treated entirely in outpatient settings [3], so the distinction between the initial and continuing care phases of treatment is much less clear. Moreover, continuing care may begin at intake rather than discharge from the first treatment phase, may take any number of forms, and may be provided in settings other than a typical addiction treatment program.“ (McKay, 2011, S. 164)

Über die Frage der Wortwahl hinaus (*aftercare* vs. *continuing care*) verdeutlicht der obige Auszug, dass der Nachsorgebegriff in den vergangenen Jahrzehnten inhaltlich entlang mehrerer Dimensionen an Komplexität gewonnen hat. Dies betrifft insbesondere die zeitliche Dimension (Dauer und Timing der Nachsorge), das institutionelle Setting der Nachsorge (v.a. Verhältnis zwischen stationärer und ambulanter Betreuung), die praktizierten Nachsorge-Instrumente, und die wesentlichen Themen/Ziele, welche in der Nachsorge verfolgt werden. Die Vielfältigkeit von Nachsorge-Ansätzen drückt sich in der jüngeren empirischen Forschungsliteratur zur Nachsorge aus, die im folgenden Abschnitt zusammengefasst wird.

2 Empirische Forschung zur Nachsorge

Im Folgenden wird die Analyse von empirischen Forschungsarbeiten präsentiert, die sich auf Nachsorge fokussieren. Der Überblick basiert im Wesentlichen auf einer Analyse von rund 50 über PubMed recherchierten Artikeln aus dem Suchtbereich mit Titel *aftercare*, sowie mehreren systematischen Literaturanalysen zu den Themen *continuing care* und langfristige Versorgungsmodelle. Es ist anzumerken, dass in der empirischen Forschung zur Nachsorge die Begriffe *aftercare* und *continuing care* häufig synonym verwendet werden (z.B. Arbour et al., 2011; Burlison et al., 2012; Gonzales et al., 2014; Kaminer & Godley, 2010). Übersichtsartikel, die auf *continuing care* fokussieren, beziehen so i.d.R. auch das Schlagwort *aftercare* in ihre Literaturrecherche mit ein. Die parallele Verwendung der Begriffe wird deutlich in der folgenden exemplarischen Umschreibung aus einer klinischen Studie zur Nachsorge: „While initial inpatient treatment may be a first step on the road to recovery from addiction, research has demonstrated the importance of long-term continuing care (aftercare) to help support individuals in maintaining their recovery goals“ (Arbour et al., 2011, S. 1275). Das über solch einfache Beschreibungen hinausgehende Verständnis von Nachsorge in der empirischen Forschungspraxis ergibt sich im Wesentlichen aus den darin untersuchten Nachsorge-Instrumenten, ihrer Dauer, dem institutionellen Setting und den analysierten Wirksamkeitsdimensionen (*outcome measures*). Diese Aspekte werden im Folgenden zusammenfassend präsentiert.

2.1 Nachsorge-Instrumente

Die im Rahmen dieser Arbeit näher untersuchten klinischen Studien und Übersichtsartikel (Publikationszeitraum 2000-2021) weisen verschiedene Instrumente und therapeutische Ansätze als Nachsorgemassnahmen aus.⁹ Zu

⁹ 40 Studien enthielten identifizierbare Nachsorge-Instrumente und/oder Ansätze. Meist wurde die Wirksamkeit von bestimmten weiterführenden Nachsorgeprogrammen mit einem Basis-Nachsorgeangebot (*aftercare-as-usual*) verglichen. Der *aftercare-as-usual* Ansatz war je nach Studie verschiedenartig definiert (und wurde nicht immer klar beschrieben).

den konventionellen Nachsorge-Instrumenten gehören Einzelgespräche, die mehrheitlich in Präsenzform beim Nachsorge-Anbieter stattfinden, aber mitunter auch über Hausbesuche oder als Telefonnachsorge durchgeführt werden (z.B. Burlison & Kaminer, 2007; Horng & Chueh, 2004; Kaminer et al., 2008; Kaminer & Napolitano, 2004). Ein ebenso klassisches Format sind Gruppensitzungen in verschiedenen Konfigurationen, z.B. zwischen Personen mit ähnlichem Suchthintergrund oder in Form von Familien- und Partnergesprächen. Telefonnachsorge ist ein weiteres wiederholtes Studienobjekt in der Literatur.

Diese Nachsorgeformate werden oftmals in Verbindung mit bestimmten inhaltlichen (therapeutischen) Ansätzen angeboten. Dazu zählen z.B. Ansätze zur Hinführung an das 12-Stufen-Programm (McKay, 2009), verschiedene Rückfallpräventionstherapien wie *mindfulness-based relapse prevention* (MBRP)¹⁰, die häufig auf der kognitiven Verhaltenstherapie (*cognitive-based therapy* [CBT])¹¹ basieren, und Ansätze zur Motivationssteigerung¹². In einer Metaanalyse über 33 Forschungsartikel (Publikationszeitraum 1988-2010) zu continuing care identifizieren Blodgett et al. u.a. in 23 Studien die Anwendung von CBT- oder CBT-ähnlichen Nachsorgeansätzen, in jeweils 4 Studien Ansätze zur Hinführung an das 12-Stufen-Programm bzw. Ansätze zur Motivationssteigerung, und in 8 Studien generelle/unspezifische Beratungsformen (Blodgett et al., 2014, S. 19–21).¹³

Über das klassische Format von Einzel- und Gruppensitzungen hinaus sind in jüngeren Jahren weitere Nachsorgeformen entwickelt worden. Hierzu gehören sogenannte Recovery Management Check-ups. Diese beinhalten i.d.R. eine persönliche klinische Kontrolluntersuchung alle drei Monate mit standardisierten Instrumenten sowie Urintests (bei substanzgebundener Sucht). Wenn die klinische Beurteilung Handlungsbedarf anzeigt, werden die Betroffenen über Motivationsgespräche angeregt, wieder in ein intensiveres Behandlungssetting einzutreten, und Vorkehrungen für die Wiederaufnahme werden vereinbart (McKay, 2021, S. 6).

Des Weiteren wird in der Literatur vereinzelt die Rolle von case management im Zusammenhang der Nachsorge untersucht. Generell kann case management definiert werden als „client-centered strategy to improve coordination and continuity of care, especially for persons who have multiple needs“ (Vanderplassen et al., 2004, S. 1) Einen expliziten Fokus auf case management als Planungs- und Verlinkungsinstrument in der Nachsorgephase setzt die Studie von Lindahl et al., welche im schwedischen Kontext auf Personen fokussiert,

Beispielweise bestand aftercare-as-usual in einer Studie von Mellentin et al. aus einem einmaligen 60-minütigen Gespräch 8 Wochen nach Entlassung aus der Behandlung (Mellentin et al., 2019), während Gonzales et al. unter aftercare-as-usual folgendes angeben: „All substance abuse treatment recruitment sites used in this study employed 12–16 week cognitive-behavioral relapse prevention treatment models and actively referred clients to 12-step facilitation for aftercare“ (Gonzales et al., 2014, S. 22–23).

¹⁰ *Mindfulness-based relapse prevention* kombiniert Kernelemente der Rückfallprävention (z.B. Identifizierung von Risikosituationen) mit der Einübung von meditativen Praktiken, die das Bewusstsein über suchtbetragene Reize im Moment ihres Auftretens stärken (Bowen et al., 2014; Nallet et al., 2015; Witkiewitz et al., 2014).

¹¹ CBT beinhaltet die Analyse der Umstände, die zum Suchtmittelkonsum verleiten, und basierend darauf die Entwicklung und Einübung von Bewältigungsstrategien zur Anwendung in Hochrisikosituation (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011, S. 358).

¹² *Motivational enhancement therapy* basiert auf der Annahme, dass die interne Motivation der Suchtbetroffenen ausschlaggebend ist für die Loslösung von der Sucht (McKay & Hiller-Sturmhofel, 2011, S. 359). Deshalb kommt es zur Anwendung von Motivationsstrategien (z. B. Betonung der persönlichen Verantwortung, Förderung des Selbstvertrauens), um die Bereitschaft des Patienten zur Verhaltensänderung zu fördern.

¹³ Innerhalb einer Studie werden tlw. mehrere Nachsorgeformen untersucht und dadurch auch verschiedene therapeutische Ansätze abgedeckt.

die sich aufgrund gerichtlicher Anordnung einer Suchtbehandlung unterziehen (Lindahl et al., 2013). Einem Teil der Studienteilnehmer wurde hierbei ein case manager zur Seite gestellt, der noch während der Behandlungsphase eingeführt wurde in einer Sitzung, an der der Patient, das Einrichtungspersonal, der Sozialarbeiter und der case manager teilnahmen. Ziel war es dabei, sich auf einen Leistungsplan zu einigen, der zehn Bereiche umfasste: körperliche und geistige Gesundheit, Rechtsstatus, Familienbeziehungen, Freundschaftsbeziehungen, Beruf, Drogenmissbrauch, Wohnen, Budget und Fähigkeiten. In dem Leistungsplan legte der Patient fest, welche kurz- und langfristigen Ziele er in der ersten Woche und im ersten Monat nach Verlassen der Einrichtung erreichen wollte. Nach dem Verlassen der Einrichtung traf sich die Person über einen Zeitraum von sechs Monaten wöchentlich mit dem case manager, um jeweils die kommende Woche zu planen, während der zuständige Sozialarbeiter einmal im Monat an diesen Treffen teilnahm (Lindahl et al., 2013, S. 199).

Case management spielt auch im Rahmen des sogenannten *assertive continuing care* (ACC) Ansatzes eine Rolle, welcher u.a. in der Nachbetreuung von suchtbetroffenen Jugendlichen Anwendung gefunden hat. In einem auf diese Zielpopulation fokussierten Überblicksartikel beschreiben Passetti et al. den ACC-Ansatz wie folgt: „ACC services are initiated as soon as possible after discharge from the initial treatment episode, thereby requiring clinicians to coordinate closely with referring treatment programs. At that time, ACC clinicians deliver case management services combined with an evidence-based treatment—the Adolescent Community Reinforcement Approach (A-CRA)“ (Passetti et al., 2016, S. 5). Die Autoren identifizieren hierbei folgende Bestandteile des case-managements: (a) Hausbesuche; (b) Hilfe bei der Vermittlung des Jugendlichen zu notwendigen Diensten; (c) Transport zu benötigten Diensten, pro-sozialen Aktivitäten oder potenziellen Arbeitsplätzen; (d) Unterstützung beim Zugang zu Diensten; (e) Überwachung von Hinweisen auf einen Rückfall und der Teilnahme an Diensten und Aktivitäten; und (f) soziale Unterstützung bei der Bewältigung eines Rückfalls oder anderer schwieriger Probleme (Passetti et al., 2016, S. 5). Im Rahmen des A-CRA hilft der Therapeut dem Jugendlichen und seiner Familie bei der Entwicklung suchtfreier sozialer und freizeitbezogener Aktivitäten in Einzel- und gemeinsamen Gesprächen. Während der Sitzungen greift er auf verschiedene therapeutische Verfahren zurück, z.B. zur Rückfallprävention und zur Förderung der Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit (Passetti et al., 2016, S. 5).

In der jüngeren Forschung werden darüber hinaus vermehrt Nachsorge-Instrumente aus dem Bereich der mobilen Informations- und Kommunikationstechnologie diskutiert, die z.B. die Form von SMS-Nachrichten oder Smartphone-Apps annehmen (Gonzales et al., 2014, 2016; Hartnett et al., 2017; Haug et al., 2015; Mellentin et al., 2019; Ryan-Pettes et al., 2019). McKay argumentiert, dass solche Anwendungen zum einen in Kombination mit Präsenzsitzungen Nutzen bringen können, z.B. als follow-up zwischen zwei Therapiesitzungen, und dass sie zum anderen auch als eigenständige Werkzeuge der Fernbetreuung dienen könnten, z.B. wenn Personen den virtuellen Kontakt bevorzugen oder in abgelegenen Ortschaften ansässig sind (McKay, 2021, S. 8). Des Weiteren unterscheidet der Autor zwei Arten von solchen technologiebasierten Nachsorgeinstrumenten. Die eine Gruppe stellt den Nutzern verschiedene Informations- und Hilfsmittel zur Verfügung, z.B. Selbst-Monitoring-Anwendungen für die regelmässige Einordnung des eigenen Suchtzustands, Informationen zum Umgang mit Risikosituationen, Entspannungs- und Ablenkungswerkzeuge, online Chat-Gruppen und Kontaktinformationen zu „peers“ und Suchthilfestellen (Calzaferri, 2014; McKay, 2021). Die zweite Gruppe der mobilen Instrumente bietet vereinfachte Versionen von komplexeren evidenzbasierten Verhaltenstherapien an. Beispielsweise untersuchten Mellentin et al. die Wirksamkeit einer Smartphone-Anwendung mit Expositionstraining (*cue exposure therapy*), wobei die Studienteilnehmer über die App u.a. Videos zu alkoholhaltigen Getränken anschauten um dadurch die Kontrolle über ihr Suchtverlangen zu stärken (Mellentin et al., 2019).

2.2 Dauer und Intensität

Die Dauer der Nachsorge bezieht sich auf die zeitliche Länge eines Nachsorgeprogramms (z.B. gemessen in Monaten von geplantem Beginn bis Abschluss des Programms), während die Intensität die Anzahl und Länge

der Sitzungen betrifft, die z.B. im Rahmen von konventionellen Nachsorgemassnahmen wie Einzel- und Gruppengesprächen angeboten werden (Blodgett et al., 2014, S. 2). Die in der Literatur untersuchten Nachsorgemassnahmen weisen eine hohe Variation bezüglich ihrer Dauer auf. Bei den von Blodgett et al. einbezogenen Studien zu continuing care lag die Dauer der Nachsorgeprogramme zwischen 2 und 24 Monaten, wobei sie in knapp der Hälfte der Fälle geringer als 6 Monate war (Blodgett et al., 2014, S. 19–21).¹⁴ Auch in Bezug auf die Intensität sind grosse Unterschiede zu beobachten (Blodgett et al., 2014, S. 19–21). Am unteren Ende findet sich beispielweise eine Interventionsstudie, in der fünf telefonische Beratungsgespräche von 30-60-minütiger Länge als Nachsorgemassnahme durchgeführt wurden (Horng & Chueh, 2004), während am oberen Ende ein Programm mit ca. 48 Präsenz-Beratungssitzungen (zwei Sitzungen pro Woche) über einen Zeitraum von 5-6 Monaten steht (McKay et al., 1999). Lenaerts et al. kommen in ihrer Analyse von 6 Studien zu continuing care zum Ergebnis, dass mehrheitlich eine Nachsorgesitzung pro Woche angesetzt ist, und die in den Arbeiten praktizierte Dauer der Nachsorge variiert zwischen 10 Wochen und einem Jahr (Lenaerts et al., 2014, S. 12).

Zwei jüngere systematische Literaturanalysen fokussieren auf langfristig ausgelegte Versorgungsmodelle, die an der Idee des chronischen Charakters von Suchterkrankungen ansetzen (Beaulieu et al., 2021; Simoneau et al., 2018). Simoneau et al. identifizieren 16 Studien, die Programme für chronische Suchtfälle untersuchen unter Modellnamen wie continuing care, recovery management check-ups und case management. In drei Studien war bezüglich der Dauer keine zeitliche Begrenzung vorgegeben. In den übrigen 13 Forschungsarbeiten variiert die Interventionsdauer zwischen 2 Monaten und 4 Jahren, wobei die Programmlänge bis auf zwei Ausnahmen mindestens 1 Jahr betrug. Bezüglich der Intensität sind ebenfalls grosse Unterschiede zu verzeichnen, von vierteljährlich angesetzten recovery management check-ups bis hin zu mindestens wöchentlichen Kontakten bei den intensiveren Programmen. Mit fortlaufender Dauer war meist eine Reduktion der Intensität geplant und/oder die Intensität wurde explizit dem kontextspezifischen Bedarf angepasst. In einer der einbezogenen Einzelstudien beispielsweise untersuchen Morgenstern et al. ein intensives case management Programm von 15 Monaten Dauer, in dem während Krisensituationen z.T. tägliche Kontakte vorhanden waren, während in stabileren Phasen zweimal monatlich ein Austausch zwischen case manager und Studienteilnehmer vorgesehen war (Morgenstern et al., 2006). In ihrer Literatur- und Metaanalyse über 12 mindestens 18 Monate dauernde Programme stellen Beaulieu et al. in ähnlicher Weise fest, dass in den meisten Studien fortlaufende Programmdauer mit sinkender (geplanter) Intensität einhergeht bei gleichzeitiger Anpassung der Unterstützung an die situationsspezifischen Bedürfnisse der Studienteilnehmer (Beaulieu et al., 2021, S. 4).

2.3 Institutionelles Setting und Übergänge

Die Mehrheit der in der Literatur analysierten Nachsorgeprogramme finden in einem ambulanten Rahmen statt, d.h. die Personen haben während des Interventionszeitraums ihren Lebensmittelpunkt ausserhalb der Nachsorgeeinrichtung. Von 38 im Rahmen dieser Literaturanalyse gesichteten kontrollierten Studien zur Suchtnachsorge befassten sich 29 mit ambulanten Nachsorgeinterventionen, 4 mit (teil-)stationären und 5 mit beiden Nachsorgevarianten. In 32 der 33 von Blodgett et al. analysierten Studien wurden ambulante Nachsorge-Interventionen durchgeführt (hierzu zählen sogenannte „outpatient“ und telefon-basierte Interventionen sowie Hausbesuche). Die einzige Ausnahme bildet die Studie von Jason (2007), in der ein ambulantes „Standard-Nachsorgeangebot“ verglichen wird mit der Unterbringung in einer Wohneinrichtung der sogenannten Oxford Houses. Letztere werden von Menschen mit Suchterfahrung gemeinschaftlich verwaltet und bieten ein Umfeld,

¹⁴ Diese Spanne von 2 bis 24 Monaten deckt sich mit den Ergebnissen der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten klinischen Studien, wobei der Anteil der Studien mit einer Nachsorge-Dauer von mindestens 6 Monaten etwas höher lag.

um sich auf dem Weg der Aufrechterhaltung eines suchtfreien Lebens gegenseitig zu unterstützen. Da es sich hierbei i.d.R. nicht um eine Unterbringung mit professioneller Betreuung handelt, ist auch dies streng genommen kein Fall einer stationären Versorgung während der Nachsorge. Die von Simoneau et al. und Beaulieu et al. untersuchten Langzeitprogramme können ebenfalls in der grossen Mehrzahl einem ambulanten Setting zugeordnet werden, wobei die Ausnahmen auch hier Oxford House Wohnangebote aus dem Selbsthilfebereich bilden (Beaulieu et al., 2021; Simoneau et al., 2018).

In den im Rahmen dieser Arbeit analysierten Einzelstudien erfolgte die Nachsorge meist im Anschluss an eine stationäre Therapiephase, während in einigen Fällen ein Übergang von einer (intensiven) ambulanten Behandlung in die ambulante Nachsorge zu beobachten war. Blodgett et al. machen in ihrer Übersichtsarbeit keine Angaben dazu, welches Behandlungssetting jeweils dem Eintritt in die Nachsorge voranging. Eine frühere Studie von McKay (2009), die die Mehrzahl (20) der von Blodgett et al. untersuchten Arbeiten bereits abdeckt, suggeriert derweil, dass der Übergang in die Nachsorge in den meisten Fällen auf einen stationären Aufenthalt folgt. Die Analyse von Simoneau et al. deutet ebenfalls in diese Richtung, wobei die Autoren auch mehrere Fälle von intensiven ambulanten Behandlungsfällen identifizieren. Darüber hinaus deutet die Studie darauf hin, dass die Schnittstelle zwischen vorgelagerter Behandlung und den langfristig ausgelegten Programmen unterschiedlich bedient wird. In 6 Studien wurde das langfristige Programm sequentiell nach Ende der Erstbehandlung eingeleitet, in 5 Fällen wurde das Langzeitprogramm parallel zur Erstbehandlung eingeführt mit unterschiedlichen Betreuungsteams, und in 5 Fällen sind Erstbehandlung und Langzeitprogramm ineinander integriert, wobei dies v.a. bei case management Ansätzen zu verzeichnen ist (Simoneau et al., 2018).

2.4 Wirksamkeitsdimensionen

37 der im Rahmen dieser Arbeit systematisch erfassten empirischen Studien zum Thema *aftercare* beleuchteten die Wirksamkeit von Nachsorgeprogrammen entlang verschiedener Dimensionen. Die meisten Studien (28) fokussierten (u.a.) auf Abstinenz bzw. das Konsumverhalten der Studienteilnehmer im Verlauf der Nachsorge, gemessen z.B. als Anteil der Alkohol- oder Drogenkonsumtage in einem bestimmten Zeitraum (z.B. Hartnett et al., 2017; Yeom, 2011). Vereinzelt dienten als abhängige Variablen auch die erlernten Rückfallpräventionskompetenzen und die Zuversicht der Personen ein suchtfreies Leben aufrechtzuerhalten (Gonzales et al., 2016; Jason et al., 2007; Mellentin et al., 2019). Eine beträchtliche Anzahl an Studien untersuchte auch Wirksamkeitsdimensionen, die dem psychosozialen Bereich zuzuordnen sind: In ca. einem Viertel der Studien wurde der psychische Gesundheitszustand untersucht, und in jeweils 4-5 Studien der körperliche Gesundheitszustand, die sozialen Beziehungen, der Beschäftigungsstand, die materielle Situation und das strafrechtliche Verhalten der Studienteilnehmer im Verlauf der Nachsorge-Phase. Zudem wurde in knapp 12 Studien die Teilnahmebeständigkeit bzw. der Besuch von recovery-förderlichen Massnahmen (z.B. Selbsthilfegruppen) untersucht (z.B. Gonzales et al., 2014; Sannibale et al., 2003).

In den verschiedenen Übersichtsartikeln kommt ebenfalls zum Ausdruck, dass das Suchtverhalten (Abstinenz/Konsumhäufigkeit) die vorrangige Wirksamkeitsdimension in der empirischen Forschung zur Nachsorge ist, gefolgt von Untersuchungen der Teilnahmebeständigkeit (Lenaerts et al., 2014, S. 13–14; McKay, 2009; Simoneau et al., 2018). Die Literaturanalyse von Simoneau et al. zeigt gleichzeitig auf, dass anderweitige Themen wie Lebensqualität, Selbstwertgefühl und der Beschäftigungsstand ebenfalls als Wirksamkeitsdimensionen Eingang in die Literatur gefunden haben (Simoneau et al., 2018, S. 257–258).

3 Nachsorgeansätze öffentlicher Institutionen in der Schweiz und in ausgewählten Nachbarländern

Im Folgenden werden Nachsorgeansätze präsentiert, die von öffentlichen Stellen in der Schweiz und im näheren Ausland entwickelt wurden. Die Auswahl der vorgestellten Fälle basiert auf der Recherche von offiziellen behördlichen Dokumenten („graue Literatur“), die sich in bedeutendem Masse mit der Rolle der Nachsorge im Suchtbereich befassen. Das Augenmerk der Analyse liegt insbesondere auf dem Massnahmenangebot (Instrumente) inklusive Dauer und Intensität, dem institutionellen Setting mit den Schnittstellen zwischen Nachsorge und der vorgelagerten Behandlungsphase, und den angeführten Zielen der Nachsorge. Für die Lektüre bleibt zu berücksichtigen, dass diese Nachsorgeansätze vor dem Hintergrund der jeweiligen Organisationsziele zu reflektieren sind, z.B. die Finanzierung nachstationärer Leistungen von Seiten der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung (s.u.).

3.1 Die Konzeptualisierung von Nachsorge in der Bundesrepublik Deutschland

In der Bundesrepublik Deutschland trat im Januar 2013 ein bundesweit einheitlicher Rahmen für die Suchtnachsorge in Kraft, und zwar in Gestalt des „Gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012“. Im Folgenden werden die wesentlichen Bestandteile des darin entworfenen Nachsorgekonzepts vorgestellt, gefolgt von einer Diskussion der Adaption als Bindeglied zwischen medizinischer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge.

Das Rahmenkonzept zur ambulanten Nachsorge

Die Nachsorge im Sinne des Rahmenkonzepts umfasst „definierte Gruppen- und Einzelgespräche“, die „ambulant“ in geeigneten Nachsorgeeinrichtungen durchgeführt werden (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 1–2). Es handelt sich primär um offene Gruppen mit maximal 8 bis 12 Teilnehmern¹⁵, die „in der Regel wöchentlich bis vierzehntägig zu festen Terminen“ zusammenkommen. Ergänzend besteht die Möglichkeit Einzelsitzungen und Paar- und Familiengespräche abzuhalten (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 6). Die in diesem Rahmen angebotenen Sitzungen sind in Dauer und Intensität wie folgt begrenzt: „In der Regel werden 20 Gesprächseinheiten (GE) plus 2 GE für Bezugspersonen für 6 Monate bewilligt. Im begründeten Einzelfall ist eine Verlängerung um bis zu 20 plus 2 GE für weitere sechs Monate möglich. Die Dauer der Gespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche“ (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 6). Die Anbindung der Betroffenen an eine Selbsthilfegruppe wird aufgeführt als eines der Themen der Nachsorge-Sitzungen. Gleichzeitig wird das professionelle Nachsorge-Angebot abgegrenzt von der Sucht-Selbsthilfe. Sie „kommt in Betracht, wenn der Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nicht ausreicht“ (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 2).

Das Rahmenkonzept definiert als Ziel der Nachsorge „die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz (...) insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit“. Die im Dokument präsentierten Themen der Nachsorge

¹⁵ Maximal 8 Teilnehmer bei Drogenabhängigkeit, maximal 12 Teilnehmer bei Indikation Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

suggestieren gleichzeitig, dass zur Erreichung dieses Primärziels der Suchtfreiheit auch verschiedene Zieldimensionen aus dem psychosozialen Bereich verfolgt werden. Hierzu zählt die Entwicklung eigener Freizeitaktivitäten, die Förderung der sozialen und schulischen/beruflichen Integration, und die Nutzung anderer Hilfen wie Erziehungsberatung (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 3).

Bezüglich des institutionellen Settings und der Schnittstellen zu vorgelagerten Behandlungsphasen wird Nachsorge in diesem Rahmenkonzept eng entworfen als ambulantes Folgeangebot im Anschluss an die im deutschen Versorgungssystem verankerte medizinische Rehabilitation. In diesem Sinne führt der Text aus: „Nachsorge kommt bei Abhängigkeitskranken, bei denen das Rehabilitationsziel erreicht ist, grundsätzlich im Anschluss an eine stationäre und ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation in Betracht“ (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 1). Weiterhin „sollte [sie] **nahtlos**, spätestens jedoch innerhalb von 3 Monaten nach Abschluss der Leistung zur medizinischen Rehabilitation begonnen werden“, wobei dem „Schnittstellen- und Versorgungsmanagement zwischen der Rehabilitationseinrichtung und der Nachsorgeeinrichtung“ besondere Bedeutung beigemessen und ein gewinnbringender Informationsaustausch gefordert wird (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 5).

Die der Nachsorge vorgelagerte Rehabilitationsphase fokussiert im Allgemeinen auf die medizinische und therapeutische Behandlung schwerwiegender Erkrankungen und damit verbundener Funktionsstörungen (Deutsche Rentenversicherung, 2020b). Im Fall von Abhängigkeitserkrankungen hat sie die Entwöhnung (hauptsächlich von stoffgebundenen Süchten) und langfristig die Wiedereingliederung der betroffenen Personen in Beruf und Gesellschaft zum Ziel (Deutsche Rentenversicherung, 2020a, S. 4). Die Nachsorge dient laut Rahmenkonzept der „Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen“, jedoch „treten die therapeutischen Elemente der Rehabilitation zu Gunsten der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten der Abhängigkeitskranken zurück“. Die Unterscheidung von Rehabilitation und Nachsorge fusst somit wesentlich in einer Schwerpunktverlagerung von der medizinisch-psychotherapeutischen Entwöhnung hin zur Soziotherapie der Nachsorge.¹⁶ In diesem Sinne erfolgt auch die Abgrenzung der Nachsorge von den alternativen Folgebehandlungen der „ambulanten Rehabilitation“ und der „Kombinationsleistung bzw. ambulanten Weiterbehandlung“, bei denen im Gegensatz zur Nachsorge weiterhin die therapeutische Komponente im Vordergrund steht (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012, S. 2–3).

Die Adaption als Bindeglied zwischen stationärer Rehabilitation und ambulanter Nachsorge

In seinem Gesamtüberblick zur Suchtnachsorge in Deutschland identifiziert Papenbrock (2004) neben der ambulanten Nachsorge auch stationäre und teilstationäre Nachsorgeangebote. Der Autor argumentiert, dass die in den 1990er Jahren eingeführte Phase der „Adaption“ bereits typische Merkmale der Nachsorge aufweist, auch wenn sie sozialrechtlich Teil der medizinischen Rehabilitation ist (Papenbrock, 2004). Die Adaption findet in einem stationären Rahmen statt mit einer von den Leistungsträgern vorgesehenen Dauer von 11-12 Wochen bei Alkoholabhängigkeit und bis zu 16 Wochen bei Drogenabhängigkeit (Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 11). Sie kann entweder in einer externen Adaptionseinrichtung erfolgen, d.h. „eine baulich, fachlich, personell und konzeptionell eigenständige medizinische Rehabilitationseinrichtung“, oder als interne Adaption angeschlossen sein an die Entwöhnungseinrichtung, wobei im letzteren Fall auf eine strikte räumliche und

¹⁶ Siehe auch <https://suchthilfe.de/informationen/behandlungsformen-suchtreha-150810.pdf>

konzeptionelle Trennung zur ersten Phase der medizinischen Rehabilitation zu achten ist (Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 3).

Als Teil der medizinischen Rehabilitation erfolgt die Adaption „unter der Verantwortung eines Facharztes“ (Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 15), und die therapeutische und medizinische Betreuung bleiben somit ein fester Bestandteil der Adaption. Wie bei der ambulanten Nachsorge jedoch „treten in deren Verlauf die therapeutischen Leistungen zu Gunsten einer zunehmenden Verselbständigung, Außenorientierung und stärker lebenspraktischen Unterstützung des Rehabilitanden in den Hintergrund beziehungsweise orientieren sich an dem individuellen Bedarf (Deutsche Rentenversicherung, 2019, S. 7). Die lebenspraktische Unterstützung wird hierbei durch verschiedene sozialarbeiterische Tätigkeiten vorgenommen (z.B. Vermittlung zu Fachstellen, Arbeits- und Ergotherapie, Freizeitgestaltung, Ernährungsberatung). Der verstärkte Bezug zur Aussenwelt wird über die Durchführung von externen Berufspraktika angestrebt. Das Rahmenkonzept Adaption sieht in diesem Sinne ein bis zwei Berufspraktika von mindestens vierwöchiger Dauer im Verlauf der Adaption vor. In dieser „Ausrichtung auf die Aussenwelt jenseits der Entwöhnungsbehandlung“ sieht Papenbrock ein typisches Merkmal der Nachsorge, weshalb er die Adaption im stationären Nachsorgebereich verortet (Papenbrock, 2004, S. 38).

3.2 Nachbetreuung im Land Salzburg

Das Land Salzburg präsentiert in seinem Rahmenplan 2016-2025 vier Handlungsfelder der spezialisierten Suchthilfe: „Niederschwellige Anbindung“, „Beratung“, „Therapie und Rehabilitation“, und „Nachbetreuung“ (Land Salzburg, 2020). Mit „Nachbetreuung“ sind hierbei Massnahmen gemeint, „die auf die Bearbeitung von nachhaltigen Auswirkungen der Abhängigkeitsproblematik ausgerichtet sind und somit die (Wieder-) Eingliederung der Betroffenen in ihrer sozialen Umwelt ermöglichen sollen, sowie Massnahmen der Nachsorge zur Absicherung der Ergebnisse therapeutischer und rehabilitativer Interventionen.“¹⁷

Nachbetreuung findet in zwei Modulen statt. Das erste Modul, „Wohnbetreuung“, bietet die Optionen „Übergangswohnen in der Wohngruppe oder Wohngemeinschaft“ und „betreutes selbständiges Wohnen“. Es richtet sich an Personen, die nach einer abgeschlossenen Behandlung gute Aussichten auf gesellschaftliche Reintegration haben, aber sich in prekären Wohnverhältnissen befinden. Das zweite Modul trägt den Namen „Nachsorge“. Dabei „handelt es sich um Massnahmen, die nach Beendigung von Behandlungs- oder (Re-) Integrationsmassnahmen zur Sicherung deren Ergebnisse gesetzt werden.“ Die Nachsorge steht allen Personen offen, „die eine ambulante oder stationäre Behandlung im Rahmen der Module der ambulanten bzw. stationären Therapie und Rehabilitation oder Langzeittherapie absolviert haben.“

Das Modul Nachsorge kann als ambulante Begleitungsform verstanden werden, die im Regelfall aus „fachlich/professionell begleiteten Nachsorge-Gruppen“ besteht und „in begründeten Einzelfällen auch im individuellen Setting“ stattfinden kann. Jedoch impliziert das Modul Wohnbetreuung auch die Möglichkeit einer (zumindest) teilstationären Form der Nachbetreuung, die neben der Wohnversorgung Weiterbildungsangebote und sozialarbeiterische Unterstützung beinhaltet, z.B. Ernährungsberatung, Freizeitgestaltung und Hilfe bei der Arbeitssuche.

Bezüglich der Dauer ist die Nachsorge im Rahmenplan des Landes Salzburg „prinzipiell zeitlich unbefristet, die Perspektive einer „Entlassung in die gänzliche Eigenverantwortlichkeit“ sollte aber verfolgt werden.“ Hingegen

¹⁷ Das Handlungsfeld Nachbetreuung wird auf den Seiten 24-26 des Rahmenplans vorgestellt. Die hier zitierten Passagen entstammen aus diesem Seitenbereich.

ist das Modul „Wohnbetreuung“ zeitlich befristet, sowohl das Übergangswohnen als auch das potentiell darauffolgende Element des selbständigen Wohnens, wobei die maximale Verweildauer im Rahmenplan nicht präzisiert wird.

Die Zielsetzung des Nachsorge-Moduls ist im vorliegenden Fall verortet in der Förderung des suchtfreien Lebens und der psychischen Gesundheit, mit einem Fokus auf „psychische Stabilisierung, Aufrechterhaltung des Problembewusstseins sowie Verhinderung bzw. schnelle Unterbrechung von Rückfällen.“ Dies kommt auch im aufgeführten Leistungsumfang zum Ausdruck, der „Psychoedukation“, „gesundheitspsychologische Beratung“ und „Vermittlung zur Suchtberatung bei Recidiven“ beinhaltet. Nachsorge-Gruppen werden als „vorwiegend abstinenzorientiert“ dargestellt, aber es sind auch Gruppen vorgesehen für Personen mit einer auf „nachhaltiger Konsumreduktion ausgerichteten Behandlung“. Das Modul „Wohnbetreuung“ zielt auf „höchstmögliche soziale (Re-)Integration und Selbständigkeit der Lebensführung“ und bietet Leistungen in diesem Sinne, von „Wohnversorgung“ über „Aufbau sozialer Netzwerke“ bis hin zur „Unterstützung bei Arbeits- und Wohnungssuche“. Psychosoziale Stabilisierung steht somit im Vordergrund.

In Bezug auf Angebotsübergänge wird das Nachsorge-Modul, und ähnlich dasjenige der Wohnbetreuung, zum einen phasentypisch dargestellt als Anschlussbetreuung nach der ambulanten oder stationären therapeutischen oder rehabilitativen Behandlung. Zum anderen wird die phasenübergreifende Bedeutung der Nachsorge hervorgehoben: „Nachsorge ist grundsätzlich als wesentlicher Teil des Behandlungspfades zu sehen und daher bereits während der Behandlungs- bzw. (Re-)Integrationsmaßnahmen und insbesondere im Rahmen des Entlassungsmanagements gemeinsam mit der Fallbegleitung zu fordern und zu fördern. Der Fallbegleitung kommt im Falle von Zugangshürden eine „zuführende“ („abholende“) Funktion zu.“

Der Bezug zu angrenzenden Bereichen der Versorgung (z.B. Jobcenter) wird nicht explizit diskutiert, jedoch wird deren Rolle als „angrenzende (psycho-soziale) Hilfen“ in der Gesamtversorgungsstruktur des Rahmenplans anerkannt. Angebote zur Selbsthilfe werden ebenfalls als angrenzende Hilfsstrukturen im Rahmenplan gewürdigt. Es erfolgt jedoch eine klare Abgrenzung zwischen den vormals erwähnten fachlich begleiteten Nachsorge-Gruppen und denen der Selbsthilfe: „Freie Selbsthilfe-Gruppen, wie AA, NA, Blaues Kreuz oder Blauer Kreis, sind im Gegensatz zu den Nachsorge-Gruppen i.e.S. auch für Personen offen, die sich noch keinen Behandlungsmaßnahmen unterzogen haben oder sich auch keinen spezifischen Maßnahmen unterziehen möchten.“ (S. 26).

3.3 Nachsorge im Kanton Basel-Stadt

Als Beispiel eines in der Schweiz anzutreffenden Nachsorge-Konzepts wird im Folgenden der Inhalt des Merkblatts „Erläuterungen zur Nachsorge nach einer Therapie in einer stationären/teilstationären Einrichtung der Suchthilfe“ präsentiert, welches von der Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartments des Kantons Basel-Stadt am 18. Januar 2016 veröffentlicht wurde. Diese Auswahl soll lediglich als Beispiel eines Nachsorge-Konzepts auf kantonaler Ebene dienen und beruht auf dem Vorliegen eines separaten Dokuments zur Suchtnachsorge, welches im Verlauf der freien Literaturrecherche gesichtet wurde.¹⁸

¹⁸ Eine Workshop-Teilnehmerin wies zurecht darauf hin, dass die meisten Menschen, die von einer Suchterkrankung betroffen sind, nach dem stationären Setting entweder beim Sozialamt oder bei der Arbeitslosenversicherung (und seltener bei der Invalidenversicherung) Hilfe erfahren. Relevante Informationen zur Suchtnachsorge sind dementsprechend häufig in den kantonalen oder kommunalen Richtlinien der Sozialhilfe/Arbeitslosenversicherung zu finden, z.B. im Fall des Kantons Bern (<https://handbuch.bernerkonferenz.ch/stichwoerter/stichwort/detail/sucht/>).

Die Abteilung Sucht führt mehrere Bedingungen für den Antritt einer Nachsorge aus, die von der Institution bzw. der betroffenen Person erfüllt sein müssen (Abteilung Sucht, 2016, S. 4). Hierzu zählen:

- Das Therapieangebot während der Nachsorge muss gegenüber dem einer Therapieeinrichtung reduziert sein und sich schwergewichtig auf die Kompetenzentwicklung in den Bereichen selbstständiges Wohnen, soziale Integration, Arbeitsfähigkeit und Finanzmanagement konzentrieren.
- Eine interne oder externe Tagesstruktur / Arbeit muss gegeben sein.
- Der Konsum muss stabil sein, bzw. die Klientin/der Klient muss abstinent sein.
- Die Anbindung an eine Beratungsstelle oder Arztpraxis des künftigen Wohnortes muss vorhanden sein.

Diese Nachsorgebedingungen geben auch Aufschluss über die Zielsetzung der Nachsorge, welche sich in der Verlagerung des Schwerpunkts von der (engen) suchttherapeutischen Seite hin zur Stärkung der gesellschaftlichen Teilhabefähigkeit ausdrückt. Nachsorge wird somit als primär soziotherapeutisches Angebot verstanden.

Bezüglich der Dauer der Nachsorge ist folgendes vermerkt: „Eine Kostengutsprache für eine Nachsorge wird im Anschluss an eine Therapie in der Regel für die Dauer von drei Monaten erteilt. Eine Verlängerung ist möglich, bedarf jedoch einer besonderen Prüfung.“

Die Nachsorge kann im vorliegenden Fall ambulant oder (teil)stationär stattfinden (Abteilung Sucht, 2016, S. 2). In letzterem Fall findet sie „in einer Aussenwohngruppe (AWG) oder ähnlichen Einrichtungen der Therapieinstitution statt, in welcher die Betreuung schwergewichtig auf die zukünftige Selbständigkeit hin ausgerichtet ist.“ Ambulante Nachsorge hingegen ist definiert als „die fachliche Betreuung und Beratung von Betroffenen, die nach der Therapie in eine eigene Wohnung oder eine selbständige Wohnform zurückkehren.“

Bezüglich der Angebotsübergänge wird die Nachsorge zunächst phasentypisch verortet als „die letzte Phase einer therapeutischen Behandlung einer Suchterkrankung, in der „die schrittweise Reintegration in das zukünftige Lebensumfeld der Betroffenen und in die Gesellschaft stattfindet“ (Abteilung Sucht, 2016, S. 2). Aus dem Titel des Dokuments geht zudem hervor, dass die Nachsorge poststationär konzipiert ist, d.h. sie erfolgt „nach einer Therapie in einer stationären/teilstationären Einrichtung der Suchthilfe“. Gleichzeitig wird durchgängig auf die Rolle der Indikationsstelle bzw. der fallführenden Stelle verwiesen, die als Ansprechpartner für die Dauer der Nachsorge fungieren.

D Konzeptualisierung der Nachsorge für die Schweiz

Das vorliegende Kapitel präsentiert und diskutiert einen Entwurf für die Definition der Sucht-Nachsorge in der Schweiz. Die Konzepterarbeitung basiert auf der oben präsentierten Literaturanalyse von relevanten Forschungsarbeiten und grauer Literatur. Es wurde zudem Wert darauf gelegt, das Nachsorgekonzept nah an der Realität auszurichten (Goertz, 2020). Hierfür nimmt das Kapitel verstärkt Bezug auf das Verständnis von Nachsorge in beispielhaft ausgewählten Suchthilfe-Einrichtungen in der Schweiz. Die Definition ist im Einklang mit der Verortung der Nachsorge im Bereich „Therapie und Beratung“ der Nationalen Strategie Sucht, wo Nachsorge als Teil des Behandlungspfads in Ergänzung zum ambulanten und stationären Beratungs- und Behandlungsangebot Erwähnung findet (Der Bundesrat, 2020, S. 17).

Im Folgenden wird zunächst die Kurzfassung der Definition vorgestellt. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird näher auf die einzelnen Bestandteile eingegangen. In den darauffolgenden Kapiteln E und F werden

Diskussionspunkte und Empfehlungen in Bezug auf die Definition erörtert unter Einbezug der Erkenntnisse des Workshops vom 13.12.2021.

Es sei darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Kapitel vornehmlich der Begriff „Nachsorge“ genutzt wird im Einklang mit dem begrifflichen Ausgangspunkt des Forschungsprojekts. Die Literaturanalyse und Workshop-Erkenntnisse deuten auf die Zweckmässigkeit einer begrifflichen Neuorientierung hin wie es im englischen Sprachgebrauch mit dem Übergang von *aftercare* zu *continuing care* zu beobachten ist. Die abschliessenden Kapitel E und F diskutieren u.a. diese Frage der Zweckmässigkeit und begrifflichen Anpassung.

1 Definition

Nachsorge im Suchtbereich richtet sich an alle Personen, die sich nach einer intensiveren Behandlungsphase (Entzug/Entwöhnung) in einem stabilisierten Suchtzustand der Abstinenz oder des kontrollierten Konsums befinden. Sie umfasst alle Massnahmen und Aktivitäten, die darauf abzielen, diese Personen auf ihrem weiteren, von grösserer Eigenständigkeit geprägten Weg der biologischen, psychischen und sozialen Festigung zu begleiten. Hierbei rücken psychosoziale Massnahmen gegenüber medizinisch-therapeutischen in den Vordergrund.

Nachsorge findet vorwiegend ambulant statt. Mögliche (teil-)stationäre Nachsorgeangebote sind i.d.R. als Übergangsformen ausgelegt, die in die ambulante Nachsorge münden. Nachsorge zeichnet sich weiterhin aus durch eine geringere Intensität der institutionellen Begleitung im Vergleich zum vorgelagerten Behandlungsangebot bei gleichzeitiger Flexibilität in Bezug auf den Einzelfall und die Dauer der Nachsorge. Durch den Einsatz von „case management“ (Fallbegleitung) wird eine lückenlose Anbindung zwischen der Nachsorge und den intensiveren Behandlungssettings sichergestellt, und die Vernetzung mit den angrenzenden Unterstützungssystemen des öffentlichen Sektors und der Selbsthilfe gefördert.

2 Stabilisierter Zustand des Suchtverhaltens

Das Kriterium eines stabilisierten Suchtzustands ist weithin anerkannt als eine notwendige Bedingung für den Eintritt in die Nachsorge. Im klassischen Phasenmodell unterscheidet dieses Kriterium die Nachsorge grundlegend von den vorgelagerten Behandlungsangeboten des Entzugs und der Entwöhnung, in denen die Hinführung zu einem stabilen Suchtzustand im Vordergrund steht (z.B. K. Wendt, 2017). Auch die auf ein Versorgungskontinuum ausgelegten Standards der *American Society for Addiction Medicine* (ASAM) führen Suchtstabilität als Bedingung für den Beginn der Nachsorge an: „*Continuing care management is provided when the patient has achieved stable sobriety, achieved most or met all treatment goals and the patient is ready for sustainable recovery-focused self-care*“ (ASAM, 2014, S. 13).

Während Abstinenz traditionell als Hauptziel der Suchtbehandlung und somit als typisches Merkmal eines stabilen Suchtzustands verstanden wird, schliesst der Begriff vermehrt auch das Therapieziel eines kontrollierten Konsums mit ein. In diesem Sinne formuliert beispielweise die Abteilung Sucht des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt als Bedingung für den Eintritt in die Nachsorge: „Der Konsum muss stabil sein, bzw. die Klientin/der Klient muss abstinent sein“ (Abteilung Sucht, 2016). Die hier vorgeschlagene Definition schliesst

sich diesem Verständnis an und bezieht sich auf abstinenteres Verhalten sowie kontrollierten Konsum¹⁹. Dies steht im Einklang mit der Nationalen Strategie Sucht, die ebenfalls nicht auf dem Abstinenzgebot aufgebaut ist.

In der Praxis wird das Bestehen eines stabilen Suchtzustands häufig gleichgesetzt mit dem „planmäßigen Abschluss“ einer vorgelagerten Suchttherapie. So wird in der Bundesrepublik Deutschland die (ambulante) Nachsorge „in der Regel nur bei planmäßiger Entlassung aus der vorausgegangenen stationären oder ganztägig ambulanten Leistung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bewilligt, wenn das ursprüngliche Rehabilitationsziel erreicht ist“ (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012).²⁰ In diesem Zusammenhang sollte darauf geachtet werden, dass die „planmäßige Entlassung“ aus der Therapie tatsächlich mit der Verbesserung/Stabilisierung des Zustands der betroffenen Person einhergeht, und nicht durch das Ende der geplanten oder bewilligten Therapiezeit bedingt ist.

Allgemein können zwei Dimensionen eines stabilen Suchtzustands festgehalten werden:

Dimension 1: Konsummuster / Entzugssymptome

- Die erste Dimension eines stabilen Suchtzustands bezieht sich auf den konkreten/objektiven Umgang der Person mit dem/n in Frage stehenden Suchtmittel(n) im Verlauf der Behandlung bzw. in den 3-6 Monaten vor Beginn der Nachsorge (DiClemente, 2018, S. 213). Wenn Abstinenz das Behandlungsziel darstellt, sollte die betroffene Person im genannten Zeitraum die unter Behandlung stehenden Suchtmittel nicht konsumiert haben und nicht auf Ausweichprodukte umgestiegen sein. Bei kontrolliertem Konsum als Therapieziel folgte der Konsum dem in der Behandlung festgelegten Muster. Rückfälle, falls vorhanden, kamen nur vereinzelt und über kurze Zeiträume vor, und wurden intensiv aufgearbeitet, sodass aus ihnen gelernt werden konnte (DiClemente, 2018, S. 229). Entzugserscheinungen sind nicht zu beobachten.

Dimension 2: Zuversicht und Bereitschaft zur Aufrechterhaltung des Wandels

- Die zweite Dimension bezieht sich auf die Bereitschaft und Zuversicht der betroffenen Person, die im Behandlungsrahmen etablierte Änderung des Suchtverhaltens aufrechtzuerhalten. Sie hat sich hierzu psychisch und gedanklich von der allumfassenden Dominanz des Suchtmittels gelöst (Papenbrock, 2004, S. 31). Sie ist bereit, sich von negativen Einflüssen zu lösen oder hat es schon getan, und ist zuversichtlich, dass sie Risikosituationen meistern kann. Die Person ist zudem in der Lage, Ziele und Teilziele für die Nachsorgephase und ihre weitere Genesung (recovery) zu entwickeln.

Diese Dimensionen orientieren sich an weit verbreiteten Instrumenten und Modellen der Suchtentwicklung und -behandlung, beispielsweise am ersten (*intoxication*) und vierten (*readiness for change*) der Platzierungskriterien, welche die ASAM für die Zuteilung von Suchtbetroffenen innerhalb eines

¹⁹ Im Anschluss an die Dokumentationsstandards III der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) kann ein kontrollierter Konsum definiert werden als „eine regelmäßige oder episodische rauschfreie Substanzeneinnahme ohne Kontrollverlust, ohne Konsumexzesse und ohne gravierende negative Folgen (gesundheitlich, sozial, beruflich, Legalverhalten)“ (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, 2001). Dies beinhaltet i.d.R., dass die Person sich an vorher festgelegte Konsumregeln hält, inklusive maximale Trinkmenge pro Tag und Woche sowie Anzahl abstinenter Tage pro Woche (Straub, 2013).

²⁰ Vgl. auch den Rahmenplan des Landes Salzburg: „Die Teilnahme an den (in der Regel) offenen Nachsorge-Gruppen ist ohne weitere Voraussetzungen für alle möglich, die eine ambulante oder stationäre Behandlung im Rahmen der Module der ambulanten bzw. stationären Therapie und Rehabilitation oder Langzeittherapie absolviert haben“ (Land Salzburg, 2020)

Versorgungskontinuums (*continuum of care*) vorschlägt.²¹ Die zwei Dimensionen finden zudem ihre Entsprechung im einflussreichen transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung (TTM) von Prochaska und DiClemente (DiClemente, 2018; DiClemente et al., 2004; Prochaska et al., 1993). Dieses entwirft die Entwicklung von Suchtverhalten als einen mehrstufigen und oftmals zyklischen Prozess, in dem betroffene Personen vom Zustand der Sorglosigkeit (*pre-contemplation*) über Bewusstwerdung (*contemplation*), Vorbereitung (*preparation*) und Handlung (*action*) hin zur Aufrechterhaltung (*maintenance/termination*) eines suchtfreien Zustands gelangen können. Als mögliche Unterstützungsmassnahme auf diesem Weg lässt sich die Nachsorge im Stadium der Aufrechterhaltung verorten und setzt voraus, dass die Person bereits fest auf der Stufe der „Handlung“ etabliert ist. Letztere beinhaltet, i.d.R. über einen Zeitraum von 3-6 Monaten (DiClemente 2018: 213), die Loslösung vom Suchtverhalten in allen Lebensbereichen (z.B. durch die Abschottung von negativen Einflüssen im Rahmen einer stationären Therapie), eine anhaltende Bestimmtheit und Stärkung des Selbstvertrauens bezüglich der Befreiung von der Sucht (*self-efficacy*), die Fähigkeit aus vereinzelt Rückfällen Lehren für das zukünftige Verhalten zu ziehen, und den erfolgreichen Umgang mit Herausforderungen wie Suchtverlangen (*cravings*), Versuchungen etc. (DiClemente, 2018). Diese Aspekte sind in den zwei oben genannten Dimensionen des stabilen Suchtzustands enthalten.

Das TTM postuliert, dass die Loslösung von der Sucht vom inneren Wandel der Person abhängt. Die Stabilität des Suchtzustands sollte demnach von der Fachperson in enger Abstimmung mit der betroffenen Person beurteilt werden. Die Sicht des Klienten/der Klientin scheint insbesondere in Bezug auf die zweite Dimension von grosser Bedeutung, da er/sie die eigene innere Bestimmtheit zur Aufrechterhaltung des Wandels im Kontext grösserer Eigenständigkeit am ehesten einschätzen kann.

Gleichzeitig ist anzuerkennen, dass die im Rahmen einer intensiveren Therapiephase errungene Stabilisierung in der Realität oftmals fragil ist, was die Einstufung immer als vorübergehende Entscheidung markiert, die einer regelmässigen Überprüfung bedarf. Dies im Blick behaltend wird zusammenfassend davon ausgegangen, dass im Verlauf einer krisenbedingten Behandlungsepisode ein gewisses Mass an Stabilisierung geschaffen wurde (im Vergleich zur Krisensituation bei Eintritt in die Behandlung), auch wenn der erreichte Zustand fragil ist, und dass die fortführende Begleitung (Nachsorge) der weiteren Förderung und Überprüfung dieses Zustands dient.

Verschiedene existierende Messinstrumente können für die Operationalisierung der zwei Dimensionen genutzt werden, z.B. Teile des *Addiction Severity Index* (ASI). Beispiele und Quellen für Indikatoren finden sich in Anhang I und II (siehe auch Abschnitt 10 in diesem Kapitel).

3 Intensität und Dauer in der Nachsorge

Nachsorge dient als Brücke um die Rückkehr in ein vollständig selbstbestimmtes Leben zu erleichtern und ist bereits durch ein hohes Mass an Eigenständigkeit der begleiteten Personen geprägt. Die gestärkte Selbstständigkeit äussert sich von Seiten des Versorgungssystems i.d.R. in einer zeitlich weniger intensiven Betreuung im Vergleich zu den vorgelagerten Behandlungsphasen.²² Die geringere Behandlungsintensität ist dementsprechend ein weit verbreitetes Merkmal von Nachsorgedefinitionen in der Literatur (z.B. Blodgett et

²¹ Siehe <https://www.asam.org/asam-criteria/about>

²² Blodgett et al. definieren Intensität als Anzahl der geplanten Sitzungen pro Woche (Blodgett et al., 2014, S. 4), siehe auch Kapitel C.2.

al., 2014; McKay, 2001, 2021).²³ Im Versorgungskontinuum der ASAM, welches Angebote für Suchtbetroffene nach ihrer Intensität einstuft, kann die Nachsorge (*continuing care*) in diesem Sinne v.a. im Bereich der wenig intensiven *outpatient services* verortet werden, d.h. ambulante Versorgung mit unter 9 Stunden Betreuung pro Woche für Erwachsene (Medicaid, 2017). In neuesten Überarbeitungsvorschlägen des ASAM Kontinuums wird das langfristige Begleiten/Monitoring von stabilisierten Personen (*long-term remission monitoring*), welches als eine Form der fortführenden Begleitung zu werten ist, als die mit am wenigsten intensive Angebotsform des Versorgungssystems eingeführt.²⁴ Gleichzeitig soll die Intensität an den individuellen Bedürfnissen der Suchtbetroffenen ausgerichtet werden, was sich in der vermehrten Verwendung des Begriffs *continuing care* (anstelle von *aftercare* oder *stepdown care*) widerspiegelt (MacLean et al., 2021; McKay, 2009; Passetti et al., 2016, S. 3). Nachsorge impliziert somit geringere Versorgungsintensität im Regelfall bei gleichzeitiger Flexibilität, die es erlaubt die Unterstützung bedarfsgerecht anzupassen.²⁵

Flexibilität charakterisiert auch die Dauer der Nachsorge. In der klassischen *aftercare*-Perspektive der Forschungsliteratur wurde Nachsorge meist als kurzfristiges Zusatzangebot zur akuten Therapiephase gesehen (siehe Kapitel C.1). Wohl aus forschungspraktischen Gründen sind Nachsorge-Interventionen in wissenschaftlichen Untersuchungen bis heute meist von begrenzter Dauer, zwischen 2 Monaten und 2 Jahren²⁶, auch wenn in ihnen der chronische Charakter der Sucht regelmässig betont wird (Simoneau et al., 2018, S. 260). In ähnlicher Weise findet man in steuerungspolitisch motivierten Definitionen einen Entwurf der Nachsorge als zeitlich eng limitierte Leistung, die über einige Wochen oder Monate den Übergang in die Eigenständigkeit begleitet. Das Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung beispielweise sieht eine Dauer von 6 Monaten vor mit der Option einer 6-monatigen Verlängerung. Demgegenüber stehen (oftmals rein fachlich orientierte) Ansätze, aus denen Nachsorge als ein unbefristetes Angebot hervorgeht. Beispielsweise machen die Standards der ASAM keine spezifischen Vorgaben zur Dauer der Nachsorge²⁷, das Nachsorgeangebot der Alternative aus dem Kanton Zürich (Beratung und Nachsorge KANU) „ist zeitlich unbegrenzt“ (Huber & Vetsch, 2018), und der Rahmenplan des Landes Salzburg nennt Nachsorge „... prinzipiell zeitlich unbefristet, die Perspektive einer „Entlassung in die gänzliche Eigenverantwortlichkeit“ sollte aber verfolgt werden“ (Land Salzburg, 2020, S. 25). Eine solch längerfristige Nachsorgeperspektive entspricht auch dem Verständnis von Genesung im Rahmen des *recovery*-Konzepts (z.B. Martinelli et al., 2020), sowie dem Verlauf des TTM, in dem die Phase der Aufrechterhaltung (*maintenance*) des suchtfreien Zustands als jahrelanger Prozess angesehen wird (DiClemente, 2018, S. 239). In dieser Reihe deutet auch die empirische Forschung darauf hin, dass sich die Dauer der Nachsorge positiv auf die Entwicklung der Betroffenen auswirkt, wobei weitere Forschung hierzu vonnöten ist (Beaulieu et al., 2021; McKay, 2009, 2021; Proctor & Herschman, 2014; Simoneau et al., 2018, S. 260).

²³ Als Beispiel sei McKay zitiert: „As originally conceptualized, continuing care was a period of lower-intensity treatment following a more intensive initial period, such as residential care or an intensive outpatient program (IOP).“ (McKay, 2021, S. 2).

²⁴ Diese neue Kategorie wird als der am wenigsten intensive Bereich der bereits wenig intensiven Hauptkategorie *outpatient services* verortet, siehe https://sitefinitystorage.blob.core.windows.net/sitefinity-production-blobs/docs/default-source/quality-science/proposed-updates-4th-ed-criteria.pdf?sfvrsn=5401e40a_9

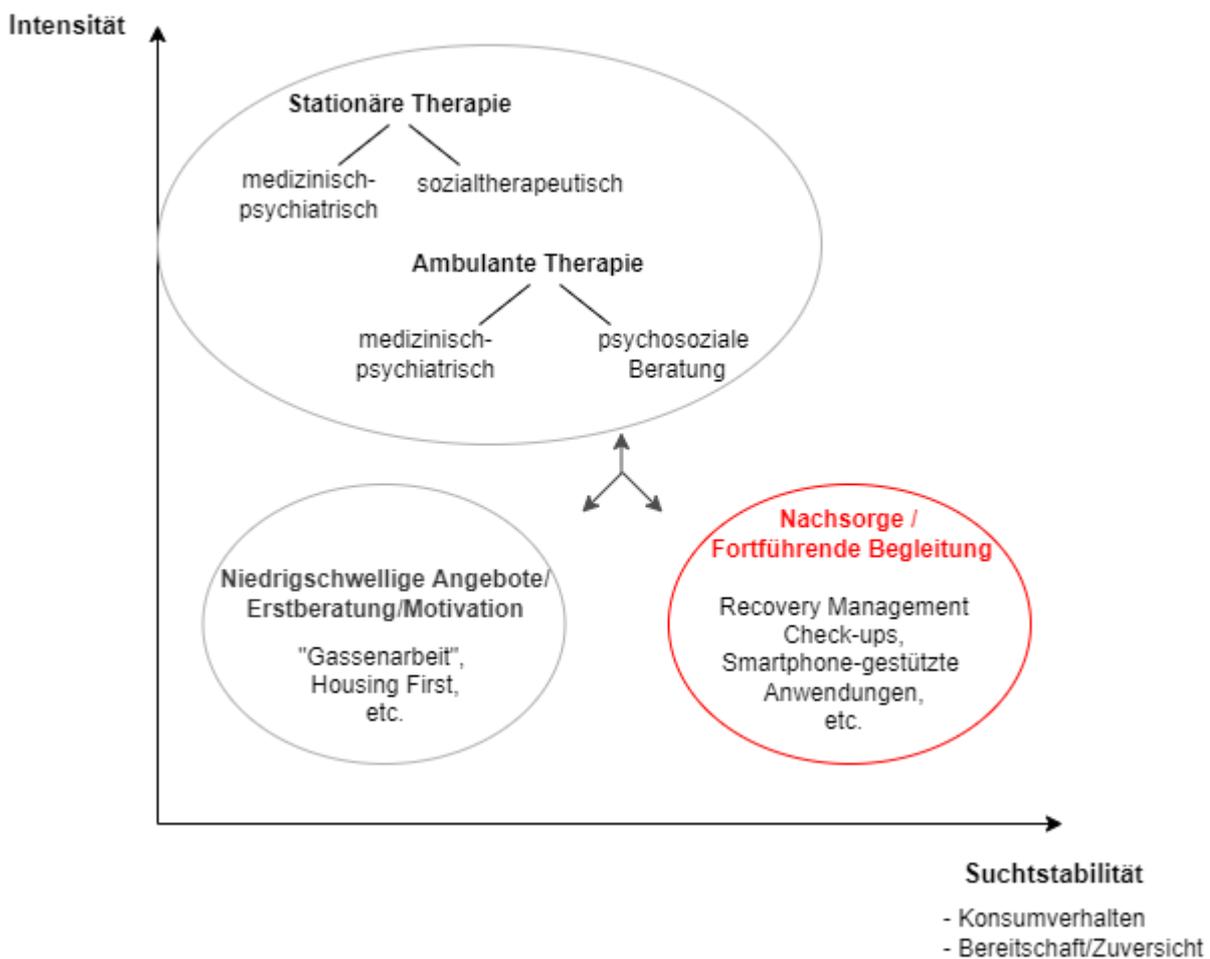
²⁵ Die Frage nach der optimalen Intensität von Nachsorgemassnahmen hängt von personenbezogenen Faktoren ab und bedarf weiterer Forschung (Blodgett et al., 2014; Simoneau et al., 2018).

²⁶ Basierend auf eigener Auswertung von Forschungsarbeiten (siehe auch Blodgett et al., 2014; Simoneau et al., 2018).

²⁷ Siehe <https://www.advancedrecovery.com/asam-standards-care-facilitating-continuing-care-recovery/>

Abbildung 1 verortet die Nachsorge bzw. fortführende Begleitung im Versorgungssystem der Suchthilfe entlang der zentralen Dimensionen der Intensität (vertikale Achse) und der Suchtstabilität (horizontale Achse). Nachsorge bezieht sich demnach auf ein wenig intensives Begleitungsangebot für Personen, die bereits ein gewisses Mass an Suchtstabilität errungen haben (Positionierung im unteren rechten Bereich der Abbildung). Hiervon abzugrenzen sind niedrigschwellige Angebote (inklusive Erstberatung und Motivation), die ebenfalls eine wenige intensive Einzelbetreuung implizieren, aber keine Bedingungen an die Suchtstabilität stellen. Die Abbildung erlaubt es auch, Nachsorge von den intensiveren stationären und ambulanten Beratungs- und Behandlungsangeboten abzugrenzen, welche in der Nationalen Strategie Sucht Erwähnung finden (Der Bundesrat, 2020, S. 17) und dazu gedacht sind, den Stabilisierungsprozess von Menschen mit Suchtproblemen wesentlich zu unterstützen.

Abbildung 1: Nachsorge im Versorgungssystem der Suchthilfe²⁸



²⁸ Es ist anzumerken, dass die Abbildung die Komplexität der fortführenden Begleitung und des Versorgungssystems im Ganzen nur vereinfacht wiedergeben kann.

4 Fokussierung auf psychosoziale Themen

Die weiter oben diskutierte Bedingung eines stabilen Suchtzustands bezieht sich auf das konkrete Verhalten in Bezug auf die substanz- oder verhaltensspezifische Suchtform. Im Sinne des bio-psycho-sozialen Ansatzes erfordert eine weiterführende Stabilisierung eine möglichst positive Entwicklung der biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, die mit der Sucht einhergehen, d.h. durch das Suchtverhalten beeinträchtigt werden²⁹ und negativ auf das Suchtverhalten einwirken können.³⁰ Die Ziele der Nachsorge richten sich deshalb speziell auf eben solche Faktoren, die den Stabilisierungsprozess beeinflussen könnten. Für einige davon können Nachsorgeinstitutionen inhaltlich von zentraler Bedeutung sein (z.B. Rückfallprävention), während sie für andere v.a. eine Verknüpfungs- und Begleitungsfunktion im Sinne des case managements (s.u.) einnehmen (z.B. Anbindung an das primäre Gesundheitssystem).

Basierend auf Erkenntnissen aus Literatur und Praxis werden im Folgenden die Hauptthemen/Ziele der Nachsorge kurz vorgestellt. Die erste dieser Dimensionen, Rückfallprävention, betrifft explizit den Nachsorgebereich, während die anderen Dimensionen in der Nachsorge einen zentralen Stellenwert haben, aber auch in anderen Behandlungsphasen von Bedeutung sind. Die unteren Dimensionen bilden gleichzeitig die Grundlage für die Wirksamkeitsdimensionen der Nachsorge, welche in Abschnitt 10 präsentiert werden (siehe auch Anhang I und II):

Dimension 1: Rückfallprävention

- Die Förderung der Rückfallprävention als Teil der Nachsorge folgt aus dem Anspruch, den stabilen Suchtzustand nach dem formellen Therapieende weiter zu festigen. Sie ermöglicht eine weitere Stärkung der Zuversicht (*self-efficacy*), sich von der Sucht zu befreien und mit Risikosituationen umzugehen, die sich z.B. aus dem Übergang aus einer stationären Therapie in den Alltag der „Aussenwelt“ ergeben (DiClemente, 2018; Papenbrock, 2004). Die Rückfallprävention beinhaltet u.a. die Identifizierung von Risikosituationen, die Entwicklung von Gegenstrategien zur Begrenzung der Rückfallgefahr, sowie das Lernen, mit Rückfällen umzugehen (Independent Expert Working Group, 2017; Larimer et al., 1999; Melemis, 2015).

Dimension 2: Gesundheitszustand

- Zum einen betrifft dieser Bereich den physischen Gesundheitszustand der Person, d.h. körperliche Einschränkungen und Erkrankungen, die u.U. mit der langjährigen Suchterkrankung einhergehen (z.B. HIV oder Hepatitis C, aber auch basale Befunde wie Zahnprobleme). Zum anderen geht es um den psychischen Gesundheitszustand der betroffenen Person, beispielsweise Frustrationen, Depressionen oder andere neben der Sucht auftretende psychische Störungen (Komorbidität), die einer weiteren Behandlung bedürfen. Die Nachsorge zielt in diesem Zusammenhang auf die Motivation und Beratung der Personen bezüglich grundlegender Gesundheitsfragen sowie die Vernetzung mit angrenzenden fachrelevanten Hilfsangeboten.

²⁹ Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD) und das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen (DSM) beispielsweise beziehen die sozialen und psychischen Begleiterscheinungen des Suchtmittelkonsums in ihre Definition der Abhängigkeit mit ein.

³⁰ In diesem Sinne z.B. DiClemente (2018): *“Problems in other areas of life functioning (marital, psychiatric, employment, etc.) can create difficulties or distress that overwhelm behavioral coping or undermine efficacy needed to sustain the change.”*

Dimension 3: Materielle Sicherheit

- Hier geht es um die Frage, ob grundsätzliche materielle Bedürfnisse erfüllt sind oder in Gefahr stehen, beispielsweise bezüglich Wohnsituation und Einkommen für den täglichen Lebensunterhalt. Auch die rechtliche Situation der Personen wird dieser Dimension zugeordnet. Die Nachsorge hat auch in diesen Bereichen eine beratende Rolle sowie eine Vernetzungsfunktion mit relevanten angrenzenden Hilfesystemen (z.B. Schuldenberatung).

Dimension 4: Aktivitäten und Partizipation

- In Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) betrifft dieser Bereich die Fähigkeit der Personen, herkömmliche Erfordernisse des Alltags wahrzunehmen und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Hierbei geht es zunächst um Grundanforderungen wie einen Haushalt zu führen und auf seine Gesundheit und Hygiene zu achten. Weiterhin betrifft dieser Bereich die Ausübung einer Erwerbstätigkeit oder Ausbildung, welche neben der wirtschaftlichen auch eine lebensgestaltende Funktion der Selbstentfaltung und gesellschaftlichen Teilhabe beinhalten (Kames, 2011). Zudem umfasst die Dimension Aktivitäten und Partizipation auch sinnstiftende Leistungen und Freizeitaktivitäten wie Freiwilligendienste oder Vereinsaktivitäten.³¹

Dimension 5: Soziales Netz

- In diesem Bereich geht es um die Schaffung eines sozialen Umfelds, welches die weitere Suchtstabilisierung der Personen fördert anstelle sie zu behindern. Dies beinhaltet insbesondere die Reaktivierung, Stärkung oder den Aufbau von Freundschaftsbeziehungen und Familienbanden, die dem Wunsch des suchtfreien Lebens zugutekommen.

Diese Dimensionen spiegeln die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren wider, die je nach Ausprägung die Aufrechterhaltung der im vorangegangenen Behandlungsverlauf erreichten Suchtstabilisierung fördern oder gefährden können. Sie sind in verschiedenen Modellen vertreten, die in der Suchthilfe und der Nachsorge im Speziellen Verwendung gefunden haben, z.B. im Modell der 5 Säulen der Identität von Hilarion Petzold (Deloie, 2015; Papenbrock, 2004). Nach diesem Modell sind fünf Bereiche gemeinsam und in Wechselwirkung für eine stabile Identität notwendig, nämlich Leib (Gesundheit), Sozialer Kontext, Arbeit und Leistung, Materielle Sicherheit, Sinn und Werte. Das im Suchtbereich weit verbreitete recovery-Konzept betont in ähnlicher Weise, dass ein sinnträchtiges Leben für Suchtbetroffene auf körperlicher und geistiger Gesundheit, Beschäftigung, und förderlichen wirtschaftlichen, familiären und sozialen Lebensumständen beruht (Davidson et al., 2021; Laudet & Best, 2015, S. 1069; Martinelli et al., 2020). Die Dimensionen stehen zudem in einer Reihe mit weit verbreiteten Konzeptualisierungen und Messinstrumenten in der Gesundheits- und Suchtforschung, z.B. der ICF, dem ASI, den Platzierungskriterien der ASAM und jüngeren Instrumenten der sozialen Diagnostik in der Suchthilfe (Hansjürgens & Schulte-Derne, 2020).³²

Der Vorrang psychosozialer Themen in der Nachsorge hat nicht zu bedeuten, dass die soziale Arbeit von vorgelagerten Behandlungsphasen ausgenommen wäre. Die Loslösung von negativen sozialen Einflüssen und die Schaffung eines positiven sozioökonomischen Kontexts sind so schon in der vorigen Behandlungsphase –

³¹ Siehe auch <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icf/icfhtml2005/component-d.htm>

³² Siehe auch <https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/>

bzw. im Stadium der Handlung des TTM – von grosser Bedeutung (DiClemente, 2018, S. 225). Dies entspricht auch einer Grundaussage des recovery-Konzepts, nämlich dass das Wohlbefinden und die gesellschaftliche Teilhabe von suchtbetroffenen Personen in allen Phasen ihrer Entwicklung zu fördern ist (z.B. Davidson et al., 2021). Vielmehr handelt es sich bei der Nachsorge also um eine weiterführende Förderung psychosozialer Bereiche, die bereits in den vorgelagerten Beratungs-/Behandlungsphasen eingesetzt hat und nun im Kontext grösserer Eigenständigkeit fortgeführt wird.³³ Dieser fortführende Charakter findet sich wieder im englischsprachigen Ausdruck *continuing care*, der (wie in Kapitel C besprochen) in jüngerer Zeit vermehrt Verwendung findet anstelle des Begriffs *aftercare* (MacLean et al., 2021; McKay, 2021).

Die Fokussierung der Nachsorge auf diese primär psychosozialen Themen ist auch im Einklang mit den Nachsorgekonzepten von beispielhaft ausgewählten Suchthilfe-Institutionen aus der Schweiz.³⁴ So fokussiert die ambulante Nachsorge der im Kanton Bern ansässigen Stiftung „Terra Vecchia“ auf die „Bearbeitung von Themen wie Rückfallprävention, Wohnen, Berufs- und Weiterbildung, Gesundheit, Alltagsbewältigung, Beziehungen, Freizeitgestaltung, Lohnverwaltung oder Schuldensanierung“. ³⁵ Ähnlich lautet eine der „Nachsorgebedingungen“ im Kanton Basel-Stadt: „Das Therapieangebot während der Nachsorge muss gegenüber dem einer Therapieeinrichtung reduziert sein und sich schwergewichtig auf die Kompetenzentwicklung in den Bereichen selbstständiges Wohnen, soziale Integration, Arbeitsfähigkeit und Finanzmanagement konzentrieren“ (Abteilung Sucht, 2016).

5 Institutionelles Setting: Ambulante Nachsorge und (teil-)stationäre Übergangslösungen

Im Einklang mit dem Anspruch der gesteigerten Eigenständigkeit nimmt Nachsorge überwiegend eine ambulante Form an, d.h. die Personen haben ihren Lebensmittelpunkt ausserhalb der Nachsorgeinstitution und werden durch punktuelle Nachsorgeaktivitäten begleitet (siehe auch Abschnitt 7 in diesem Kapitel). Dieses ambulante Verständnis von Nachsorge spiegelt sich wider in der Fachliteratur, welche unter dem Begriff der Nachsorge (*aftercare/continuing care*) hauptsächlich ambulante Massnahmen untersucht (siehe Kapitel C.2). Auch in themenrelevanten Studien und Konzeptentwürfen aus der Praxis wird Nachsorge primär als ambulant eingestuft. Wie im vorangegangenen Kapitel erwähnt, ist in der Bundesrepublik Deutschland Nachsorge im Suchtbereich primär als ambulante Leistung definiert über das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (auch wenn die „Adaption“ als teilstationäre Dimension der Nachsorge gewertet werden kann). Dies scheint auch dem in der Schweiz vorherrschenden Konzept der Nachsorge zu entsprechen. So ist die im Fachverband Sucht etablierte Fachgruppe zu diesem Thema explizit als Fachgruppe „Ambulante Nachsorge“ betitelt. Bezeichnend ist auch, dass im Rahmen der diesjährigen *act-info* Institutionenbefragung, welche als Vollerhebung konzipiert ist, über 60% der befragten Kontaktpersonen angaben, dass die ambulante Nachsorge (nach stationärer Therapie) Teil des Beratungs-

³³ Die kontinuierliche Präsenz von Nachsorge-typischen Themen im Behandlungsverlauf führt Bürkle zur Schlussfolgerung, dass Nachsorge nicht zwingend zeitlich nachgeordnet, sondern auch begleitend zur Behandlungsphase i.e.S. erfolgen kann (Bürkle, 2004, S. 16).

³⁴ Eine systematische Analyse aller Nachsorge-Konzepte von Schweizer Suchthilfe-Institutionen konnte im Rahmen dieses Mandats nicht vorgenommen werden.

³⁵ Siehe <https://www.terra-vecchia.ch/sozialtherapie/nachstationaere-angebote/>

/Behandlungsangebots ihrer Institution ist, während knapp 13% das Vorhalten eines teilstationären Nachsorgeangebots bejahen.³⁶

In der empirischen Forschung erfolgt die Nachsorge meist im Anschluss an eine stationäre Therapiephase, während in einigen Fällen ein Übergang von einer (intensiven) ambulanten Behandlung in die ambulante Nachsorge zu beobachten ist.³⁷ Darüber hinaus sind Übergangsformen einzubeziehen, die dem Umstand Rechnung tragen, dass der Hilfebedarf in den Themenfeldern der Nachsorge von Person zu Person unterschiedlich ist, u.a. aufgrund der sozialen Ausgangslage, Suchtbiographie und der Prominenz psychosozialer Themen in vorgelagerten Phasen der Suchtbehandlung (z.B. im Rahmen einer stationären Soziotherapie). Das institutionelle Setting der Nachsorge passt sich dieser Realität an, indem es neben den ambulanten auch (teil-)stationäre Angebote als Übergangslösungen vorhält. Personen, die im Anschluss an eine Therapie nicht über eine gesicherte Wohnmöglichkeit („materielle Sicherheit“), einen Arbeitsplatz und/oder ein suchtfreies soziales Netz verfügen, finden Unterstützung in solchen (teil-)stationären Nachsorgeangeboten.

Im teilstationären Setting der fortführenden Begleitung (Nachsorge) sind die Personen entweder tagsüber oder abends/nachts in der Einrichtung untergebracht. Während die Nachsorgeeinrichtung im ersten Fall eine Tagesstruktur und ein soziales Umfeld bietet, entspricht der zweite Fall dem Betreuten Wohnen: Die Personen gehen tagsüber einer Beschäftigung ausserhalb der Institution nach und leben ansonsten (abends/nachts/Wochenende) in einer betreuten Wohngruppe. Dieses Setting bietet sich für Personen an, deren Wohnsituation nach einer stationären Therapie noch nicht geklärt ist. Zudem erleichtert das betreute Wohnen die soziale Einbindung für Personen, die ausserhalb der Institution nicht über ein tragfähiges soziales Netz verfügen. Die Betreuung in diesem Setting beinhaltet i.d.R. die Durchführung von Aussenaktivitäten um die soziale Einbindung über die Wohngruppe hinaus zu erleichtern (Papenbrock, 2004, S. 50). Die Aussenwohngruppen des Freihof Kuesnacht können als Beispiel eines teilstationären Nachsorgeangebots angeführt werden.³⁸ Dieses auf 3-12 Monate ausgelegte Angebot „richtet sich an Personen, die eine stationäre Suchttherapie regulär beendet haben und die während der Phase der beruflichen und sozialen Reintegration eine sozialtherapeutische und psychotherapeutische Begleitung wünschen.“ Die Aufnahme setzt eine vorhandene „Tagesstruktur auf dem Ersten oder Zweiten Arbeitsmarkt“ voraus, wobei prinzipiell auch „eine Teilnahme an der arbeitsagischen Tagesstruktur des Freihof“ möglich ist.³⁹

Die Möglichkeit, neben der Beherbergung auch die in der Institution angebotenen Werk Tätigkeiten als Tagesstruktur zu nutzen, bereitet einen fließenden Übergang in ein vollstationäres Setting. An dieser Stelle können die Grenzen zwischen stationärer Therapie und Nachsorge verschwimmen, umso mehr als die Nachsorge i.d.R. bereits im Verlauf der stationären Therapie vorbereitet wird, um einen lückenlosen Übergang zu gewährleisten (z.B. Abteilung Sucht, 2016). Im französischsprachigen Kontext (und speziell in Frankreich) wird die Unterscheidung zusätzlich dadurch erschwert, dass der Nachsorge-Begriff (*postcure*) mehrfach konnotiert ist, was zu Konfusionen führen kann (siehe auch Anhang III): Zum einen verweist er auf vollstationäre Angebote mit ausgeprägtem therapeutischen Bezug im Anschluss an einen Entzug (*services de postcure*), und zum anderen

³⁶ Auswertung von insgesamt 265 Antworten, fehlende Angaben wurden ausgeschlossen.

³⁷ Basierend auf eigener Auswertung der Literatur (siehe auch McKay, 2009; Passetti et al., 2016; Simoneau et al., 2018)

³⁸ Siehe <https://www.freihof-kuesnacht.ch/page/de/suchttherapie/aussenwohnen>

³⁹ Ähnlich gelagerte Beispiele finden sich z.B. im Betreuten Wohnen der entero Stiftung (siehe <https://www.entero.ch/de/betreutes-wohnen#betreuungskonzept>) und dem Begleiteten Wohnen bei Akzent Prävention und Suchttherapie (siehe <https://www.akzent-luzern.ch/bewo>)

auf eher teilstationäre, psychosozial geprägte Angebote (*foyers de postcure*) (Drozd, 2012, S. 29; Pinot, 2002, S. 29–30).

Als Bestandteil der Nachsorge ist die stationäre Form i.d.R. nur als eine vorübergehende Lösung anzusehen, die eine gezielte Bearbeitung psychosozialer Themen beinhaltet (inklusive der Suche nach einem externen Arbeitsplatz oder einer Ausbildungsmassnahme), um den Weg zu einem von grösserer Eigenständigkeit geprägten Setting zu ebnet. Sie wird im Sinne eines kontinuierlichen Hilfesystems (*continuing care / continuum of care*) angeboten, um eine flexible und situationsgerechte/passgenaue Versorgung für suchtbetroffene Personen bereitzustellen (Independent Expert Working Group, 2017, S. 79–80; Passeti et al., 2016, S. 3). Im oben genannten Beispiel des Freihof Küsnacht (wie in den ähnlich gelagerten Fällen) ist das betreute Wohnen dementsprechend als Übergangsangebot konzipiert, das an eine stationäre Therapie anschliesst und nachfolgend i.d.R. in eine ambulante Nachbetreuung mündet, wobei im Sinne der Behandlungskontinuität ein flexibles Vor und Zurück ermöglicht werden soll.

6 Nachsorge-Instrumente und Ansätze

Suchtnachsorge umfasst eine breite Palette von Aktivitäten und Massnahmen, die je nach institutionellem Setting der Nachsorge eine unterschiedliche Gewichtung erfahren und einzeln oder in Kombination auftreten können. In einem engen Verständnis können als Nachsorge-spezifische Massnahmen folgende in der Forschungsliteratur untersuchten Instrumente hervorgehoben werden:

- Mobile Nachsorge-Instrumente gestützt auf moderner Informations- und Kommunikationstechnologie (z.B. SMS, Smartphone-Apps)
- Recovery Management Check-ups (RMC)

Ferner ergibt sich aus der Literaturanalyse (siehe auch Kapitel C.2) folgende Übersicht von Instrumenten, die in einem weitergefassten Verständnis der Nachsorge zugeordnet werden können (diese kommen nicht nur, *aber auch* in der Nachsorge zum Einsatz):⁴⁰

- Einzel- und Gruppensitzungen (in Präsenzform)
- Partner-/ Familiengespräche
- Hausbesuche
- Telefonische Begleitung (Monitoring und Beratung)

Zusätzlich finden in der Nachsorge verschiedene inhaltliche Ansätze Anwendung, die i.d.R. mit mehreren der genannten Instrumente kompatibel sind. Dazu zählen z.B. Ansätze zur Hinführung an das 12-Stufen-Programm (McKay, 2009), verschiedene Rückfallpräventionstherapien, die häufig auf der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT) basieren, und Ansätze zur Motivationssteigerung. Wie die oben genannten Instrumente finden diese Ansätze nicht nur in der Nachsorge Verwendung, sondern sind zum Grossteil auch fester Bestandteil intensiverer Therapieprogramme (z.B. CBT-basierte Gruppensitzungen). Sie kommen jedoch auch, und i.d.R. in geringerer Intensität, in der Nachsorge zum Einsatz zur weiterführenden Stabilisierung der Personen.

⁴⁰ Die nachfolgende Übersicht erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für jüngere Überblicksarbeiten, siehe z.B. Blodgett et al., 2014; Lenaerts et al., 2014; McKay, 2021.

7 Nachsorge, integrierte Zusammenarbeit und case management

Eine im Suchtbereich bedeutende Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte ist die von Wissenschaft und Praxis geforderte Schaffung eines integrierten Versorgungssystems für Suchtbetroffene, welches der Komplexität einer chronischen Erkrankung und dem damit verbundenen multidimensionalen Handlungsbedarf gerecht wird. Integrierte Versorgung meint hierbei die „vernetzte, verbindliche und zielorientierte Zusammenarbeit verschiedener Anbieter unter Koordination und gegenseitiger Abstimmung der Angebote und Interventionen“ (Berthel et al., 2015, S. 15).⁴¹ In diesem Zusammenhang steht auch die verstärkte Anwendung von case management, welches als „integrierte Versorgung im Einzelfall“ bezeichnet werden kann (W. R. Wendt, 2001, S. 61). Es handelt sich hierbei um ein Handlungskonzept, das eine strukturierte organisationsübergreifende Steuerung von Unterstützungsprozessen gewährleisten soll (Hofstetter-Rogger, 2008): „Case management organisiert einen Versorgungszusammenhang (*continuum of care*), koordiniert den Einsatz der Beteiligten in ihm, so dass eine zielgerichtete und zielwirksame Zusammenarbeit erfolgt“ (W. R. Wendt, 2001, S. 62).

Case management ist allgemein in der Sozialen Arbeit und im Gesundheitsbereich verankert und findet so in unterschiedlichen Arbeitsbereichen Anwendung, z.B. in der Pflege, Beschäftigungsförderung, im Versicherungswesen, in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung usw.⁴² Case management kommt dementsprechend auch in vielen der Suchthilfe angrenzenden Bereichen wie in den Sozialdiensten zum Einsatz, was systemübergreifende Absprachen erfordert um nicht gar ein „Case Management aller Case Managerinnen und Case Manager“ nötig zu machen (Stoop, 2008, S. 30). In Anbetracht dieser Komplexität wird case management in der vorliegenden Arbeit in erster Linie aus der Perspektive des Suchthilfesystems im engeren Sinne betrachtet.

Wirksamkeitsstudien zum case management in der Suchthilfe deuten hin auf einen positiven Einfluss dieses Handlungskonzepts in Bezug auf unterschiedliche Wirksamkeitsdimensionen wie Suchtverhalten, Behandlungskontinuität, Anbindung an angrenzende Hilfesysteme und individuelles Wohlbefinden (Penzenstadler et al., 2017; Vanderplasschen et al., 2019). Case management ist auch für die Nachsorge im Speziellen von grosser Bedeutung. Zum einen vermindert die Fallbegleitung Bruchstücke im Versorgungssystem zwischen Entzug, Entwöhnung und Nachsorge und hat einen positiven Einfluss auf die Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten (Siegal et al., 2002). Als Garant der Versorgungskontinuität ist case management hierbei besonders bedeutsam bei schweren Suchtverläufen, die ein häufiges Vor und Zurück zwischen den idealtypischen Phasen der Suchthilfe erfordern (Schu, 2002). Zum anderen ist case management eng verwoben mit der Nachsorgearbeit selbst, da die Anbindung von betroffenen Personen an angrenzende Versorgungssysteme (z.B. Arbeitsamt, primäres Gesundheitssystem) i.d.R. eine zentrale Aufgabe sowohl der Nachsorgearbeit als auch des case managements darstellt. Case management wird deshalb mitunter auch als *die* Methode der Nachsorge dargestellt, mit dem zuständigen Fallbegleiter als Berater, Koordinator und Anwalt (Papenbrock, 2004, S. 57ff).

⁴¹ Das integrierte Versorgungsmodell wird in der Literatur abgegrenzt vom vormals im Suchtbereich dominierenden „*acute care model*“, welches gekennzeichnet ist durch einzelne, in sich abgeschlossene und nicht verknüpfte Interventionen von eher kurzer Dauer mit einem Fokus auf die Behebung von Symptomen (W. L. White & Kelly, 2011a, S. 1–2).

⁴² <https://www.socialnet.de/lexikon/Case-Management>

Die Rolle von case management in der Nachsorge kann hierbei verschiedene Formen annehmen je nach praktiziertem Ansatz von case management und der vorliegenden Einrichtungs-/ Versorgungsstruktur.⁴³ In (eher) systemzentrierten Ansätzen wird die Koordinationsfunktion des case managements hervorgehoben. Hier ist der case manager v.a. auf die Vermittlung innerhalb von meist formalisierten Kooperationsstrukturen fokussiert (*formal consortium*), während die spezifische (Nachsorge-)Leistung von den so eingebundenen Fachdiensten erbracht wird (*Broker/Generalist model*). Die Perspektive Solothurn beispielsweise vereint Fachstellen aus Bereichen wie Jugend- und Suchtberatung, Überlebenshilfe, Wohnen und Arbeit (Stoop, 2008; Stoop & Leber, 2001). In diesem Zusammenhang hat der institutionsübergreifende Bereich case management v.a. die Situationsanalyse, Vermittlung und Koordinierung interner und externer Dienstleistungen im Blick.⁴⁴ In anderen Fällen übernimmt die Fallbegleitung neben den Koordinationsleistungen auch beträchtliche Teile der inhaltlichen (Nachsorge-)Betreuung (*clinical/rehabilitation model*). In einzelnen Einrichtungen, die die Behandlungskette von Beratung bis Nachsorge abdecken, kann so eine einzige Fachperson, typischerweise aus dem Bereich der Sozialen Arbeit kommend (Sommerfeld, 2019), ab und für Erstberatung, nachfolgendes case management (inkl. Anbindung an externe Stellen) und die Nachsorgebetreuung verantwortlich sein (*single agency model*) (SAMHSA, 2015, S. 31; W. R. Wendt, 2001, S. 64). Im Verein für umfassende Suchttherapie (Die Alternative) aus dem Kanton Zürich beispielsweise werden über den Bereich „Beratung und Nachsorge KANU“ Nachsorgeleistungen (z.B. Schuldenberatung) von derselben Fachperson erbracht, die seit dem Beratungs-/Behandlungsbeginn die Fallführung innehatte.⁴⁵

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass case management als Handlungskonzept entlang des gesamten Behandlungspfades Verwendung findet und sich somit auch auf die Nachsorge erstreckt (Land Salzburg, 2020, S. 25; Tuchman, 2018, S. 12).⁴⁶

8 Angrenzende Unterstützungssysteme

Aus dem vorigen Abschnitt ist ersichtlich, dass die Anbindung an angrenzende Unterstützungssysteme einen zentralen Aspekt der Nachsorge darstellt. Diese angrenzenden Systeme sind nicht Teil der professionellen Suchtnachsorge im engeren Sinne, aber sie sind in einem breiteren Verständnis als bedeutende Elemente der Nachsorge aufzufassen. Hierbei kann unterschieden werden zwischen zivilgesellschaftlichen Initiativen und staatlich-institutionellen Hilfsangeboten, auch wenn es zwischen diesen Formen z.B. in der Finanzierung zu Kontaktpunkten kommen kann (Ashford et al., 2020).

⁴³ In der Literatur werden verschiedene Ansätze von case management unterschieden, z.B. die Typen „*Broker/Generalist*“, „*Strengths Perspective*“, „*Assertive Community Treatment*“ und „*Clinical/Rehabilitation*“ (Vanderplasschen et al., 2007). Man kann zudem verschiedene Modelle der Einrichtungsstruktur bzw. der interinstitutionellen Zusammenarbeit unterscheiden, z.B. „*single agency*“, „*informal partnership*“, „*formal consortium*“ (SAMHSA, 2015, S. 29ff).

⁴⁴ Siehe auch <https://perspektive-so.ch/fachstellen/casemanagement/>

⁴⁵ In den Worten einer verantwortlichen Person: „Unser Credo lautet: die Nachsorge beginnt schon beim Eintritt in die Therapie. Das bedeutet unter anderem, dass die beim Intake zuständige Sozialarbeiterin die Klientin bzw. den Klienten zeitlich unbefristet und unabhängig vom Behandlungsverlauf begleitet. Somit vom Intake über die stationäre Phase bis hin zur ambulanten Begleitung in der Nachsorge.“ (Huber & Vetsch, 2018).

⁴⁶ Medizinische Leitlinien aus dem Suchtbereich, die als Grundlage für klinische Behandlungspfade Verwendung finden (Tuchman, 2018, S. 25ff), beinhalten i.d.R. Empfehlungen zur Durchführung von Nachsorgebehandlungen (siehe <https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien/ll-liste/deutsche-gesellschaft-fuer-suchtforschung-und-suchttherapie-ev.html>).

In Bezug auf den staatlichen Bereich geht es um die verschiedenen öffentlichen Stellen, die in den für die Nachsorge zentralen Themenbereichen Verantwortlichkeiten innehaben und so einen Beitrag zur Genesung der Betroffenen leisten können. Es handelt sich hierbei u.a. um: Akteure aus dem primären Gesundheitssystem, z.B. Krankenhäuser aber auch niedergelassene Ärzte, die die medizinische Betreuung in der Nachsorge wahrnehmen; Institutionen der Sozial- und der Behindertenhilfe, die im Bereich des Wohnens und der materiellen Grundsicherung von Bedeutung sind; Arbeitsämter im Rahmen der Vermittlung von Beschäftigungs- und Fortbildungsmöglichkeiten; und Jugendämter, die im Fall von minderjährigen Abhängigen oder zum Schutz von Kindern zum Einsatz kommen (Ashford et al., 2020; Kanton Basel-Stadt & Kanton Basel-Landschaft, 2020; Oliva & Walter-Hamann, 2013). Zur Förderung der Nachsorge-Ziele stehen Suchthilfe-Einrichtungen im Kontext der Nachsorge in engem Kontakt mit diesen Stellen.

Im zivilgesellschaftlichen Bereich bilden Selbsthilfegruppen ein essentielles Angebot neben der professionellen Suchtnachsorge. Während der professionelle Sektor die Legitimität aus seinem Fachwissen bezieht, beruht sie bei Selbsthilfegruppen auf „der eigenen Erfahrung (=Betroffenheit) und der Bereitschaft zur Weiterbildung“ (Gövert, 2004). Selbsthilfegruppen wie die Anonymen Alkoholiker sind dabei nicht auf den Bereich der Nachsorge beschränkt, aber bieten u.a. in dieser Phase eine Möglichkeit, sich mit Personen auszutauschen und zu beraten, die selbst Suchterfahrungen gemacht haben. Neben ihrer originären Rolle der Unterstützung einer suchtfreien Lebensweise (Rückfallprävention) fördern Selbsthilfegruppen v.a. soziale Beziehungen und halten z.T. weitergehende Integrationsbemühungen vor wie gemeinsame Freizeitaktivitäten oder Angebote in den Bereichen Arbeit, Beschäftigung und Wohnen (Gövert, 2004, S. 224). Wissenschaftliche Untersuchungen deuten darauf hin, dass Selbsthilfegruppen einen positiven Einfluss auf Personen in der Nachsorge haben, insbesondere wenn die Personen sich über die bloße Teilnahme hinaus in erhöhtem Masse einbringen (M. L. Dennis et al., 2014).⁴⁷

Die Vernetzung zwischen der professionellen Nachsorge und der Selbsthilfe kann verschiedene Formen annehmen. Auf dem einfachsten Niveau handelt es sich um informelle Beziehungen, z.B. wenn die Nachsorgeverantwortlichen ihre Klientel zum Besuch von Selbsthilfegruppen ermutigen, sich aktiv um einen Austausch und die Vermittlung an existierende Gruppen bemühen oder interessierte Suchtbetroffene zusammenbringen, um die Initiierung von lokalen Gruppen zu fördern. Eine informelle Vernetzung hängt stark vom individuellen Engagement der Mitarbeiter ab und ist anfällig für Bruchstellen, z.B. wegen persönlicher Ansichten, Vorurteilen und Missverständnissen bezüglich des Verhältnisses zwischen professioneller Nachsorge und Selbsthilfe (Ruf & Walter-Hamann, 2015). Diese Punkte sprechen für eine Institutionalisierung der Kooperation mit gemeinsamen Konzepten, Zielsetzungen und verbindlichen Absprachen, wie im Beispiel der Zusammenarbeit zwischen dem Deutschen Caritasverband und dem Kreuzbund-Bundesverband (Deutscher Caritasverband e.V., 2015). Eine noch stärker integrierte Form der Beziehung ist in einigen Fachinstitutionen zu beobachten, die professionelle Suchthilfeangebote mit denen der Selbsthilfe vereinen. Das Blaue Kreuz beispielsweise fungiert als „Fachorganisation (...) für Prävention, Beratung und Integration im Bereich der

⁴⁷ Neben Selbsthilfegruppen im engen Sinne haben in jüngerer Zeit weitere für die Nachsorge relevante Hilfsangebote Verbreitung gefunden (v.a. in den Vereinigten Staaten, aber z.T. auch in der Schweiz), beispielsweise speziell auf Suchtbetroffene ausgerichtete Schul- und Studienprogramme (*recovery high schools / collegiate recovery programs*), Unterkünfte wie die sogenannten Oxford Houses (*recovery homes*), und Gemeinschaftszentren, die von Menschen mit Suchterfahrung unterhalten werden (*recovery community centers*). Solchen Angeboten wird in der Forschungsliteratur ein beträchtliches Unterstützungspotential beigemessen, wobei die Grenze zwischen Selbsthilfe und professioneller Hilfe nicht immer klar zu ziehen ist (Jason et al., 2021).

legalen Suchtmittel⁴⁸ und verkörpert gleichzeitig als einer der grossen Selbsthilfeverbände eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen (Gövert, 2004, S. 218).

Die Beziehung zwischen dem professionellen und dem Selbsthilfesektor ist in jedem Fall als komplementär zu erachten. In diesem Sinne argumentieren Ruf und Walter-Hamann: „Im Bereich der Nachsorge besteht die größte Überschneidung zwischen beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe, aber auch hier stehen die Angebote nicht in Konkurrenz, sondern haben jeweils eine unterschiedliche Ausrichtung. Sie ergänzen sich in Bezug auf die Dauer (Eisenbach-Stangl, 2003), aber auch in Bezug auf den Inhalt. Verkürzte Behandlungszeiten und schwierige Problemlagen machen eine professionelle Nachsorge oft unverzichtbar, langfristige Stabilisierung und Bewältigung des Alltags erfordern die Fortführung der Nachsorge in der Selbsthilfe (Küfner, 1990)“ (Ruf & Walter-Hamann, 2015).

9 Wirksamkeitsdimensionen

Die Wirksamkeitsdimensionen ergeben sich überwiegend aus den in den Abschnitten 2 und 4 diskutierten Bedingungen und Themen der Nachsorge:

- die Aufrechterhaltung eines stabilen Suchtzustands mit den Komponenten Konsum und Bereitschaft/Zuversicht⁴⁹
- der physische und psychische Gesundheitszustand
- die materielle Sicherheit mit den Komponenten Wohnen, Finanzen und rechtliche Situation
- der Bereich Aktivitäten und Partizipation
- das soziale Netz mit den Komponenten Familie und Freunde
- die Anbindung an angrenzende Hilffsysteme

Diese Dimensionen decken in grossen Teilen die Aspekte ab, die in empirischen Wirksamkeitsstudien der Nachsorge als abhängige Variablen untersucht werden. Die genannten (Sub-)Dimensionen werden in der Literatur mithilfe verschiedener Messinstrumente und Indikatoren operationalisiert. Es ist zu beachten, dass diese meist nicht mit Blick auf die Nachsorge entwickelt wurden⁵⁰ und deshalb tlw. einer Anpassung an den Nachsorge-Kontext bedürfen. Anhang I präsentiert Beispiele solcher Indikatoren mit Verweis auf die zugehörigen Messinstrumente, während Anhang II ein anschauliches Literaturbeispiel zur Nachsorge-Wirksamkeitsmessung wiedergibt (siehe Mellentin et al., 2016).

Die untere Abbildung 2 unterteilt wesentliche in diesem Kapitel (D.4 bis D.9) diskutierte Elemente der Nachsorge in ein enges (innerer Kreis) und ein weitergefasstes (äusserer Kreis) Verständnis der Nachsorge. Die Abbildung ist als provisorisch anzusehen und soll keine scharfen Trennlinien für die Nachsorge in der Schweiz vorgeben. In Bezug auf die Instrumente und Themen/Wirksamkeitsdimensionen der Nachsorge bezieht sich der innere Kreis auf Elemente, die eher spezifisch der Nachsorge angehören, d.h. nahezu exklusiv in der Nachsorge stattfinden, während der äussere Kreis Elemente abbildet, die zwar in der Nachsorge, aber auch in anderen Behandlungsphasen geläufig sind. Im Bereich des institutionellen Settings hebt die Abbildung im inneren Kreis

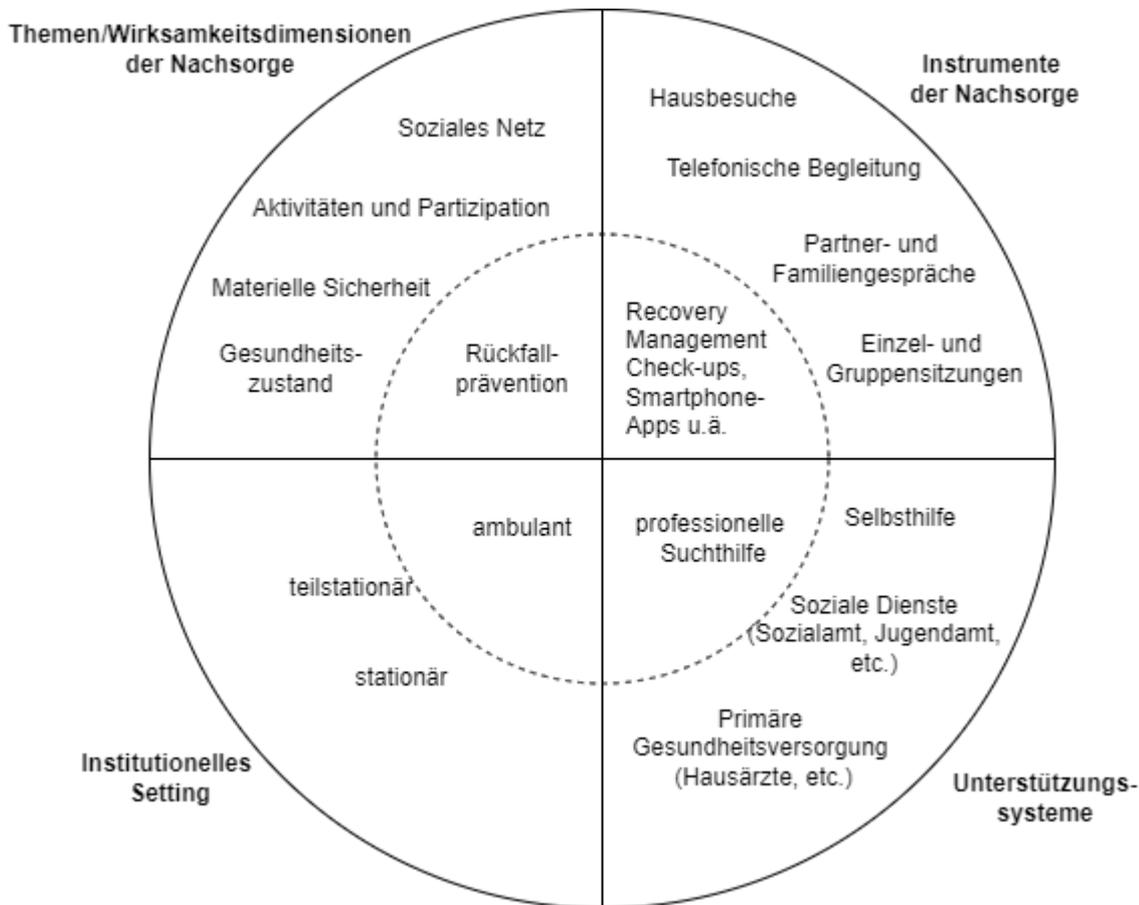
⁴⁸ Siehe <https://zh.blaueskreuz.ch/ueber-uns>

⁴⁹ Die in Abschnitt 4 präsentierte Dimension „Rückfallprävention“ ist hier mit inbegriffen.

⁵⁰ Für einen Überblick, siehe z.B. (Rohsenow, 2018)

die vornehmlich ambulante Form der Nachsorge hervor, während im äusseren Kreis den (teil-)stationären Übergangslösungen der Nachsorge Rechnung getragen wird. Im Bereich der Unterstützungssysteme schliesslich wird die Nachsorge im engeren Sinne im professionellen/spezialisierten Suchthilfesystem verortet, während der äussere Kreis auf die angrenzenden Hilfssysteme hinweist, die in einem weiteren Sinn der Nachsorge zugehören bzw. einen wichtigen Beitrag leisten.

Abbildung 2: Einordnung von Bestandteilen der Nachsorge-Definition



E Zusammenfassung und Diskussion der Workshop-Ergebnisse

Ein erster Entwurf der im vorangegangenen Kapitel vorgestellten Konzeptualisierung der Nachsorge wurde am 13.12.2021 in einem Online-Workshop mit Teilnehmern aus der Suchthilfe-Praxis, den Schweizer Fachverbänden im Suchtbereich (Fachverband Sucht, GREA, Ticino Addiction) und dem Bundesamt für

Gesundheit diskutiert.⁵¹ Das vorliegende Kapitel fasst die Workshop-Ergebnisse zusammen und reflektiert die Nachsorge-Konzeptualisierung basierend auf den Erkenntnissen aus dem Workshop.

Trotz bestehender Debatten in der Literatur wurde im vorangegangenen Kapitel darauf verzichtet, den Nachsorge-Begriff terminologisch neu zu fassen. Dies liegt u.a. darin begründet, dass der Begriff der Nachsorge eine gewisse Tradition im deutschsprachigen Raum hat (Papenbrock, 2004) und bei vielen Beteiligten ein intuitives Gespür für seine Bedeutung unterstellt werden kann (d.h. Menschen weiter zu unterstützen, nachdem sie im Rahmen einer intensiveren Behandlungsphase einen gewissen Mass an Stabilität errungen haben). Diese Einschätzung hat sich im Rahmen des Workshops v.a. auf Seiten der deutschsprachigen Praxisexpertinnen und -experten bestätigt, die mit der Idee der Nachsorge (oder Nachbetreuung) aus ihren eigenen Institutionen und Erfahrungen vertraut waren. Das Konzept der Nachsorge wurde hierbei v.a. mit der Herausforderung in Verbindung gebracht, nach einer stationären Therapie passende Anschlusslösungen (und Finanzierungen) zu finden um die Personen auf ihrem weiteren Weg zu begleiten.

Auf der anderen Seite wurden im Rahmen des Workshops von einigen Beteiligten Zweifel geäussert, ob der Begriff als passend für die Schweizer Suchthilfandschaft einzuschätzen ist. Es wurde Sympathie für die im englischsprachigen Raum beobachtbare Entwicklung ausgedrückt, wo der Begriff *aftercare* in der Literatur vermehrt durch die Konzeptualisierung als „*continuing care*“ eine Änderung erfährt (siehe Kapitel C). Ausserdem wurde der Eindruck geäussert, dass der Begriff Nachsorge altmodisch belastet sei aus einer Zeit, als der Weg aus der Sucht immer Abstinenz implizierte. Aktuell gebe es demgegenüber immer mehr die Einsicht der Individualität von Behandlungsverläufen, die nicht mehr so einfach einzuordnen sind in Kategorien wie „vor der Behandlung“, „Entzug“, „Entwöhnung“, „Stabilisation“ und „Nachsorge“.

In eine ähnliche Richtung gingen Einschätzungen zur Zweckmässigkeit des Begriffs, die sich aus den Erfahrungen im französisch- und italienischsprachigen Teil der Schweiz speisten. Dort findet der Nachsorge-Begriff (*post-cure*) kaum Verwendung bzw. er wird in der Romandie (und v.a. in Frankreich) höchstens im Kontext der stationären Versorgung gebraucht, die unmittelbar auf einen Entzug folgt. Auch von dieser Seite wurde die phasentypische Abfolge, in der der Nachsorge-Begriff verortet ist, in Frage gestellt, da dadurch ein vorher und ein nachher suggeriert werden, die der Komplexität der realen Abläufe nicht entsprechen: Eine suchtbetroffene Person bewegt sich nicht auf einem vordefinierten Versorgungspfad, sondern in einem Versorgungsnetz, wo je nach Zustand einmal eine intensivere und dann eine weniger intensive Art der Betreuung gefordert ist. Die frankophonen Workshop-Teilnehmer führten aus, dass sich angesichts der Komplexität der realen Begebenheiten in der Romandie u.a. verschiedene aufsuchende oder vorbereitende Angebote zur Förderung von „*rétablissement*“ (recovery) etabliert haben. Diese Angebote sprechen z.T. Themen an, die in diesem Bericht mit der Nachsorge verbunden werden, aber sie passen (u.a.) zeitlich nicht zum hier ausgearbeiteten Konzept der Nachsorge. Als Beispiel fand hierbei v.a. das Projekt *Housing First* Erwähnung, in dem suchtbetroffenen Menschen eine sichere Wohnsituation geebnet wird, bevor sie sich im Anschluss eventuell und nach freiem Willen einer Suchtbehandlung unterziehen. Die als Teil der Nachsorge aufgefasste Schaffung einer sicheren materiellen Wohnsituation wird in diesem Falle also an den Anfang des Genesungsprozesses gestellt. Zudem wurde angemerkt, dass man bei stationären Aufenthalten häufig versuche, die Frage der Nachbetreuung zu Beginn des Aufenthalts zu klären um damit verbundene Unsicherheiten bei den Betroffenen nach Möglichkeit frühzeitig aus dem Weg zu räumen.

⁵¹ Im Vergleich zur Workshop-Version hat das vorangegangene Kapitel D einige Überarbeitungen erfahren, inklusive die Einbeziehung der zwei Abbildungen, welche nicht Bestandteile des diskutierten Entwurfs waren. Die wesentlichen Einsichten aus dem Workshop werden jedoch im vorliegenden Kapitel E und in Kapitel F besprochen.

Die letztgenannten Kommentare weisen zurecht darauf hin, dass die Begrifflichkeit der Nachsorge eine gewisse Realitätsferne aufweisen kann, insbesondere im Fall von langjährigen Suchtverläufen, bei denen sich intensive Behandlungsepisoden mit weniger intensiven Phasen abwechseln. Wie aus diesem Bericht ersichtlich spiegelt sich diese Einsicht auch in der Literatur wider, in der die Angemessenheit des *aftercare*-Begriffs vermehrt angezweifelt wird und eine Ablösung durch den Ausdruck *continuing care* gefordert wird (MacLean et al. 2021). Eine solche begriffliche Anpassung scheint auch für den Schweizer Kontext begrüssenswert um Missverständnisse auszuräumen und die zeitgemässere Idee hinter dem Nachsorgebegriff zum Ausdruck zu bringen. Diese besteht im Wesentlichen darin, dass das Versorgungssystem eine fortlaufende Begleitung bereithält, nachdem Menschen eine intensive krisenbedingte Behandlungsepisode durchlaufen haben und ein gewisses (und meist fragiles) Mass an Stabilisierung errungen haben.⁵² Diese Idee ist sicherlich auch in den Landesteilen der Schweiz präsent, in denen der Begriff Nachsorge weniger Anklang findet. Im Rahmen des Workshops wurde beispielweise darauf verwiesen, dass in der Romandie Angebote häuslicher Pflege und Betreuung (*soins et accompagnement à domicile*) an Prominenz gewinnen. In einer Informationsbroschüre führt die Fondation Levant als Ziel eines solchen Angebots u.a. aus: „Permettre le retour à domicile après un séjour résidentiel/hospitalier“. Dies verdeutlicht beispielhaft, dass Ansätze zur fortführenden Begleitung von Suchtbetroffenen nach einer intensiveren Behandlung durchaus vorhanden sind, auch wenn sie nicht unter dem Begriff der Nachsorge (*post-cure*) geführt werden.

In engem Zusammenhang hierzu wurde *case management* von der Mehrzahl der Workshop-Teilnehmer als wesentliches Element hervorgehoben, wenn über Nachsorge und ein nahtloses Versorgungssystem im Allgemeinen reflektiert wird. Ein Teilnehmer beispielweise betonte die herausragende Bedeutung des *case management* in einem Kontext, in dem Klienten über lange Zeit und in verschiedenen Settings Unterstützung brauchen (*ambulant, stationär, geschütztes Wohnen etc.*). Es gebe wenige Akteure im Versorgungsnetz, die mit dieser fundamentalen Aufgabe betraut seien, eine langfristige Begleitung anzubieten und somit einen roten Faden der Betreuung zu spinnen. Diese Frage der Kohärenz des Versorgungsnetzes und des damit einhergehenden Vermeidens von Bruchstücken, die in den Wortbeiträgen wiederholt zur Sprache kam, ist ein zentrales Element im Verständnis von *continuing care*. In ihrer Kritik des *aftercare*-Begriffs präsentieren MacLean et al. als bessere Alternative den Ausdruck „*continuing coordinated care*“, welcher den Koordinationsbedarf zwischen verschiedenen Systemen (primäres Gesundheitssystem, Familien, Gemeinden/Gemeinschaften) hervorhebt um dem komplexen Unterstützungsbedarf von langfristig Suchtbetroffenen gerecht zu werden.

Bezüglich der Dauer der Nachsorge wurde im Rahmen des Workshops angemerkt, dass sie sich in der Praxis häufig auf 6 bis 12 Monate erstreckt, aber dass dies eine künstliche Begrenzung sei, die sich aus Gründen der Finanzierung (Kostengutsprachen) ergebe. Es wäre daher wünschenswert, individuelle Lösungen zu entwickeln, die der Tatsache Rechnung tragen, dass für manche Menschen eine kürzere Nachsorgephase ausreichend ist, während andere jahrelang eine fortlaufende Begleitung benötigen. Letzteres deckt sich im Wesentlichen mit der in der Literatur weit verbreiteten Auffassung, dass die Suchterkrankung zwar bei einem Teil der betroffenen Population nach einmaliger Behandlung und Nachsorge überwunden werden kann, aber in vielen anderen Fällen chronische Züge annimmt, die einer anhaltenden und individuell zugeschnittenen Begleitung bedürfen (siehe Kapitel C.1). Die in Kapitel D vorgenommene Konzeptualisierung der fortführenden Begleitung als zeitlich flexibel und potentiell unbegrenzt in ihrer Dauer versucht diesem Umstand und der damit einhergehenden Individualität jeder von Sucht betroffenen Person Rechnung zu tragen.

⁵² Wie oben ausgeführt wird davon ausgegangen, dass im Verlauf einer solchen krisenbedingten Behandlungsepisode ein gewisses Mass an Stabilisierung geschaffen wurde (im Vergleich zur Krisensituation bei Eintritt in die Behandlung), auch wenn der erreichte Zustand fragil ist, und dass die fortführende Begleitung der weiteren Förderung dieses Zustands dient.

Im Workshop wurde richtigerweise darauf verwiesen, dass die begrüssenswerte zeitliche Flexibilität (individuelle Anpassung der Nachsorge-Dauer) wiederum Finanzierungsfragen aufwirft und daran angeknüpft stellte sich die Frage, ob Nachsorge noch als Teil des Gesundheitssystems zu werten ist oder als Teil eines anderen Versorgungssystems. In diesem Zusammenhang wurde auch auf die Rolle der Sozialen Arbeit und der Sozialämter hingewiesen, die seit über 15 Jahren unter politischem Spardruck stünden. Hilfe in Notlagen sei zwar ein Grundrecht aus der Bundesverfassung, aber die Höhe der Sozialhilfegelder und die Art und Dauer der «situationsbedingten Leistungen» - darunter fallen sozialtherapeutische Rehabilitationen und Nachsorge – seien nicht garantiert.⁵³ In diesem Sinne wurde auch wiederholt von Workshop-Teilnehmern (aus verschiedenen Sprachregionen) darauf hingewiesen, dass die schwierige Finanzierung von Anschlusslösungen nach absolvierter Therapie als bedeutende Herausforderung für ein lückenloses Versorgungssystem zu sehen sei. Ein Teilnehmer bekräftigte dabei seine Erfahrung, dass erst über einen langwierigen Prozess der Etablierung der Nachsorge bzw. Nachbetreuung auf kantonaler Ebene die finanziellen Möglichkeiten entwickelt werden konnten, um Klientinnen und Klienten in diesem wichtigen Schritt von der stationären Phase zurück ins „reale“ Leben zu begleiten.

F Empfehlungen für das weitere Vorgehen

Basierend auf den Ergebnissen aus der Literaturanalyse und den Workshop-Rückmeldungen wird empfohlen, in einem Folgeprojekt eine inhaltliche Vertiefung der Thematik vorzunehmen. Den Ausgangspunkt bildet die Einsicht, dass der mit einem linearen, einspurigen Behandlungsverlauf konnotierte Nachsorge-Begriff nur begrenzt die Realität widerspiegelt, in der häufig zyklische Suchtverläufe zu beobachten sind mit wiederholten Eintritten in verschiedene mehr oder weniger intensive Behandlungs- und Beratungsangebote. Gleichzeitig bleibt auch in solch komplexen Fällen die im Nachsorge-Konzept enthaltene Grundidee von zentraler Bedeutung für das Versorgungssystem. Es geht hierbei um den Anspruch, Menschen ein fortlaufendes Unterstützungsangebot bereitzustellen, nachdem sie durch eine intensive krisenbedingte Suchtbehandlung ein gewisses – doch fragiles – Mass an Stabilisierung errungen haben. Angebote der fortführenden Begleitung können folglich über eine vertiefte Analyse der Behandlungsgeschichte von Suchtbetroffenen identifiziert werden, in der das Verständnis von *Stabilität* des Suchtzustands, Einschätzungen zur *Angebotsintensität* und die Übergänge und Koordination zwischen den Angeboten in den Fokus rücken. In diesem Sinne wird eine inhaltliche Vertiefung der folgenden Fragestellungen empfohlen:

1. Nach welchen Kriterien wird der *Stabilisierungsgrad* von Personen eingeschätzt? Im vorliegenden Bericht wird davon ausgegangen, dass ein gewisses Mass an Suchtstabilisierung vorzuliegen hat, um in die weniger intensive Folgebegleitung (Nachsorge) eintreten zu können, da anderenfalls ein Verbleib im intensiveren Behandlungskontext angebracht wäre. Im Rahmen des Workshops wurde angemerkt, dass die Voraussetzung von Suchtstabilität, als Ausschlusskriterium gesehen, viele Menschen von der Nachsorge ausnehmen würde, da die nach einer langen Therapie erreichte Stabilisierung der Personen häufig fragil sei. Dieser Punkt verdeutlicht, dass es in der Realität schwierig ist einzuschätzen, welches Niveau an Stabilität gewährleistet sein muss, um den Übergang in ein weniger intensives (fortführendes) Begleitungssetting vertretbar zu machen. Anhang I gibt einige Beispiele wie Suchtstabilität anhand von Indikatoren aus der Literatur gemessen werden kann. Für die weitere Vertiefung des Themas wäre jedoch eine weitergehende Feldanalyse der Messinstrumente und Entscheidungsmechanismen

⁵³ Basierend auf der Rückmeldung einer Workshop-Teilnehmerin.

durchzuführen, die in verschiedenen Institutionen die Grundlage bilden für den Übergang von intensiver Behandlung zu fortlaufender Begleitung.⁵⁴

2. Wie wird die *Intensität* der Nachsorge bemessen? Aus dem zuvor Gesagten geht hervor, dass die geringere Intensität ein entscheidendes Merkmal der fortlaufenden Begleitung darstellt im Vergleich zu krisenbedingten intensiveren Behandlungsepisoden. In einer typischen Definition der Nachsorge aus der Literatur halten Ingram et al. beispielsweise fest: „*Continuing care is a low intensity intervention that follows initial, more intensive, treatment episodes for substance use [2] and offers a means of promoting longevity of AOD recovery by supporting the person to maintain gains made in earlier treatment*“ (Ingram et al., 2021). Wie in Kapitel C und D besprochen wird Intensität v.a. in Form von geringerer geplanter Betreuungszeit operationalisiert. Dies entspricht auch dem Gedanken des Versorgungskontinuums der ASAM, welche Versorgungsangebote explizit nach ihrer Intensität einstuft und zeitliche Anhaltspunkte für verschieden intensive Angebotsformen gibt (z.B. weniger als 9 Stunden Betreuung pro Woche für Erwachsene im Falle von *outpatient services*). Dies soll nicht in Absprache stellen, dass die in Kapitel D.7 gelisteten Instrumente und Ansätze (z.B. CBT-basierte Gruppensitzungen) komplex und vielfältig für die Betroffenen und die Fachleute sind. Eine weitergehende Feldanalyse ist daher angebracht, um die Wahrnehmung der Intensität in der Nachsorge im Vergleich zu vermeintlich intensiveren Behandlungsphasen einschätzen zu können bzw. um anhand dieser Dimension des zeitlichen Aufwands einschätzen zu können, welche Ansätze oder Personengruppen zu einem bestimmten Zeitpunkt in der Nachsorgephase verortet werden können.

3. Wie ist die Beziehung von case management und fortführender Begleitung einzuschätzen? Die vorliegende Arbeit verdeutlicht den engen Zusammenhang von Nachsorge und der Koordinationsfunktion des case management (Kapitel D.7). Case management als Vernetzungsinstrument kann einerseits als zentraler Aufgabenbereich der Nachsorge aufgefasst werden, aber es erstreckt sich als Management-Ansatz auf das ganze Versorgungskontinuum und hebt sich darin ab von den auch inhaltlichen Aufgaben, die mit der Nachsorge verbunden werden (z.B. Rückfallprävention).⁵⁵ In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach dem Verhältnis der im Suchthilfesystem praktizierten Nachsorge zum angrenzenden System der Sozialen Arbeit im weiteren Sinne, da Fachpersonen aus der Sozialhilfe, der Arbeitslosen- oder der Invalidenversicherung i.d.R. eine Fallbegleitungsfunktion in den psychosozialen Themen der Nachsorge einnehmen. Angesichts einer unklaren Forschungslage zur Zusammenarbeit an diesen Schnittstellen wäre eine weitergehende Erforschung des Zusammenspiels von case management und Nachsorge basierend auf Erfahrungen aus der Praxis erstrebenswert.

⁵⁴ Im Anschluss an eine Anmerkung aus dem Workshop könnte ferner erwogen werden, ob eine Ausweitung der Begriffsbedeutung von Nachsorge auf alle Suchtlagen sinnvoll wäre bzw. im Feld praktiziert wird. Dies würde der dominanten Nutzung des Begriffs in der Literatur zuwiderlaufen, doch einige Studien suggerieren, dass fortführende Begleitung gerade hilfreich sei bei Personen, die ihre Behandlung nicht abgeschlossen haben (Passetti et al., 2016, S. 11).

⁵⁵ Ein Bericht der SAMHSA fasst die Beziehung zwischen Behandlungsstufen (dem die Nachsorge zugerechnet wird) und case management wie folgt zusammen: „The primary difference between the two is case management’s focus on assisting the substance abuser in acquiring needed resources. Treatment focuses on activities that help substance abusers recognize the extent of their substance abuse problem, acquire the motivation and tools to stay sober, and use those tools. Case management functions mirror the stages of treatment and recovery. If properly implemented, case management supports the client as she moves through the continuum, encouraging participation, progress, retention, and positive outcomes.“ (SAMHSA, 2015, S. 18)

Für die inhaltliche Vertiefung in den genannten Bereichen wird ein qualitatives Forschungsdesign empfohlen, in dem die Behandlungsverläufe von Personen mit einer Suchterkrankung eingehender untersucht werden. Über semi-strukturierte Interviews (oder ähnliche Ansätze) mit Suchthilfe-Einrichtungen und betroffenen Personen könnte ein vertieftes Verständnis darüber gewonnen werden, welche Angebote im Verlauf einer Behandlungsgeschichte als weniger intensiv im Sinne einer fortführenden Begleitung angesehen werden, welches Niveau an Stabilität des Suchtzustands für den Eintritt in diese Angebote vorausgesetzt wird und wie die Koordination mit angrenzenden Versorgungsangeboten gestaltet wird. Über die Nachsorge-spezifische Perspektive hinaus bietet die Analyse von Suchtverläufen eine bedeutende Gelegenheit, um einen vertieften Einblick in bestehende Hindernisse und gute Praktiken der Übergangsplanung zwischen verschiedenen Versorgungsangeboten zu gewinnen. Dies steht in einer Reihe mit aktuellen Forschungsbemühungen in den USA, welche Erkenntnisse über die guten und schlechten Erfahrungen von Menschen im Suchtversorgungssystem durch „journey mapping“ zusammentragen sollen.⁵⁶ In ähnlicher Weise könnten für den Schweizer Kontext im Austausch mit ausgewählten Suchthilfe-Einrichtungen und betroffenen Personen exemplarische Behandlungsverläufe aufbereitet und analysiert werden, um darauf basierend Möglichkeiten für Systemverbesserungen in den Blick zu nehmen.

Eine qualitativ-empirische Analyse sollte es auch erlauben, einen passenden Begriff für die fortlaufende Begleitung auszuloten, der verschiedene Zielgruppen ansprechen kann (z.B. Klientinnen und Klienten, Suchthilfe-Institutionen, kantonale Entscheidungsträger). Im Workshop wurde zurecht angemerkt, dass die Begriffswahl aussagekräftig im Auge der angesprochenen Zielgruppe(n) sein sollte, wie im Falle der „Gassenarbeit“, welche klare Vorstellungen bei der Klientel der Suchthilfe hervorruft. Dieser Frage könnte ein qualitativer Ansatz (z.B. Interviews mit Suchtbetroffenen) zugutekommen, um einen für die Klientel „griffigen“ Ausdruck auszuwählen, der die tiefere Bedeutung des Konzepts erfasst.⁵⁷

⁵⁶ <https://nida.nih.gov/research/nida-research-programs-activities/nida-challenges-program/mapping-patient-journeys-challenge>

⁵⁷ Am englischsprachigen Begriff continuing care ansetzend kämen im Deutschen verschiedene Begriffsmöglichkeiten in Betracht, z.B. fortführende, fortlaufende, dauerhafte, anhaltende oder kontinuierliche Begleitung.

Literatur

- Abteilung Sucht. (2016). *Erläuterungen zur Nachsorge nach einer Therapie in einer stationären/teilstationären Einrichtung der Suchthilfe*. Gesundheitsdepartement des Kantons Basel-Stadt.
- Arbour, S., Hambley, J., & Ho, V. (2011). Predictors and outcome of aftercare participation of alcohol and drug users completing residential treatment. *Substance Use & Misuse*, *46*(10), 1275–1287.
<https://doi.org/10.3109/10826084.2011.572941>
- ASAM. (2014). *Standards of Care for the Addiction Specialist Physician Document Released*. American Society for Addiction Medicine. <https://www.asam.org/Quality-Science/publications/magazine/read/article/2014/02/17/standards-of-care-for-the-addiction-specialist-physician-document-released>
- Ashford, R. D., Brown, A. M., Ryding, R., & Curtis, B. (2020). Building recovery ready communities: The recovery ready ecosystem model and community framework. *Addiction Research & Theory*, *28*(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1571191>
- Beaulieu, M., Tremblay, J., Baudry, C., Pearson, J., & Bertrand, K. (2021). A systematic review and meta-analysis of the efficacy of the long-term treatment and support of substance use disorders. *Social Science & Medicine*, *285*, 114289. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114289>
- Berthel, T., Vogel, F., & Kläusler, C. (2015). Plädoyer für eine integrierte Zusammenarbeit in der Suchthilfe. *Suchtmagazin*, *1*, 13–17.
- Blodgett, J. C., Maisel, N. C., Fuh, I. L., Wilbourne, P. L., & Finney, J. W. (2014). How effective is continuing care for substance use disorders? A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *46*(2), 87–97. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.08.022>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention,

- standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547–556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Bürkle, S. (2004). Die Anforderungen an die so genannte „Nachsorge“ in der Suchthilfe wachsen—eine thematische Einführung. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 14–27).
- Burleson, J. A., & Kaminer, Y. (2007). Aftercare for adolescent alcohol use disorder: Feasibility and acceptability of a phone intervention. *The American Journal on Addictions*, 16(3), 202–205. <https://doi.org/10.1080/10550490701375251>
- Burleson, J. A., Kaminer, Y., & Burke, R. H. (2012). Twelve-month follow-up of aftercare for adolescents with alcohol use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42(1), 78–86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.07.001>
- Calzaferri, R. (2014). Real-Time Monitoring in der Suchtarbeit. *Suchtmagazin*, 5. <https://irf.fhnw.ch/handle/11654/22483>
- Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. *Alcohol Research : Current Reviews*, 41(1), 09. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09>
- Deloie, D. (2015). Welche Kompetenzen brauchen therapeutische SozialarbeiterInnen in der Suchtrehabilitation? Sozialtherapeutische Impulse Klinischer Sozialarbeit. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 4, 4–18.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond bricks and mortar: Recent research on substance use disorder recovery management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 442. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0442-3>
- Dennis, M., & Scott, C. (2007). Managing Addiction as a Chronic Condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45–55. <https://doi.org/10.1151/ascp074145>
- Der Bundesrat. (2020). *Massnahmenplan zur Nationalen Strategie Sucht 2017–2024* (S. 49). <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-strategie->

[sucht/massnahmenplan-sucht-2021-2024.pdf.download.pdf/Sucht_Massnahmenplan%202021-2024_DE.pdf](#)

Der Bundesrat. (2021). *Perspektiven der schweizerischen Drogenpolitik—Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats 17.4076 Rechsteiner Paul, 12. Dezember 2017.*

https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/sucht/drogenpolitik/bericht-po-rechsteiner.pdf.download.pdf/Bericht_Po_Rechsteiner_d.pdf

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *Sucht*, 47(2). <https://www.dg-sucht.de/dokumentationsstandards/>

Deutsche Rentenversicherung. (2019). *Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019.*

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_Adaption.html

Deutsche Rentenversicherung. (2020a). *Entwöhnungsbehandlung—Ein Weg aus der Sucht.*

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/entwoehnungsbehandlung.html>

Deutsche Rentenversicherung. (2020b). *Medizinische Rehabilitation: Wie sie Ihnen hilft.*

https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/national/med_reha_wie_sie_ihnen_hilft.html

Deutsche Rentenversicherung, & Gesetzliche Krankenversicherung. (2012). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012.*

- Deutscher Caritasverband e.V. (2015). *Berufliche Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe—Modul I: Grundlagen und Empfehlungen für eine gute Zusammenarbeit*. Referat Gesundheit, Rehabilitation, Sucht.
- DiClemente, C. C. (2018). *Addiction and Change: Second Edition: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Addiction-and-Change/Carlo-DiClemente/9781462533237>
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and stages of change in addiction treatment. *The American Journal on Addictions, 13*(2), 103–119. <https://doi.org/10.1080/10550490490435777>
- Drozd, N. (2012). *Caractéristiques des patients alcoolodépendants hospitalisés dans un CSSRA en Sarthe*. Faculté de Médecine de Nancy.
- Goertz, G. (2020). *Social Science Concepts and Measurement*. Princeton University Press. <https://press.princeton.edu/books/paperback/9780691205489/social-science-concepts-and-measurement>
- Gonzales, R., Ang, A., Murphy, D. A., Glik, D. C., & Anglin, M. D. (2014). Substance use recovery outcomes among a cohort of youth participating in a mobile-based texting aftercare pilot program. *Journal of Substance Abuse Treatment, 47*(1), 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.010>
- Gonzales, R., Hernandez, M., Murphy, D. A., & Ang, A. (2016). Youth recovery outcomes at 6 and 9 months following participation in a mobile texting recovery support aftercare pilot study. *The American Journal on Addictions, 25*(1), 62–68. <https://doi.org/10.1111/ajad.12322>
- Gövert, K. (2004). Nachsorge in der Selbsthilfe. In S. Bürkle (Hrsg.), *Nachsorge in der Suchthilfe* (S. 216–228). Lambertus.
- Grella, C. E., & Rodriguez, L. (2011). Motivation for Treatment Among Women Offenders in Prison-Based Treatment and Longitudinal Outcomes Among Those Who Participate in Community Aftercare. *Journal of Psychoactive Drugs, 43*(sup1), 58–67. <https://doi.org/10.1080/02791072.2011.602275>
- Haller, V. (2012). *Alkoholabhängigkeit—Wirkfaktoren stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge. Eine katamnestische Studie* [Text.thesis.doctoral, Universität zu Köln]. <http://www.uni-koeln.de/>

- Hansjürgens, R., & Schulte-Derne, F. (Hrsg.). (2020). *Soziale Diagnostik in der Suchthilfe: Leitlinien und Instrumente für Soziale Arbeit*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hartnett, D., Murphy, E., Kehoe, E., Agyapong, V., McLoughlin, D. M., & Farren, C. (2017). Supportive text messages for patients with alcohol use disorder and a comorbid depression: A protocol for a single-blind randomised controlled aftercare trial. *BMJ Open*, *7*(5), e013587.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013587>
- Haug, S., Lucht, M. J., John, U., Meyer, C., & Schaub, M. P. (2015). A pilot study on the feasibility and acceptability of a text message-based aftercare treatment programme among alcohol outpatients. *Alcohol and Alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, *50*(2), 188–194. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agu107>
- Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N., & Vollmer, H. C. (2004). AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. *SUCHT*, *50*(4), 226–257.
<https://doi.org/10.1024/2004.04.02>
- Hawkins, H. (1871). A Plea for Convalescent Homes in connection with Asylums for the Insane Poor. *Journal of Mental Science*, *17*(77), 107–116. <https://doi.org/10.1192/S0368315X00228995>
- Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (1985). Aftercare in Drug Abuse Treatment. *International Journal of the Addictions*, *20*(6–7), 917–945. <https://doi.org/10.3109/10826088509047759>
- Herie, M., Godden, T., Shenfeld, J., & Kelly, C. (2010). *La toxicomanie Guide d'information*. camh.
- Hofstetter-Rogger, Y. (2008). Kernelemente des Case Managements. *abhängigkeiten*, *3*, 5–15.
- Hornig, F.-F., & Chueh, K.-H. (2004). Effectiveness of telephone follow-up and counseling in aftercare for alcoholism. *The Journal of Nursing Research : JNR*, *12*(1), 11–20.
<https://doi.org/10.1097/01.jnr.0000387484.40568.bb>
- Huber, M., & Vetsch, S. (2018). Die Nachsorge als zentrales Element der Sozialtherapie. *akut*, *32*.
<https://www.diealternative.ch/wp-content/uploads/2020/06/akut32-1.pdf>

- Independent Expert Working Group. (2017). *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management*. Department of Health. <https://www.gov.uk/government/publications/drug-misuse-and-dependence-uk-guidelines-on-clinical-management>
- Ingram, I., Kelly, P. J., Carradus, L. J., Deane, F. P., Baker, A. L., Byrne, G., McKay, J. R., Osborne, B., Meyer, J. M., Nunes, J. L., Robinson, L. D., & Lunn, J. (2021). Continuing care following residential alcohol and other drug treatment: Continuing care worker perceptions. *Drug and Alcohol Review*, *n/a(n/a)*.
<https://doi.org/10.1111/dar.13337>
- Jason, L. A., Davis, M. I., & Ferrari, J. R. (2007). The need for substance abuse after-care: Longitudinal analysis of Oxford House. *Addictive Behaviors*, *32*(4), 803–818. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.06.014>
- Jason, L. A., Salomon-Amend, M., Guerrero, M., Bobak, T., O'Brien, J., & Soto-Nevarez, A. (2021). The Emergence, Role, and Impact of Recovery Support Services. *Alcohol Research: Current Reviews*, *41*(1), 04. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.04>
- Kames, H. (2011). Ein Fragebogen zur Erfassung der „Fünf Säulen der Identität“. *FPI-Publikation*.
<https://www.fpi-publikation.de/polyloge/18-2011-kames-helmut-ein-fragebogen-zur-erfassung-der-fuenf-saeulen-der-identitaet-fesi/>
- Kaminer, Y., Burlison, J. A., & Burke, R. H. (2008). Efficacy of outpatient aftercare for adolescents with alcohol use disorders: A randomized controlled study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *47*(12), 1405–1412. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e318189147c>
- Kaminer, Y., & Godley, M. (2010). From assessment reactivity to aftercare for adolescent substance abuse: Are we there yet? *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *19*(3), 577–590.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.03.009>
- Kaminer, Y., & Napolitano, C. (2004). Dial for therapy: Aftercare for adolescent substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *43*(9), 1171–1174.
<https://doi.org/10.1097/01.chi.0000133260.98666.bf>

- Kanton Basel-Stadt, & Kanton Basel-Landschaft. (2020). *Bedarfsplanung 2020 bis 2022 der Leistungsangebote für Erwachsene mit Behinderung*. https://www.baselland.ch/politik-und-behorden/direktionen/bildungs-kultur-und-sportdirektion/soziales/behindertenangebote/downloads-behindertenangebote/bedarfsplanung/ftw-simplelayout-filelistingblock/bedarfsplanung-20-22-angebote-erwachsene-m.pdf/@@download/file/20190927_BePla_2020-22_Planungsbericht.pdf
- Kelly, J. F., & White, W. L. (2010). *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice*. Springer Science & Business Media.
- Land Salzburg. (2020). *Suchthilfe im Land Salzburg Rahmenplan 2016 bis 2025—Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen*. https://www.salzburg.gv.at/soziales_/Documents/210217V1BerRahmenplan_Fortschreibung_O.pdf
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151–160.
- Laudet, A., & Best, D. (2015). Addiction Recovery in Services and Policy: An International Overview. In N. el-Guebaly, G. Carrà, & M. Galanter (Hrsg.), *Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives* (S. 1065–1083). Springer Milan. https://doi.org/10.1007/978-88-470-5322-9_55
- Lenaerts, E., Matheï, C., Matthys, F., Zeeuws, D., Pas, L., Anderson, P., & Aertgeerts, B. (2014). Continuing care for patients with alcohol use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 9–21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.10.030>
- Lindahl, M. L., Berglund, M., & Tønnesen, H. (2013). Case management in aftercare of involuntarily committed patients with substance abuse. A randomized trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(3), 197–203. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.704068>
- MacLean, S. J., Caluzzi, G., Ferry, M., Bruun, A., Skattebol, J., Neale, J., & Bryant, J. (2021). Why we stopped using the term ‘aftercare’. *Drug and Alcohol Review*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/dar.13332>

- Maffli, E., Krzic, I., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Gmel, G., & Balsiger, N. (2021). Suchthilfestatistik act-info: Kokain im Aufwind, Opiode und Alkohol weiterhin häufigste Behandlungsgründe. *Suchtmagazin*, 6. <https://www.suchtmagazin.ch>
- Martinelli, T. F., Nagelhout, G. E., Bellaert, L., Best, D., Vanderplasschen, W., & van de Mheen, D. (2020). Comparing three stages of addiction recovery: Long-term recovery and its relation to housing problems, crime, occupation situation, and substance use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 27(5), 387–396. <https://doi.org/10.1080/09687637.2020.1779182>
- McKay, J. R. (2001). Effectiveness of continuing care interventions for substance abusers. Implications for the study of long-term treatment effects. *Evaluation Review*, 25(2), 211–232. <https://doi.org/10.1177/0193841X0102500205>
- McKay, J. R. (2009). Continuing care research: What we have learned and where we are going. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36(2), 131–145. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.10.004>
- McKay, J. R. (2011). Continuing care and recovery. In J. F. Kelly & W. L. White (Hrsg.), *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice* (S. 163–186). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60327-960-4_1
- McKay, J. R. (2021). Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 41(1), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.01>
- McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., O'Brien, C. P., Koppenhaver, J. M., & Shepard, D. S. (1999). Continuing care for cocaine dependence: Comprehensive 2-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 420–427. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.67.3.420>
- McKay, J. R., & Hiller-Sturmhofel, S. (2011). Treating alcoholism as a chronic disease: Approaches to long-term continuing care. *Alcohol Research & Health: The Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 33(4), 356–370.

- McLellan, A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction (Abingdon, England)*, *97*(3), 249–252. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00127.x>
- Medicaid. (2017). *Overview of Substance Use Disorder (SUD) Care Clinical Guidelines: A Resource for States Developing SUD Delivery System Reforms*. <https://www.medicaid.gov/state-resource-center/innovation-accelerator-program/iap-downloads/reducing-substance-use-disorders/asam-resource-guide.pdf>
- Melemis, S. M. (2015). Relapse Prevention and the Five Rules of Recovery. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *88*(3), 325–332.
- Mellentin, A. I., Nielsen, B., Nielsen, A. S., Yu, F., Mejdal, A., Nielsen, D. G., & Stenager, E. (2019). A Mobile Phone App Featuring Cue Exposure Therapy As Aftercare for Alcohol Use Disorders: An Investigator-Blinded Randomized Controlled Trial. *JMIR MHealth and UHealth*, *7*(8), e13793. <https://doi.org/10.2196/13793>
- Mellentin, A. I., Nielsen, B., Nielsen, A. S., Yu, F., & Stenager, E. (2016). A randomized controlled study of exposure therapy as aftercare for alcohol use disorder: Study protocol. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 112. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0795-8>
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., & Pandina, R. J. (2006). Effectiveness of Intensive Case Management for Substance-Dependent Women Receiving Temporary Assistance for Needy Families. *American Journal of Public Health*, *96*(11), 2016–2023. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2005.076380>
- Mummé, D. (1991). Aftercare: Its Role in Primary and Secondary Recovery of Women from Alcohol and Other Drug Dependence. *International Journal of the Addictions*, *26*(5), 549–564. <https://doi.org/10.3109/10826089109058904>
- Nallet, A., Briefer, J.-F., & Perret, I. (2015). La pleine conscience dans le traitement des addictions. *Revue Médicale Suisse*, *1*(480), 1407–1409.

- Oliva, H., & Walter-Hamann, R. (2013). *Suchthilfe in Netzwerken—Praxishandbuch zu Strategie und Kooperation*. Lambertus. https://www.lambertus.de/suchthilfe_in_netzwerken-2123-9/
- Papenbrock, F. (2004). Nachsorge in der Suchthilfe – ein Gesamtüberblick. In *Nachsorge in der Suchthilfe*. <https://lbib.de/Nachsorge-in-der-Suchthilfe-18137>
- Passetti, L. L., Godley, M. D., & Kaminer, Y. (2016). Continuing Care for Adolescents in Treatment for Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 669–684. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2016.06.003>
- Penzenstadler, L., Machado, A., Thorens, G., Zullino, D., & Khazaal, Y. (2017). Effect of Case Management Interventions for Patients with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 51. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00051>
- Pinot, A. (2002). *Indications et choix d' un centre de soins de suite et réadaptation pour malades alcoolodépendants* (S. non renseigné) [Other, UHP - Université Henri Poincaré]. <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738993>
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1993). In Search of How People Change: Applications to Addictive Behaviors. *Addictions Nursing Network*, 5(1), 2–16. <https://doi.org/10.3109/10884609309149692>
- Proctor, S. L., & Herschman, P. L. (2014). The Continuing Care Model of Substance Use Treatment: What Works, and When Is “Enough,” “Enough?”. *Psychiatry Journal*, 2014, 1–16. <https://doi.org/10.1155/2014/692423>
- Rohsenow, D. J. (2018). Substance Use Disorders. In J. Hunsley & E. J. Mash (Hrsg.), *A Guide to Assessments That Work* (S. 359–380). Oxford University Press. <https://www.oxfordclinicalpsych.com/view/10.1093/med-psych/9780190492243.001.0001/med-9780190492243-chapter-17>

- Ruf, D., & Walter-Hamann, R. (2015). *Zusammenarbeit von beruflicher Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe*. KONTUREN. <https://www.konturen.de/fachbeitraege/zusammenarbeit-von-beruflicher-suchthilfe-und-sucht-selbsthilfe/>
- Ryan-Pettes, S. R., Lange, L. L., & Magnuson, K. I. (2019). Mobile Phone Access and Preference for Technology-Assisted Aftercare Among Low-Income Caregivers of Teens Enrolled in Outpatient Substance Use Treatment: Questionnaire Study. *JMIR MHealth and UHealth*, 7(9), e12407. <https://doi.org/10.2196/12407>
- SAMHSA. (2010). *Recovery-oriented systems of care (ROSC) Resource Guide*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. https://www.samhsa.gov/sites/default/files/rosco_resource_guide_book.pdf
- SAMHSA. (2015). *Comprehensive Case Management for Substance Abuse Treatment* (Nr. 27; Treatment Improvement Protocol (TIP) Series). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://store.samhsa.gov/product/TIP-27-Comprehensive-Case-Management-for-Substance-Abuse-Treatment/SMA15-4215>
- Sannibale, C., Hurkett, P., van den Bossche, E., O'Connor, D., Zador, D., Capus, C., Gregory, K., & McKenzie, M. (2003). Aftercare attendance and post-treatment functioning of severely substance dependent residential treatment clients. *Drug and Alcohol Review*, 22(2), 181–190. <https://doi.org/10.1080/09595230100100624>
- Schu, M. (2002). Case Management in der Suchtkranken- und Drogenhilfe. In L. Böllinger & H. Stöver (Hrsg.), *Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. Handbuch für Drogenbenutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen*. Fachhochschulverlag. <http://www.fogs.info/pdf/CM-fuer-Drogenpraxis,%20-recht,%20-politik.pdf>
- Siegal, H. A., Li, L., & Rapp, R. C. (2002). Case Management as a Therapeutic Enhancement. *Journal of Addictive Diseases*, 21(4), 37–46. https://doi.org/10.1300/J069v21n04_04

- Simoneau, H., Kamgang, E., Tremblay, J., Bertrand, K., Brochu, S., & Fleury, M.-J. (2018). Efficacy of extensive intervention models for substance use disorders: A systematic review. *Drug and Alcohol Review, 37*(S1), 246–262. <https://doi.org/10.1111/dar.12590>
- Sommerfeld, P. (2019). *Die Soziale Arbeit in einer interprofessionellen Suchthilfe*. <https://doi.org/10.26041/fhnw-1745>
- Stoop, K. (2008). Das Modell Solothurn. *abhängigkeiten, 3*, 24–32.
- Stoop, K., & Leber, L. (2001). Organisationsentwicklung und regionales Management ambulanter Suchthilfe. *Suchttherapie, 2*(2), 84–89. <https://doi.org/10.1055/s-2001-14375>
- Straub, C. (2013). *Zieloffene Suchtarbeit: Die Programme kT – kontrolliertes Trinken und KISS – Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum*. <https://praxis-suchtmedizin.ch/praxis-suchtmedizin/images/stories/referate/Zieloffene%20Suchtarbeit%20Heidelberg%202013.pdf>
- Tuchman, J. (2018). *Die Effekte der Implementierung von Behandlungspfaden in der stationären Behandlung der Alkoholabhängigkeit (CD-10:F10)* [Charité - Universitätsmedizin Berlin]. <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/8087>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., De Maeyer, J., & Van Den Noortgate, W. (2019). A Meta-Analysis of the Efficacy of Case Management for Substance Use Disorders: A Recovery Perspective. *Frontiers in Psychiatry, 10*, 186. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00186>
- Vanderplasschen, W., Rapp, R. C., Wolf, J. R., & Broekaert, E. (2004). The Development and Implementation of Case Management for Substance Use Disorders in North America and Europe. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 55*(8), 913–922. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.913>
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., Rapp, R. C., & Broekaert, E. (2007). Effectiveness of Different Models of Case Management for Substance-Abusing Populations. *Journal of psychoactive drugs, 39*(1), 81–95.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. *Health Affairs, 20*(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>

- Wendt, K. (2017). *Suchthilfe und Suchttherapie: Leitfaden für die Praxis - griffbereit*. Schattauer.
- Wendt, W. R. (2001). Case Management: Prozess-Steuerung und Koordination in der Arbeit mit Abhängigen. *Suchttherapie*, 2(2), 61–64. <https://doi.org/10.1055/s-2001-14376>
- White, W., & Godley, M. (2003). *The history and future of "aftercare"*. 4, 19–21.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.04.015>
- White, W. L., & Kelly, J. F. (2011a). Introduction: The Theory, Science, and Practice of Recovery Management. In J. F. Kelly & W. L. White (Hrsg.), *Addiction Recovery Management: Theory, Research and Practice* (S. 1–6). Humana Press. https://doi.org/10.1007/978-1-60327-960-4_1
- White, W. L., & Kelly, J. F. (2011b). Recovery management: What if we really believed that addiction was a chronic disorder? In *Addiction recovery management: Theory, research and practice* (S. 67–84). Humana Press.
- White, W. L., & McLellan, A. T. (2008). Addiction as a Chronic Disorder: Key Messages for Clients, Families and Referral Sources. *Counselor*, 9(3), 24–33.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 513–524. <https://doi.org/10.3109/10826084.2014.891845>
- Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., & Tucker, J. A. (2020). What Is Recovery? *Alcohol Research : Current Reviews*, 40(3), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>
- Yeom, H. S. (2011). Gender differences in treatment outcomes among participants in a mixed-gender substance abuse aftercare program. *Social Work in Public Health*, 26(6), 557–576. <https://doi.org/10.1080/10911359.2011.534681>

Anhang

Anhang I: Wirksamkeitsdimensionen und Beispiele der Operationalisierung

| Dimension | Subdimension | Indikatoren/Items (Beispiele) | Messinstrument / Quelle <i>i.d.R. sind mehrere Items dieser Instrumente für die Operationalisierung der Dimensionen nutzbar</i> |
|-----------------------------|---------------------------|--|--|
| Stabilität des Suchtkonsums | Konsummuster | Urintest, Alkoholtest u.ä. (bei Substanzkonsum) | (z.B. Gonzales et al., 2016; Yeom, 2011) |
| | | Wie häufig konsumierten Sie XXX in den letzten 30 Tagen (...)? | Act-info Eintrittsfragebogen |
| | Zuversicht / Bereitschaft | How confident are you in your ability to be completely abstinent (clean) from alcohol and drugs in the next 30 days? (Not at all - Slightly - Moderately - Considerably – Extremely) | Brief Addiction Monitor (https://arc.psych.wisc.edu/self-report/brief-addiction-monitor-bam/) |
| | | Ich habe den Eindruck, dass mein persönlicher Beitrag zur Verbesserung meiner Lebenssituation wirksam ist (trifft sehr zu - zu - nicht zu - überhaupt nicht zu) | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |
| | | How confident are you that you would not drink alcohol in each situation (1 not at all – 5 extremely)... When I am being offered a drink in a social situation. | TTM “self-efficacy” scale (https://habitslab.umbc.edu/self-efficacy-scales/) |
| | Gesundheit | Körperlicher Gesundheitszustand | In the past 30 days, would you say your physical health has been? Excellent - Very Good - Good - Fair – Poor |

| | | | |
|-----------------------|--------------------------------|---|--|
| | | Wie häufig litten Sie in den letzten 30 Tagen unter... [Auflistung, z.B. "Magenschmerzen"] | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |
| | | Medizinische Kontrolluntersuchung, Hepatitis C - Screening etc. | |
| | Psychischer Gesundheitszustand | In the past 30 days, how many days have you felt depressed, anxious, angry or very upset throughout most of the day? 0 ; 1-3 ; 4-8 ; 9-15 ; 16-30 | Brief Addiction Monitor (https://arc.psych.wisc.edu/self-report/brief-addiction-monitor-bam/) |
| | | Haben Sie in den letzten 30 Tagen Dinge gesehen oder gehört, die andere Menschen nicht sehen oder hören konnten? Ja/nein | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |
| Materielle Sicherheit | Wohnen | Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen (...) vorwiegend gewohnt? / Wie wohnen Sie bei Austritt? [Liste mit Antwortmöglichkeiten] | Act-info Eintritts-/Austrittsfragebogen |
| | | Ist Ihre Wohnsituation gefährdet und/oder belastet? Nein - Eher nein - Eher ja [+Bermerkungen] | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |
| | Finanzen | Wie haben Sie in den letzten 30 Tagen (...) Ihren Lebensunterhalt vorwiegend bestritten? [Liste mit Antwortmöglichkeiten] | Act-info Eintrittsfragebogen |
| | | Kommen Sie mit Ihren finanziellen Mitteln im Moment zurecht? (1 ja – 4 nein) | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |

| | | | |
|-------------------------------|------------------------------|--|--|
| | Rechtliche Situation | Rückfallkriminalität (<i>return-to-prison</i>), Verstoß gegen Bewährungsauflagen, Polizeigewahrsam... | (z.B. Grella & Rodriguez, 2011) |
| | | Haben Sie Kontakte in einem juristischen Kontext oder gibt es rechtliche Massnahmen, die einen negativen Einfluss auf Ihre Rehabilitation haben? (z.B. drohende rechtliche Massnahmen) | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |
| Aktivitäten und Partizipation | Grundanforderungen | War es [in den letzten 30 Tagen] schwierig für Sie, sich selbst zu versorgen, also sich zu waschen, den Körper zu pflegen oder sich zu kleiden? | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |
| | | War es [in den letzten 30 Tagen] schwierig für Sie, Haushaltsaufgaben wie Einkaufen, Vorbereiten von Mahlzeiten oder Hausarbeit zu erledigen? | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |
| | Beschäftigung | Welchen hauptsächlichen Erwerbsstatus hatten Sie in den letzten 30 Tagen (...)? | Act-info Eintrittsfragebogen |
| | | Sind Sie von Kündigung Ihrer Arbeitsstelle bzw. Auflösung des Ausbildungsverhältnisses bedroht? (1 nein – 4 ja) | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |
| | Freiwilligendienst /Freizeit | Haben Sie eine Tagesstruktur bzw. Alltagsbeschäftigung? Wenn ja welche (z.B. Freiwilligenarbeit, Vereinsaktivität) | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |
| | | In the past 30 days, how many days did you spend much of the time at work, school, or doing volunteer work? 0 ; 1-3 ; 4-8 ; 9-15 ;16-30 | Brief Addiction Monitor (https://arc.psych.wisc.edu/self-report/brief-addiction-monitor-bam/) |

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------|--|---|
| | | In the past 30 days, how many days did you attend self-help meetings like AA or NA to support your recovery? 0 ; 1-3 ; 4-8 ; 9-15 ;16-30 | Brief Addiction Monitor (https://arc.psych.wisc.edu/self-report/brief-addiction-monitor-bam/) |
| Soziales Netz | Familie / Freunde | Please indicate how much you AGREE or DISAGREE with each statement. ... you have people close to you who motivate and encourage your recovery. | TCU Social Functioning (https://ibr.tcu.edu/forms/client-evaluation-of-self-and-treatment-cest/) |
| | | Gibt es in Ihrem sozialen Umfeld öfters Konflikte, die Sie betreffen? (Nein - manchmal -öfters - sehr oft) | Fachhochschule Nordwestschweiz (https://www.soziale-diagnostik.ch/downloads/) |
| | | In the past 30 days, how many days were you in contact or spend time with any family members or friends who are supportive of your recovery? 0 ; 1-3 ; 4-8 ; 9-15 ;16-30 | Brief Addiction Monitor (https://arc.psych.wisc.edu/self-report/brief-addiction-monitor-bam/) |
| Anbindung an angrenzende Hilfssysteme | | [Bezogen auf Antworten im Bereich der vorgenannten Dimensionen] Wie viel Unterstützung erhielt die Person... z.B. durch Sozialhilfe oder Schuldenberatung, Arbeitsvermittlung, Weiterbildung, Wohnungsvermittlung, häusliche Pflege | Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation (MATE) (https://www.mateinfo.eu/) |

Anhang II: Literaturbeispiel zur Messung von Wirksamkeitsdimensionen (Mellentin et al., 2016)

Table 1 Measures

| Domain | Measure | Content | Reference | Time-point |
|---------------------------------|--|--|-----------|---|
| Primary outcome | | | | |
| Alcohol consumption | Timeline Followback (TLFB) | TLFB is used to identify alcohol-free days as well as number of drinks per day. Patients indicate their daily standard drink intake before administration. | [26] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| Secondary outcomes | | | | |
| Addiction severity | Addiction Severity Index (ASI) | ASI assesses characteristics and problems in various domains of life; e.g. alcohol and drug use module – and also physical and mental health, employment, legal problems and social functioning. | [27] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| Craving | Desires for Alcohol Questionnaire (DAQ) | DAQ measures three dimensions of current craving: desire and intention to use alcohol; negative reinforcement of alcohol use, and control of alcohol use. | [28] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| | Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS) | The OCDS is designed to reflect obsessive patterns and compulsivity related to craving and drinking behaviour. | [29] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| | The Visual Analogue Scale for Craving (VAS) | VAS measures on the subjective experience of the intensity of current craving for alcohol. | [30] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| Coping skills and self-efficacy | The Urge-Specific Strategies Questionnaire (USS) | USS is designed to assess the patient's use of coping skills when trying to stop themselves from drinking after experiencing an urge. | [14] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |
| | Alcohol Abstinence Self-Efficacy Scale (AASE) | The AASE assesses self-efficacy and evaluates an individual's efficacy (e.g. confidence in their ability) to abstain from drinking. | [31] | Baseline and follow-up (after 8 and 26 weeks) |

Anhang III: Beispiele von Nachsorge-Definitionen aus der Literatur

- „Nachsorge ... dient der weiter gehenden Stabilisierung des Drogenabhängigen hinsichtlich seiner Suchterkrankung, der Abstinenzmotivation, seiner sozialen und beruflichen Integration, der psychischen Stabilität und der Rückfallprävention.“ (Havemann-Reinecke u. a. 2004: 248)
- „Bei der Nachsorge handelt es sich um definierte Gruppen- und Einzelgespräche, die der Sicherung und Festigung der in der medizinischen Rehabilitation erworbenen Verhaltensweisen und Einstellungen dienen. Dabei treten die therapeutischen Elemente der Rehabilitation zu Gunsten der Förderung sozialer Kontakte und eigener Aktivitäten der Abhängigkeitskranken zurück.
Ziel der Nachsorge ist die dauerhafte Erhaltung und Festigung der Abstinenz. Dies wird insbesondere durch Unterstützung in Krisenfällen, Verhinderung von Rückfällen sowie durch die Erhaltung der Abstinenzmotivation und ggf. der Erwerbsfähigkeit erreicht.“ (Deutsche Rentenversicherung & Gesetzliche Krankenversicherung, 2012)
- Danach können als Nachsorge alle Maßnahmen im Anschluss an eine Behandlung bezeichnet werden, die der Stabilisierung von zuvor veränderten Einstellungen oder Verhaltensweisen und der Reintegration in das soziale Umfeld dienen. (Haller, 2012, S. 58)
- Aftercare, or continuing care, is the stage following discharge, when the client no longer requires services at the intensity required during primary treatment. A client is able to function using a self-directed plan, which includes minimal interaction with a counselor. Counselor interaction takes on a monitoring function. Clients continue to reorient their behavior to the ongoing reality of a pro-social, sober lifestyle. Aftercare can occur in a variety of settings, such as periodic outpatient aftercare, relapse/recovery groups, 12-Step and self-help groups, and halfway houses. Whether individuals completed primary treatment in a residential or outpatient program, they have at least some of the skills to maintain sobriety and begin work on remediating various areas of their lives. (SAMHSA, 2015)
- The important functions of continuing care in the recovery process involve maintaining abstinence/initial treatment gains; addressing relapse/non-response, including limiting the severity of relapses; connecting patients to other sources of support; and addressing other recovery issues, including employment, recreation, housing, and involvement in meaningful and/or enjoyable activities. (McKay, 2021)
- Continuing care is a low intensity intervention that follows initial, more intensive, treatment episodes for substance use [2] and offers a means of promoting longevity of AOD recovery by supporting the person to maintain gains made in earlier treatment [3]. Continuing care can include formal interventions such as case management, counselling, telephone support or informal care provided by peer-directed self-help groups (e.g. 12-step groups). (Ingram et al., 2021)
- Postcure: Des services de postcure sont offerts aux personnes qui ont suivi un programme de traitement pour les aider à réintégrer la collectivité et à ne pas recommencer à consommer de l'alcool et des drogues. (Herie et al., 2010)
- ... Centre d'Hébergement et de Réinsertion sociale (aussi dénommés foyers de postcure créant la confusion avec les services de postcure du secteur sanitaire) qui se sont orientés vers l'alcoologie avec des activités spécifiques. Ces CHRS spécialisés, trop peu nombreux, sont le plus souvent proposés à des patients ayant stabilisé leur abstinence (après un suivi ambulatoire ou un cycle de séjours hospitaliers comprenant sevrages et postcures, se concluant par des échecs répétés en terme de reprise d'une vie sociale et professionnelle). Contrairement aux séjours de postcure hospitaliers qui sont « fermés » (permissions peu fréquentes, sorties « thérapeutiques »), le séjour en foyer de réinsertion est résolument ouvert et tourné vers l'extérieur en vue de la recherche d'un emploi et d'un logement. (Drozd, 2012)