

SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V.

Friesenstraße 5 und Römerstraße 7a, 46395 Bocholt

Tel.: 02871 8891 • Fax: 02871 14267

skm.bocholt@t-online.de • www.skm-bocholt.de



Therapiekonzept

**Ambulante medizinische Rehabilitation
Inklusive Nachsorgebehandlung**

**Alkohol- Medikamenten- und
Drogenabhängigkeit sowie
Pathologisches Spielen**

Inhalt:

Seite

| | |
|--|----|
| 1. Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V. | 4 |
| 1.1. Träger | 4 |
| 1.2. Standort und Einzugsgebiet | 4 |
| 1.3. Angebote des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste | 4 |
| 1.4. Personal der ambulanten medizinischen Rehabilitation | 6 |
| 1.5. Räumlichkeiten | 6 |
| 1.6. Vernetzungen | 7 |
| 1.7. Öffentlichkeitsarbeit | 7 |
| 2. Krankheitsmodell | 8 |
| 2.1. Suchtverständnis | 8 |
| 2.2. Therapieansatz | 13 |
| 3. Voraussetzungen für eine Ambulante medizinische Rehabilitation bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und pathologisches Spielen | 15 |
| 3.1. Zielgruppen | 15 |
| 3.2. Indikationen | 15 |
| 3.3. medizinische Diagnostik | 16 |
| 3.4. psychosoziale Diagnostik | 17 |
| 3.5. Kontraindikationen | 17 |
| 3.6. Motivationsphase und Kontraktphase | 18 |
| 4. Therapie | 19 |
| 4.1. Therapieziele (ICF) | 19 |
| 4.2. Therapieplan | 20 |
| 4.3. Therapievertrag | 20 |
| 4.4. Therapeutisches Setting | 20 |
| 4.4.1. Einzelgespräche | 20 |
| 4.4.2. Gruppengespräche | 21 |
| 4.4.3. Bezugspersonengespräche | 22 |
| 4.4.4. Sport- und Freizeitverhalten | 22 |
| 4.4.5. Regeldauer | 23 |
| 4.4.6. Zeiten | 23 |
| 4.4.7. Teamsitzungen | 23 |
| 4.4.8. Indikationsteam | 23 |
| 4.4.9. Supervision | 24 |
| 4.4.10 Fortbildungen | 24 |

| | |
|---|----|
| 5. Therapiephasen | 25 |
| 5.1. Vorbereitung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation | 25 |
| 5.2. therapeutische Orientierungs- und Intensivphase | 25 |
| 5.3. Stabilisierung/Rückfallprophylaxe | 25 |
| 5.4. Ablösungsphase | 26 |
| 5.5. Besonderheiten im Verlauf | 26 |
| 5.5.1. Krisen | 26 |
| 5.5.2. Rückfall | 27 |
| 5.5.3. ungeplante Maßnahmebeendigungen | 27 |
| | |
| 6. Dokumentation | 28 |
| 6.1. Patientenunterlagen | 28 |
| 6.1.1. Arztbericht | 28 |
| 6.1.2. Sozialbericht | 28 |
| 6.1.3. Zwischenbericht/ärztlicher Entlassungsbericht | 28 |
| 6.2. EBIS | 28 |
| 6.3. Evaluation | 29 |
| 6.4. Qualitätsmanagement | 29 |
| | |
| 7. Nachsorge | 29 |
| | |
| 8. Schlussbemerkung | 30 |

1. Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V.

1.1. Träger

Die Vereinsgründung des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V. fand 1925 statt, damals unter dem Namen: „Sozialdienst Katholischer Männer – Ortsgruppe Bocholt“. Verantwortlich für den Verein ist bis heute ein ehrenamtlicher Vorstand. Dieser entschied sich im Jahr 1969 für den Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe.

Für den Vorstand, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste steht der Mensch stets im Mittelpunkt des Tun und Handelns.



1.2. Standort und Einzugsgebiet

Die Stadt Bocholt liegt im westlichen Münsterland, direkt an der holländischen Grenze. Bocholt hat ca. 73.000 Einwohner. Die Beratungsstelle des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist zusätzlich für die Städte Rhede und Isselburg tätig, der gesamte Einzugsbereich umfasst ca. 100.000 Einwohner.

1.3. Angebote des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V.

Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige

Die Beratungsstelle für Suchtkranke, Suchtgefährdete und Angehörige ist eingebettet in ein umfassendes Angebot für Menschen die Unterstützung in aktuellen Lebensfragen benötigen. Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste versteht sich als Teil des pluralen und öffentlichen Lebens und bietet dort mit seinen caritativen Diensten Hilfsangebote für Menschen in unterschiedlichen Notlagen an. Die Kernarbeitsbereiche sind Beratung, Vermittlung, Prävention und Therapie für suchtkranke Menschen.

Folgende Prinzipien sind von besonderer Bedeutung:

- Solidarität und christliche Mitmenschlichkeit sollen durch die Arbeit der Beratungsstelle verdeutlicht werden.
- Der Mensch steht mit seinen Nöten, Krankheiten und Notlagen im Mittelpunkt.

- Die Kontaktaufnahme erfolgt auf freiwilliger Basis.
- Ziel der Arbeit ist es Hilfe zur Selbsthilfe zu geben, soweit dies möglich ist.
- Unbedingte Verschwiegenheit und Vertraulichkeit wird zugesichert und erwartet.
- Die Richtlinien des Datenschutzes sind gewährleistet.

Ambulant Betreutes Wohnen für suchtkranke Menschen

Das Ambulant Betreute Wohnen für suchtkranke Menschen ist eine sinnvolle Ergänzung der Suchtberatung. Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist seit 2000 insbesondere für die Städte Bocholt, Rhede und Isselburg zuständig und erweiterte das Angebot für die Städte Borken, Raesfeld, Heiden und Reken. Ein Vertrag und eine Leistungsvereinbarung mit dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist Grundlage der Arbeit.

Wohngemeinschaft

Die Einrichtung einer Wohngemeinschaft für alleinstehende suchtkranke Männer ist im Jahr 1985 als ein weiterer Baustein dazu gekommen. Die Wohngemeinschaft des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste verfügt über drei Plätze. Diese werden von Menschen aus dem Bereich Ambulant Betreutes Wohnen belegt und ist ein weiterer Baustein in der Suchtkrankenhilfe.

„Kolibri“

Im Jahr 1989 begann die „familienorientierte Arbeit mit Kindern und Jugendlichen suchtabhängiger Eltern/-teile“; das Projekt trägt den Namen „Kolibri“ und ist weit über die Grenzen Bocholts bekannt. Diese wichtige prophylaktische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, die ein achtfach höheres Risiko haben, selbst wieder abhängig zu werden, wurde bis heute trotz finanzieller Engpässe mit viel Engagement, Ehrenamt und Spenden vom SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste aufrechterhalten. Im Schnitt werden 50 Kinder und Jugendliche jährlich betreut.

Ambulante Medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke

Die ambulante medizinische Rehabilitation für Abhängigkeitskranke ist seit 1994 Bestandteil des Angebotes für suchtkranke Menschen (SGB IX – 22. Juni 2001). Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste hält somit für den Südkreis Borken eine umfassende und komplette Versorgung für suchtkranke Menschen und deren Angehörige vor.

Familienberatung

Seit Bestehen des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist dessen Aufgabe auch die klassische Sozialarbeit mit den Aufgaben in der Jugendhilfe und des allgemeinen sozialen Dienstes. Die Familienberatung ist eine wichtige Ergänzung der Suchtkrankenhilfe, da hier unter anderem rechtliche und finanzielle Probleme in Angriff genommen werden können. Dabei ist die Vernetzung mit dem Servicepunkt Arbeit, sowie der Entwicklungsgesellschaft Bocholt (EWIBO), die für Arbeitsplätze und Wiedereingliederung zuständig ist, von immenser Bedeutung.

Drogenberatungsstelle

Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste betreute von Anfang an auch drogenabhängige junge Menschen. Im Jahr 1988 wurde eine Drogenberatungsstelle eingerichtet, mit den Zuständigkeiten zunächst für Bocholt, Rhede und Isselburg, später erweiterte der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste sein Angebot für den südlichen Kreis Borken mit den wöchentlichen Sprechstunden in Borken und Reken.

Beratung bei Pathologischem Spielen

Seit dem 1. April 2014 hat der SKM Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V. ein eigenes Angebot im Bereich des Pathologischen Spielens (1/3 Personalstelle). Finanziert wird das Angebot von der Stadt Bocholt, die einen Teil der Vergünstigungssteuer für die personelle Erweiterung der Beratung für pathologisches Spielen zur Verfügung stellt.

Psychosoziale Begleitung Substituierter

Eine sinnvolle Erweiterung der Drogenarbeit bildet seit 1999 die psychosoziale Begleitung Substituierter. Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist hier für den gesamten Südkreis Borken alleiniger Anbieter. Die enge Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärzten und die psychosoziale Betreuung, Vermittlung in Arbeit, etc. macht einen großen Teil der Arbeit aus.

Arbeit mit suchtgefährdeten/-abhängigen ALG II – Empfängern

Seit 2013 bietet der SKM Katholischer Verein für soziale Dienste Bocholt e.V. eine sozialpädagogische Unterstützung für suchtgefährdete und suchtabhängige ALG II Empfänger an. Die Trennung Fallmanager und sozialarbeiterische Unterstützung zeigt nachhaltige Erfolge. Hausbesuche und niederschwellige Angebote bieten den Betroffenen wieder die Möglichkeit in den Arbeitsmarkt zu finden und/oder sich frühzeitig zur Beratung und Behandlung zu entscheiden (siehe Jahresbericht).

1.4. Personal der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Gemäß und analog der „Vereinbarung für Abhängigkeitserkrankungen“ (4. Mai 2001ff) arbeiten in der Suchtberatungsstelle (Anlage) im Bereich der ambulanten medizinischen Rehabilitation fünf hauptamtliche, therapeutische Mitarbeiter bestehend aus den Berufsgruppen Arzt/Psychiater, Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialarbeiter bzw. Diplom-Sozialpädagogen.

Näheres ist dem aktuellen Personalstandsplan, der halbjährlich aktualisiert wird, zu ersehen.

1.5. Räumlichkeiten

Jede Fachkraft verfügt über ein eigenes Arbeitszimmer. Für die Gruppenarbeit stehen zwei Gruppenräume (36qm + 28 qm) zur Verfügung. Die Beratungsstelle ist behindertengerecht eingerichtet und der Umbau wurde von der Aktion Mensch geför-

dert. Die Drogenberatungsstelle verfügt über einen eigenen Gruppenraum, sowie einen niederschweligen Cafebereich.

1.6. Vernetzungen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste bringen ihre fachliche Kompetenz mit in die stationäre, qualifizierte Entgiftung (St. Vinzenz Hospital in Rhede, Psychiatrisches Krankenhaus) ein. Mit den Suchtpatienten führen dort die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wöchentlich eine Gruppe durch (à 75 Minuten), um den Kontakt zu den Patienten herzustellen, zu fördern und den Weg in die Beratungsstelle für die Betroffenen so leichter zu ermöglichen.

Ebenfalls führen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ein gemeinsames wöchentliches Team mit der Leitung der Suchtstation, um die Diagnosen, die möglichen Indikationen, den Behandlungsplan und die Perspektiven für den Patienten zu erarbeiten. Gemeinsame Zielvereinbarungen und Therapiepläne können so frühzeitig in Angriff genommen werden. Der fachliche Austausch ist effizient und hat sich über die Jahre für beide Seiten bewährt. Die Zusammenarbeit mit dem Beratungsstellenarzt ist auch an dieser Stelle gewährleistet.

Die Suchtberatungsstelle des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste arbeitet eng mit der Selbsthilfe (Kreuzbund und Anonyme Alkoholiker) vor Ort zusammen. Monatlich treffen sich die Gruppenleiter der Selbsthilfe mit dem therapeutischen Personal der Beratungsstelle zur Supervision. Dort wird auch die Übergabe der Patienten aus der ambulanten medizinischen Rehabilitation in die Gruppen besprochen. Gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit (z.B. während der Suchtwoche) ist dabei selbstverständlich.

In letzter Zeit häufen sich die gemeinsamen Kontakte mit den örtlichen Jugendämtern. Die mögliche Inobhutnahme (Ursache: § 8a SGB VIII) von jüngeren Kindern ist aufgrund der bekannten Vorfälle von Vernachlässigung zum aktuellen Thema geworden. Dies betrifft in letzter Zeit immer mehr Familien mit kleinen Kindern, in denen die Mütter trinken. Es entwickeln sich daraus eine Zusammenarbeit mit den Jugendämtern, der Sozialpädagogischen Familienhilfe und anderen Trägern der örtlichen Jugendhilfe. Jugendhilfe und Suchthilfe rücken enger zusammen.

Eine weitere Vernetzung gibt es mit dem Krankenhaus Bocholt, dort gibt es ein prophylaktisches Angebot für Kinder und Jugendliche (unter 18 Jahren) und deren Eltern die alkoholisiert im Krankenhaus behandelt werden (Katertalk – Jahresbericht - Kolibri).

1.7. Öffentlichkeitsarbeit

Eine Aufgabe der Suchtberatungsstelle des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist es, das Thema „Suchterkrankungen, Missbrauch und Abhängigkeit“ im Blick zu haben und eine regelmäßige Öffentlichkeitsarbeit zu schaffen. Es gilt, im kirchlichen und gesellschaftlichen Raum auf die allgemeine Suchtproblematik hinzuweisen und Strategien der Veränderung zu entwickeln. Die Öffentlichkeitsarbeit mit

den Themen Sucht und Abhängigkeit soll den Menschen die Schwellenangst nehmen, damit sie die Beratungsangebote des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste wahrnehmen können. Regelmäßige öffentliche Auftritte bei „Suchttagen“ und Ausstellungen zum Thema „Sucht und Abhängigkeit“ finden oft gemeinsam mit der Selbsthilfe statt.

Die präventive Arbeit findet zudem in Schulen, Betrieben, Kindergärten und in der Öffentlichkeit statt. Ebenso ist „Kolibri“ als besonders anerkannte Präventionsmaßnahme zusehen, da sie mit einer Risikogruppe arbeitet (siehe 1.3.).

In den politischen Gremien (Jugendhilfeausschuss, Sozialausschuss, Gesundheitsausschuss, PSAG – im Kreis Borken) wird die Arbeit der Suchtberatungsstelle in regelmäßigen Abständen dargestellt und auf wichtige Entwicklungen hingewiesen, um gemeinsame prophylaktische Projekte zu entwickeln.

2. Krankheitsmodell

„Sucht galt lange Zeit im vorwissenschaftlichen Verständnis – immer seltener auch bei Fachleuten - nicht als eine Krankheit, sondern wurde als ein Kavaliersdelikt verharmlost oder als soziale Entgleisung und gewohnheitsmäßiges Fehlverhalten eines moralisch Verwerflichen verurteilt“ (Bilitza 2008, S. 12). Im Jahr 1965 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) den Begriff der „Abhängigkeitserkrankung“ eingeführt (Feuerlein et al, 1998). Die Unterscheidung zwischen körperlicher Abhängigkeit, z. B. Entzugssyndrom, und psychischer Abhängigkeit, aufgrund von Suchtdruck und Kontrollverlust erhielt dort Anerkennung und führte in der Folge dazu, dass auch in Deutschland die Sucht als eine Erkrankung anerkannt worden ist (Lehmann 1999). Störungen, die aufgrund des schädlichen Substanzmittelgebrauches entstanden sind, sowie die körperlichen Symptome werden in den psychiatrischen Manualen bewertet und fließen in die Diagnostik ein.

2.1. Suchtverständnis

Unser Verständnis der Suchterkrankungen geht davon aus, dass die Genese der substanzgebundenen Abhängigkeitsstörungen von einem multifaktoriellen Einfluss auf den Menschen bestimmt wird. Es handelt sich hierbei nicht um monokausale Zusammenhänge. Vielmehr interagieren genetische Komponenten und medizinisch-neurochemische Dispositionen/Prozesse, frühe Bindungs- und Beziehungserfahrungen, Umwelt- und soziokulturelle Einflüsse und aktuelle Lebens- bzw. Problemsituationen miteinander, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchtkrankheit beitragen.

In sozialer Hinsicht kann davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der peer-group insbesondere in der Phase der Findung einer beruflichen sowie gesellschaftlichen Identität und der Loslösung von den Eltern eine zentrale Rolle spielt. Frühe traumatische Erlebnisse (Gewalt, Missbrauch, Vernachlässigung) sind ebenfalls Faktoren, die zu einer Suchterkrankung führen können.

Psychische Dispositionen, die eine Suchterkrankung zugrunde liegen können sind zum Beispiel: mangelnde Selbstkontrolle, mangelndes Selbstwertgefühl, gesteigerte Impulsivität und Aggressivität, verstärkte Sensibilität (Trater & Edwards, 1987).

Diese Vielfalt von möglichen Ursachen bedarf einen auf jeden Einzelnen individuell zugeschnittenen Therapieplan.

Dabei vertritt der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste einen psychoanalytischen Ansatz, der ergänzt wird durch verhaltenstherapeutische Aspekte, sowie Aspekte der Integrativen Therapie. Dies ist begründet in den unterschiedlichen anerkannten Suchtweiterbildungen.

Das Erleben von kurzfristiger Entlastung durch Suchtmittelgebrauch führt häufig zu Rückfällen (Körkel 1988). Daher ist es bedeutsam, die Einflussfaktoren für einen erneuten Konsum genau zu kennen und im therapeutischen Prozess zu bearbeiten. Dabei gilt es, den Betroffenen auf folgende Lebenssituationen vorzubereiten:

- allgemein kritische Lebenssituationen
- Konfrontation mit alten Risikomustern
- fehlende Bewältigungsstrategien für den Umgang mit einer Risikosituation

Diese intensiven thematischen Auseinandersetzungen führen zur Stärkung der Betroffenen in Risikosituationen.

Die Abhängigkeitserkrankung wird oft jahrelang von den Betroffenen und der Umwelt nicht erkannt. Die Übergänge zwischen riskantem, schädlichem Gebrauch und Abhängigkeit (Feuerlein, Kufner, Soyka 1988) sind fließend. Dieses bedeutet für eine erfolgreiche Therapie zunächst das Bemühen um eine eindeutige diagnostische Einordnung im Sinne der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10-GM Version 2007).

Grundlage der therapeutischen Arbeit des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ist das wissenschaftlich begründete

psychoanalytisches Suchtverständnis

In der psychoanalytischen Theorie findet sich bis heute kein einheitliches Störungsmodell zum Alkoholismus.

In der wissenschaftlichen Literatur werden vor allem drei unterschiedliche Theorieansätze diskutiert. Gemeint sind die triebpsychologischen, die Ich-psychologischen und die objektbeziehungstheoretischen Modelle der Psychoanalyse. Die genannten Theoriemodelle sind historisch in der genannten Reihenfolge entstanden.

Inhaltlich betrachtet hat der triebpsychologische Ansatz, in dem das süchtige Trinken als Regression zur oralen Phase betrachtet wurde, an Bedeutung verloren. Das Suchtmittel diene der Spannungsregulation und der Triebabfuhr. Erst dann sei es möglich, libidinöse und aggressive Impulse auszuleben. Die entspannende und enthemmende Wirkung des Alkohols ist in diesem Modell gut beschrieben.

Rost (Rost 1987) kritisiert an diesem Ansatz, dass die Suchtentstehung bei relativ stabilen, Ich-starken Persönlichkeiten beschrieben wird, wo eine Regression auf die orale Phase überhaupt erst möglich ist. Schon Freud (vg. Freud 1930,1994) hatte in späteren Jahren in der Diskussion um diesen Ansatz eine Akzentverschiebung vorgenommen, in dem er nicht mehr von der Lustgewinnung, sondern von der Unlust-

vermeidung sprach, die mit Hilfe des Suchtmittels gewonnen werden solle. Seit neuestem wird wieder mehr über die Funktion des unbelebten, triebbefriedigenden Objekts gesprochen (Subkowski in Bilitza, 2008), das für den Süchtigen verlässlich, berechenbar und nicht verschlingend erlebt wird.

Große Bedeutungen haben die Ich-psychologischen- und objektbeziehungstheoretischen Überlegungen zur Sucht, die sich nach König (König, 1981,1986) auch häufig miteinander vereinbaren lassen. Die Ich-Störungen können dabei entwicklungspsychologisch als so genannte präödipale Teilfixierungen oder als eine schwere Regression aufgrund einschneidender äußerer Belastungen verstanden werden. Basierend auf dem Strukturmodell von Freud, das die Instanzen des Es, Ich und Über-Ich beschreibt, steht das Ich und seine Störungen hier im Vordergrund (Rost 1987). Das Suchtmittel gleicht das im Ich entstandene Defizit aus, damit es nicht zu der für die Psyche drohenden Desintegration kommt. Die in den Konzepten beschriebenen Funktionen der Frustrationstoleranz der Konfliktfähigkeit, der Introspektionsfähigkeit in Abgrenzung zur Inkorporationsfähigkeit geben in der Therapie von Suchtkranken klare Diagnose- und Therapiekriterien.

Dally (Dally in Bilitza, 2008) stellt in diesem Zusammenhang die Störung der Selbstfürsorge in enge Verbindung zu süchtigem Verhalten. Suchtkranke zeigen immer wieder deutliche Defizite in der Affektwahrnehmung, der Affektdifferenzierung, der Realitätswahrnehmung und der Antizipationsfähigkeit. Die Selbstfürsorge geht aber über diese Fertigkeiten hinaus.

Bei ihr geht es darum, sich selber anzunehmen und sich selber als Objekt der Fürsorge zu erleben. Gerade Suchtkranke haben aufgrund von Traumatisierungen oder mangelnden Spiegelungen hier große Defizite, die durch die annehmende Situation in der ambulanten medizinischen Rehabilitation langsam aufgearbeitet und ergänzt werden.

Schützt der Alkohol zunächst nur in bestimmten Situationen bzw. vor bestimmten Gefühlen, bekommt er zunehmend einen generalisierten Charakter. Es kann daher dazu kommen, dass sich ein Suchtkranker mit seinem Suchtmittel vor allen Gefühlen schützt. Manchmal ist es aber auch so, dass vor allem bestimmte Situationen nur noch im Zusammenhang mit dem Suchtmittel gemeistert werden können. Der Alkohol wird zum eigentlichen Beziehungsobjekt.

Dem Suchtmittel kommt jedoch, so lange es sich außen befindet, also noch nicht inkorporiert wurde, eine positive Beschreibung zu. Vereinnahmt wandelt sich das Suchtmittel zu einem bösen Objekt.

An dieser Stelle greift die Objektbeziehungstheorie, die exakter beschreibt, wie gesund bzw. maligne die Beziehungsstrukturen des Suchtkranken sind.

Wenn beispielsweise ein Alkoholiker in seiner frühen Kindheit Störungen zu seiner nahesten Bezugsperson erlebt hat, konnten sich keine gesicherten inneren Objekte bilden. Sein Weg zur Individuation (Mahler et. Al. 1999) bleibt quasi stecken in einer frühen Phase. Menschen mit so genannten präödipalen Störungsanteilen erreichen selten eine Objekt Konstanz. Die inneren Objekte werden nicht als ganzheitlich erlebt – die Spaltung in einerseits gute und andererseits böse Objekte ist nicht ausgeprägt. Die guten mütterlichen Anteile, die erlebt wurden und sich im Inneren abbilden, sind zu schwach und es gibt kein ganzes, mütterliches Objekt, das die guten und bösen

Anteile vereinigt. Die mangelnde Fähigkeit, die inneren Objekte als ganzheitlich zu erleben, wirkt sich nachteilig auf die Bindungsfähigkeit der Menschen aus. Idealisierungen, Entwertungen, Verleugnung der Realität, abwechselnd Omnipotenz- und Minderwertigkeitsphantasien spielen sich im zwischenmenschlichen Geschehen ab. Die Spaltungen können sich auf verschiedene Menschen oder auf einen einzigen Menschen beziehen. Da die inneren Konfliktfelder schon so ausgeprägt sind, bedeutet der Versuch, äußere Konflikte zu klären, die Freisetzung einer alarmierenden Angst des Patienten vor totalem Objektverlust (Mahler et al, 1999). Wegen der schnellen und primitiven Spaltungen ist in der Behandlung früher Störungen ein geregelter Austausch im multiprofessionellen Team der mit dem Patienten arbeitenden Therapeuten von großer Wichtigkeit.

Die psychoanalytische-interaktionelle Therapie (Heigl-Evers 1997) legt großen Wert darauf, die strukturellen Einschränkungen bei den Suchtkranken zu erkennen, um dann als Therapeut eine Hilfs-Ich-Funktion zu übernehmen, sich selbst und seine Fertigkeiten zur Verfügung zu stellen, um eine Nachreifung zu ermöglichen. Der Therapeut kompensiert vorübergehend quasi im Objektbeziehungsgeschehen die Funktion eines Suchtmittels, das um jeden Preis kontrolliert werden muss. Nachreifungsprozesse bei präödipl gestörten suchtkranken Menschen verlaufen meistens über mehrere Jahre.

Ergänzt werden die therapeutische Arbeit und die Persönlichkeitsmodelle durch das verhaltenstherapeutische Suchtverständnis, sowie durch Aspekte der Integrativen Therapie.

Die Verhaltenstheorie zieht zur Erklärung der Abhängigkeitsentstehung und – Aufrechterhaltung Lerntheorien wie klassisches und operantes Konditionieren, Beobachtungslernen, Modelllernen, Versuch und Irrtum sowie kognitive Prozesse heran (vgl. Ehlers, 2000). Hierbei wird davon ausgegangen, dass die Wahrscheinlichkeit eines erstmaligen Konsums von Umwelteinflüssen wie Verfügbarkeit des Suchtmittels, Risiko- oder Anreizsituationen z.B. einer peer-group, entsprechenden Modellen, kritischen Lebenslagen und/oder der positiven oder negativen Wirkungserwartung der Substanzaufnahme bestimmt wird. Die Fortführung des Konsums wird im Sinne der operanten Konditionierung über positive oder dem Wegfall negativer Konsequenzen auf körperlicher Ebene (Entspannung, Wahrnehmungseintrübung aversiver Reize, Linderung der Entzugssymptome), kognitiv-emotionaler Ebene (Glücksgefühle, verändertes Bewusstsein, subjektiv gesteigertes Selbstvertrauen, Gleichgültigkeit gegenüber aversiven Reizen) und der Verhaltensebene (erleichterte Kommunikation und soziale Integration) verstärkt (Margraf, 2000). Dabei kann klassische Konditionierung ebenfalls aufrechterhaltend wirken, indem interne und externe Reize wie Empfindungen, Gedanken, bestimmte Orte, Gerüche oder Gegenstände mit dem Rauschzustand assoziiert werden und somit als konditionierte Stimuli entsprechend konditionierte Entzugserscheinungen sowie auch plötzliches Suchtverlangen hervorrufen können (vgl. Demmel & Rist, 2001). Die sich durch den zunehmenden Substanzmissbrauch schleichend über neurochemische, körperliche und psychische Veränderungen entwickelnde Abhängigkeit wird dabei überwiegend durch eine hoch resistente, assoziativ gelernte Verbindung zwischen Suchtmittelinnahme und Belohnungsempfinden positiv, auf dem Höhepunkt der Abhängigkeit jedoch über die Reduzierung von Entzugssymptomen negativ verstärkt. Die kognitive und emotionale Fixierung auf das Suchtmittel basiert auf der über den wiederholten Konsum basierenden Fehlannahme, dass positive Verstärkung allein durch das Suchtmittel erreicht

werden kann. Natürliche Verstärker verlieren an Bedeutung und stellen keine Anreize mehr da. Dieser Prozess lässt sich ebenfalls über medizinisch nachgewiesene, neurobiologisch-strukturelle Veränderungen im Gehirn, also anhand eines medizinischen Ansatzes beschreiben (Soyka, Knüfer 2008).

Im weiteren spielen beim Suchtmittelgebrauch und dessen Aufrechterhaltung auch Defizite im Verhaltensrepertoire und kognitive Faktoren wie geringe Wirksamkeitserwartungen der eigenen Bewältigungsfähigkeiten für aktuelle Konflikt- und Problemsituationen, negative Attributikonsstile, irrationale und dysfunktionale Kognitionen und Einstellungen oder realitätsverzerrte Wahrnehmungen, wie man es auch bei anderen neurotischen Störungsbildern vorfindet, eine bedeutsame Rolle (Lindenmeyer 1996, Wilken 2003). Insgesamt fasst die Verhaltenstheorie alle genannten Faktoren in einem umfassenden bio-psycho-sozialen Erklärungsmodell zusammen (vgl. Tretter & Müller, 2001).

Auf der Grundlage ihrer Persönlichkeitstheorie fügt sich die Integrative Therapie bei Drogenabhängigen als ein ganzheitlich tiefenpsychologisch ausgerichtetes Verfahren harmonisch in das Gesamtkonzept der Ambulanten Medizinischen Rehabilitation/Sucht des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste ein.

Die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie basiert auf den Dimensionen von Selbst, Ich und Identität. Es bezieht sich auf die Grundannahmen der Leiblichkeit, Korrespondenz und dem szenischen Charakter von Erleben und Verstehen. Persönlichkeitstheoretisch tendiert der Drogenabhängige nach Petzolds Verständnis zu pathologischer Konfluenz. Die Folge ist ein schwaches positives Selbstbild und andererseits eine fehlende Konfrontationsfähigkeit mit der Umwelt. Der Verlust des idealisierten Objekts verhindert i.S. einer traumatischen Erfahrung die Entwicklung und Stabilisierung des Ich und der Ich-Identität. Bei fortschreitender biologischer Reife erscheint der Drogenabhängige dennoch unselbständig, ohne eigenverantwortlich auf eigenen Beinen stehen zu können.

Die Pubertät und Adoleszenz ist bei vielen Drogenabhängigen ein neuralgischer Punkt. Verunsicherungen in körperlichen und seelischen Bereichen, Schwierigkeiten mit der Umwelt und Sinnfragen stehen in dieser Zeit im Vordergrund. Sie können zum Ausgangspunkt vielschichtiger Identitätskrisen und abweichender Verhaltensweisen werden. Im Zusammenwirken von Entwicklungsstörungen und schädigenden Milieus bekommt die Droge eine "nährende", "schützende" oder "anpassungsfördernde" Funktion; gleichzeitig verhindert sie die Entwicklung einer Identität, basierend auf den 5 Säulen der Identität "Leib", "Sozialer Kontext", "Arbeit und Leistung", "Materielle Sicherheit" und "Werte und Normen". Häufig finden wir partiale oder gar rudimentäre Schädigungen der Identität vor.

Die Integrative Therapie beschreibt in ihren Konzepten der Schädigung der Grundstruktur, dem Modell der schädigenden Stimulierungen, sowie dem beziehungs-theoretischen Stressmodell mit seinem erweiterten Modell der gestörten Kontaktzyklen die vielschichtigen Ursachen einer Suchterkrankung. Diese Konzepte bilden die Grundlage bei der Behandlung der Drogenabhängigkeit im Rahmen unserer ambulanten Suchttherapie.

Beim Pathologischem Spielen handelt es sich um ein eigenes Krankheitsbild (siehe ICD 10 – F63), dessen Folgen ebenso Auswirkungen auf die gesamte Familie hat. Ebenso wie bei den illegalen Suchtmitteln ist der Punkt „Beschaffungskriminalität“

und die Auswirkungen auf Wohnen und Herkunftsfamilie immens. Oft ist Therapie erst möglich, wenn die sozialen Voraussetzungen wieder geschaffen sind (z.B. der Strom wieder angestellt ist, der Antrag auf SGB II gestellt ist und die Klienten wieder etwas zum Essen haben – Maslow und die Grundbedürfnisse des Menschen).

Grundlage der medizinischen Rehabilitation im Bereich pathologischem Spielen sind die Anforderungen der Verbände der Deutschen Rentenversicherungen.

Durch die jahrelange Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus alkoholkranken Familien, legen die Therapeuten auch darauf Wert, den betroffenen Kindern und Jugendlichen ein Hilfeangebot zu geben. Dies gilt zunehmend auch für Kinder und Jugendliche aus Familien mit pathologischem Glücksspiel.

Alle Suchterkrankungen haben Einfluss auf alle Familienmitglieder (vgl. Ahrenz-Greiving 1994, 2007; Boscolo et al 1992; Klein 2008). Die Abschottung der Familie nach außen, eine veränderte Rollenverteilung innerhalb der Familie und erhöhte Konfliktbereitschaft deuten auf eine Abhängigkeit eines Familienmitgliedes hin. Daher ist eine Einbeziehung aller Familienmitglieder sinnvoll, sie verbessert die Erfolgsaussichten von Therapie nachweislich signifikant. Die fallbezogenen Unterstützungsmaßnahmen erweisen sich dabei in ihrer Vielschichtigkeit als evident, insbesondere die interdisziplinär abgestimmten Beratungen mit allen Familienmitgliedern (z.B. Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsberatungsstellen, „Kolibri“). Ebenso unterstützen diese Maßnahmen die durchschnittliche Dauer der Abstinenz des Betroffenen (Ahrenz-Greiving 2007; Puxi 1999).

Suchttherapie heißt auch, die Resilienzen der Patientinnen und Patienten herauszufinden. Wieso gibt es Menschen, die anscheinend immun gegen das Schicksal sind (vgl. Nuber 2005)? Resilienzforscher zeigen auf, wie sich Menschen von traumatischen Erlebnissen relativ schnell erholen. Die Ressourcen der Patienten gilt es herauszufiltern, zu benennen und zu fördern.

2.2. Therapieansatz

Die allgemeinen Schwerpunkte der therapeutischen Arbeit sind wie folgt zu beschreiben:

- Entwicklung einer vertrauensvollen Patient - Therapeut Beziehung, die Raum zur Entwicklung neuer Beziehungsmuster und Verhaltensweisen ermöglicht. Die Bedeutung einer hilfreichen und guten Beziehung ist dabei grundlegend, nicht so sehr die Art der Ausbildung und/oder die Erfahrung des Therapeuten (Grawe, 1990).
- Sicherung der Existenz (Finanzen, Wohnen)
- Förderung der vorhandenen Ressourcen der Patienten
- Sicherung der Abstinenz - Rückfallprophylaxe
- Ausführliche Anamnese zur funktionalen Analyse des Suchtmittelkonsums
- Testverfahren in den Bereichen Alkohol, Depression, Angst und Borderline (siehe Literaturliste)
- Indikationsstellung nach CASE (Wetterling & Veltrup, 1997)

Die Therapie besteht aus einer auf den Einzelfall zugeschnittenen Kombination suchtmedizinischer, therapeutischer, psychiatrischer, psychopharmakotherapeutischer und sozialtherapeutischer Maßnahmen.

Dabei stellt die Gruppentherapie das wichtigste und notwendige Rehabilitationsangebot dar, die wissenschaftlichen Ergebnisse über die Bedeutung von Gruppenarbeit bei suchtkranken Menschen fließen in die Arbeit mit ein.

Der SKM Katholischer Verein für soziale Dienste unterhält eine Nachsorgegruppe, eine Gruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige, eine Gruppe für Drogenabhängige Menschen, sowie eine spezielle Gruppe für pathologisches Spielen.

Als zentrale Methoden im therapeutischen Prozess sind hierbei zu nennen:

- Psychoedukation ist die Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung, die damit verbundenen körperlichen und sozialen Folgen (gilt nicht für die Nachsorge)
- Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 1999) als Möglichkeit der intensiven direkten Kontaktaufnahme und Änderungen im Verhalten zu ermöglichen und zuzulassen
- Therapie als intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte einerseits und dem Aufbau von Selbstwertgefühl, Selbstverantwortung, Kritikfähigkeit, Schaffung eines zufriedenen Alltags, etc. andererseits

Die unterschiedlichen therapeutischen Überzeugungen der Mitarbeiterinnen (psychoanalytisch ausgebildet) und der Mitarbeiter (verhaltenstherapeutisch ausgebildet) werden in unterschiedlichen Settings zusammengeführt. Dieses sind u.a. Teamsitzungen mit Fallbesprechungen und fachlichem Austausch, Supervision mit Fallbesprechungen, Indikationsteam mit Entwicklung eines Therapieplanes, die unter Leitung des Beratungsstellenarztes stehen. Ziel dabei ist grundsätzlich, die für den Patienten optimalste Lösung zu finden, dabei ist die Leitlinie „was ist hilfreich und wie kann das Ziel erreicht werden“ (Schipeck, 1999). Dabei zeigt es sich, dass die unterschiedlichen Ansätze sehr gut miteinander korrespondieren.

3. Voraussetzungen für eine ambulante medizinische Rehabilitation bei Alkohol-, Medikamentenabhängigkeit und Pathologischem Spielen

3.1. Zielgruppen

Das Angebot ambulanter medizinischer Rehabilitation der Suchtberatungsstelle richtet sich an volljährige Frauen und Männer mit einer Abhängigkeitserkrankung gemäß ICD 10 G aus den Diagnosegruppen F 10, F 13 bis F 19 sowie F 50, F55 und F63 (Dilling et al 2000).

Übergangsweise können auch Menschen, die substituiert werden in den therapeutischen Kontext aufgenommen werden.

3.2. Indikationen

In den ersten Beratungsgesprächen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste wird zunächst das Angebot der Beratungsstelle ausführlich besprochen.

Die Indikationsstellung dient den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM - Katholischer Verein für soziale Dienste als Entscheidungshilfe, ob eine stationäre oder eine ambulante Leistung für den Patienten beantragt werden kann. Hierzu dient u.a. die „Checklist for Assessment of the Severity of Ethanol Dependency – Case“ (nach Wetterling und Veltrup 1997) und das Trierer Alkoholismusinventar. Dabei spielen individuelle Voraussetzungen und die sozialen Komponenten (Familie, Arbeitsplatz) die zentralen Rollen bei der Entscheidungsfindung. Ebenfalls werden Spielfragebogen (von *Gamblers Anonymous*, MAGS, Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten, Online Spielsucht Fragebogen der Uni Düsseldorf) genutzt. Bei Drogenabhängigkeit wird ebenfalls geklärt, welche Therapieform in Frage kommt. Bei Substituierten muss eine Höchstmenge (z.B.: 6 ml Methadon, 3 ml Polamydon, 8ml Subutex) festgelegt sein. Die Begleitung Substituierter Bedarf hoher Kontrolle. In einer ambulanten Therapiegruppe sollen nicht mehr als zwei Substituierte teilnehmen.

Zu Beginn der Maßnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist der aktuelle Konsum des Patienten auszuschließen, eine sechswöchige glaubhafte und eventuell überprüfte Abstinenz ist Grundbedingung für eine ambulante medizinische Rehabilitation.

Jeder Patient wird durch den Beratungsstellenarzt begutachtet, dem Beratungsstellenarzt liegen die Unterlagen (Sozialbericht, etc.) der Beratungsstelle vor. Der Beratungsstellenarzt ist verantwortlich für das ärztliche Gutachten und den gesamten therapeutischen Prozess.

Für eine ambulante medizinische Rehabilitation kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:

- Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialen Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Therapie Erfolg versprechend erscheint und eine stationäre Therapie nicht oder nicht mehr erforderlich ist.

- Das soziale Umfeld des Patienten hat noch stabilisierende und unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
- Der Patient ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante medizinische Therapie nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit
 - zur aktiven Mitarbeit,
 - zur regelmäßigen Teilnahme und
 - zur Einhaltung des Therapieplans
 in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten medizinischen Rehabilitation vorhanden ist.
- Der Patient ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden. Der Patient muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurück zu kehren.

3.3. medizinische Diagnostik

Zur medizinischen Diagnostik gehört zunächst die klassische allgemeinärztliche Untersuchung einschließlich der für die Suchterkrankung wesentlichen Laborparameter. Die aktuelle Medikation der Patienten soll analysiert und überprüft werden. Zusätzlich ist die psychiatrische Untersuchung wichtig, um die Art und Schwere der Abhängigkeitserkrankung einzuordnen. Vorerkrankungen und zusätzliche Erkrankungen (z.B. Depression, unsichere Persönlichkeit, Angststörungen, Nikotinabhängigkeit) sind Bestandteil der medizinischen Untersuchung. Ebenso ist die körperliche Leistungsfähigkeit des Patienten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu untersuchen und einzuschätzen. Die gesamte Untersuchung wird vom Beratungsstellenarzt verantwortlich durchgeführt, wird im Indikationsteam besprochen und im Arztbericht dokumentiert.

Die medizinische Diagnostik beim Beratungsstellenarzt kann dazu führen, dass Medikamente verschrieben werden (z.B. bei vorhandener Depression), um eine Therapie erst zu ermöglichen.

neurobiologische Grundlagen

Grundlage der medizinischen Diagnostik sind die neuesten neurobiologischen Grundlagen.

Der Akut-Effekt von Alkohol besteht in der *Verstärkung* der Funktion der

GABA-Rezeptoren, die einen Chlorid-Einstrom in die Zelle bewirken mit der Folge einer Hyperpolarisation des Membranpotenzials. Darüber hinaus werden die Glutamat-Rezeptoren vom *NMDA-Typ* durch Alkohol in ihrer *Funktion gemindert*. Diese Rezeptoren bewirken normalerweise einen Calcium-Einstrom, aber auch einen Natrium-Einstrom und darüber hinaus einen Kalium-Auswärtsstrom. Im nächsten Verarbeitungsschritt werden andere Moleküle aktiviert bzw. gehemmt. Das gesamte Zusammenspiel der durch die alkoholbedingte Rezeptormodulation ausgelösten Signalketten in der Zelle ist noch nicht aufgeklärt und auch nicht funktionell umfassend verstanden.

Angloamerikanische Autoren betonen in den letzten Jahren eine ganzheitsorientierte neurobiologische Betrachtungsweise der Sucht. Dabei geht es um das gestörte Zusammenspiel von verschiedenen makroanatomischen Schaltkreisen: neben dem hirstammnahen „Impulssystem“, das sich aus dem Dopamin-System und dem Serotonin-System zusammensetzt, wird zusätzlich ein „Verhaltenssystem“ unterschieden, dessen Zentren im Striatum liegen und dem ein zu schwaches kortikal lokalisiertes „reflexives System“ übergeordnet ist (Heinz/Batra 2002).

Die vorhandenen Anti-Craving-Mittel nutzen diese Erkenntnisse und sollten allenfalls unterstützend in der Motivationsphase und direkt nach einer körperlichen Entgiftung des Patienten eingesetzt werden. Ein Gebrauch dieser Mittel während einer ambulanten medizinischen Rehabilitation ist nicht angebracht. Die Patienten sollten diese Mittel frühzeitig ausschleichen lassen, natürlich in Zusammenarbeit mit dem Beratungsstellenarzt.

3.4. Psychosoziale Diagnostik

Im Rahmen der psychosozialen Diagnostik werden Sozial- und Suchtanamnese des Patienten erhoben und die aktuelle soziale Situation unter der Berücksichtigung familiärer, finanzieller, beruflicher, freizeitbezogener und behördlicher - justizieller Aspekte erfasst.

Ebenso gilt es ausführlich die suchtmittelbezogene Vorgeschichte (z.B. frühere Aufenthalte in stationären Einrichtungen, frühere ambulante medizinische Rehabilitation, Aufenthalte in psychosomatischen Kliniken, Therapie bei einem niedergelassenen Therapeuten) zu erheben.

Der Sozialbericht (auf dem Vordruck der Deutschen Rentenversicherung) wird vom Einzeltherapeuten verantwortlich erstellt und an den Beratungsstellenarzt vor dessen Untersuchung des Patienten weitergeleitet.

Ein wichtiger Teil der Diagnostik ist die Testdiagnostik, die der Psychologe der Beratungsstelle durchführt und verantwortet. Die Ergebnisse werden ebenfalls dem Beratungsarzt zur Verfügung gestellt.

3.5. Kontraindikationen

Eine ambulante Therapie der Abhängigkeitserkrankung kommt nicht in Betracht, wenn (vgl. Schallehn 1993):

- die versicherungsrechtlichen oder persönlichen Voraussetzungen (s.o.) nicht erfüllt sind;
- eine vordergründige Suizidalität gegeben ist;
- körperliche oder psychiatrische Einschränkungen (z.B. schwere Depression, schwere Anorexie, Psychose) aktuell eine erfolgversprechende Therapie nicht indizieren;
- der Patient den Anforderungen zum Verständnis des Rehabilitationsprozesses nicht gewachsen ist;
- eine ansteckende Krankheit vorliegt;
- bei destruktiver Partnerbeziehung;
- bei einer instabilen Wohnsituation;
- der Patient zur Durchführung der Therapie nicht bereit ist, fehlende Mitwirkungspflicht;
- erhebliche psychische oder körperliche Komorbidität, die in einer ambulanten Einrichtung nicht ausreichend behandelt werden kann;
- eine Kontinuität der Therapie nicht gewährleistet ist.

Die Menschen, die das Angebot der ambulanten Therapie aus unterschiedlichen Gründen nicht wahrnehmen können, werden selbstverständlich in der Beratungsstelle aufgefangen, dort wird die Motivation für eine mögliche Therapie neu bewertet und gefördert. Hierzu sind der Besuch der Motivationsgruppe und gezielte Einzelgespräche angemessen und erforderlich.

3.6. Motivationsphase und Kontraktphase

Vor der Therapie ist eine Motivations- und Kontraktphase (vgl. Miller & Rollnik 1999) unumgänglich. Der Besuch der wöchentlichen Motivations- und Anfangsgruppe ist vor der Therapie indiziert. Erste Auseinandersetzungen mit der Abhängigkeitserkrankung, allgemeine Informationen zu den Themen Sucht und Abhängigkeit, dem Miteinander mit anderen abhängigen Menschen und eine erste Zielplanung sind hilfreich bei einer eindeutigen Indikationsstellung.

Die Motivationsphase dauert mindestens vier Wochen, bei der ambulanten Rehabilitation in der Regel drei Monate und mehr.

4. Therapie

Die inhaltliche und formale Verantwortung für die Therapie dem Rentenversicherungsträger gegenüber obliegt dem Beratungsstellenarzt. Dieser leitet und steuert die ambulante medizinische Rehabilitation einerseits durch die medizinische Diagnostik (s.o.), andererseits durch das Einberufen regelmäßiger Teamsitzungen. Hier wird gemeinsam (Arzt, Psychologe und Sozialarbeiter) die Entscheidung getroffen, ob eine ambulante oder eine stationäre Rehabilitation indiziert ist. In regelmäßigen Sitzungen, die vom Beratungsstellenarzt geleitet werden, sind Fallbesprechungen und der Verlauf der Gruppe ausführliche Themen. Ebenso werden mögliche Interventionen besprochen und entwickelt. Der Beratungsstellenarzt verantwortet die Entscheidungen, die während dieses Prozesses gefällt werden.

Die wöchentlichen Gruppen und die vereinbarten 14tägigen Einzelgespräche werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste verantwortlich durchgeführt.

Unter Therapie verstehen wir ein wissenschaftlich begründetes theoriegeleitetes, zielgerichtetes, ressourcenorientiertes und planvolles Vorgehen, wobei die individuellen Lebensbedingungen des Patienten im Vordergrund stehen und mit einzubeziehen sind.

Ambulante medizinische Rehabilitationsgruppe und Nachsorgegruppe werden wegen unterschiedlicher Therapieziele getrennt voneinander geführt.

Während der ambulanten medizinischen Rehabilitation gelten die aktuellen Richtlinien der zuständigen Leistungs- und Kostenträger.

4.1. Therapieziele

Übergeordnetes Therapieziel der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist für den Bereich der Rentenversicherung die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit, für den Bereich der Krankenversicherung die Vorbeugung einer drohenden Behinderung und Pflegebedürftigkeit.

Als allgemeine Rehabilitationsziele sind zu nennen:

- Entwicklung und Festigung von Krankheitseinsicht
- Training der Compliance
- Auseinandersetzung mit Wertvorstellungen
- Förderung der Motivation zur Veränderung
- Herstellung und Erhaltung möglichst dauerhafter Abstinenz
- Behebung oder Verminderung der Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen
- Verminderung des Schweregrads der Beeinträchtigung der Aktivitäten oder Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten
- Kompensation (Ersatzstrategien)
- Krankheitsverarbeitung
- Ausschleichen aus der Substitution (ca. 4 Monate nach Beginn der Therapie)
- Beikonsum muss beachtet werden und eventuell ärztlich überprüft/kontrolliert werden

- Verbesserung der Kontextfaktoren durch Aufbau sozialer Netzwerke zu nicht-abhängigkeitskranken Menschen
- Verbesserung der Körperfunktionen und Körperstrukturen, insbesondere der psychischen Funktionen
- Verminderung von negativen Affekten, Stärkung und/oder Differenzierung von Selbstwahrnehmung/Selbstwertgefühl
- Umgang mit Krisensituationen und Rückfall
- Aktivitäten z.B. in den Bereichen Beziehungs- und Leistungsfähigkeit, sowie der Tagesstrukturierung
- Teilhabe wie soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration
- Klärung der finanziellen und juristischen Situation
- Aufbau und/oder Intensivierung von Freizeitaktivitäten
- Übernahme von Verantwortung für das eigene Verhalten während der Sucht (insb. bei pathologischem Spielen - Rückzahlung der Schulden bei Familie, Stromerzeuger, Banken, etc.)

Auf der Grundlage der erhobenen diagnostischen Daten werden die individuellen Therapieziele erarbeitet, die vorhandenen Ressourcen werden aufgezeigt und genutzt. Die Ziele werden so dargestellt, dass der Patient sie in kleinen Schritten erreichen kann. Die Unterscheidung in „Nahziele“ und „Fernziele“ schaffen dem Patienten frühzeitig Erfolge, die zur Stabilität der Abstinenz und der weiteren Entwicklung hilfreich sind. Gleichzeitig sind Erfolge auch Motivation, aktiv an der ambulanten Rehabilitation teilzunehmen.

4.2. Therapieplan

Der Therapieplan der ambulanten medizinischen Rehabilitation entwickelt sich aus den Therapiezielen (s.o.) und den mit den Patienten erarbeiteten individuellen Zielen. Diese werden im Indikationsteam vorgestellt und gemeinsam festgelegt, die Ziele können sich während der Therapie verändern. Änderungen werden im Indikationsteam, das vom Beratungsstellenarzt koordiniert und geleitet wird, ausführlich besprochen.

4.3. Therapievertrag

Vor Beginn der Therapie unterschreiben der Patient und der Einzeltherapeut (als Vertreter der Beratungsstelle) einen Therapievertrag.

4.4. Therapeutisches Setting

Im therapeutischen Setting werden die formalen Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation dargestellt und formuliert.

4.4.1. Einzelgespräche

In der Regel bieten die therapeutischen Mitarbeiter dem Patienten alle zwei Wochen ein Einzelgespräch á 50 Minuten an, sie können auch in aktuellen Krisen kurzfristig

und in kürzeren Abständen (mehrmals pro Woche 50 Minuten) in Anspruch genommen werden.

Die Einzelgespräche sind insbesondere wichtig

- in persönlichen Krisen
- bei frühen traumatischen Erlebnissen (z.B. sexuelle Übergriffe)
- bei sexuellen Problemen in der Partnerschaft
- bei Gewalt in der Partnerschaft
- bei zusätzlichen Diagnosen (z.B. Angststörung, Essstörungen)
- bei der Vorbereitung und Nachbereitung der Gruppenarbeit, wenn diese besonders belastend vom Patienten erlebt worden ist.

4.4.2. Gruppengespräche

Die wöchentlichen Gruppengespräche á 100 Minuten sind wesentliches therapeutisches Mittel, um Veränderungen der Patienten langfristig zu sichern. Grundlegende Gruppenregeln für den Gruppenbesuch sind

- Abstinenz
- Regelmäßigkeit des Besuches (Kontinuität)
- Selbstverantwortung
- Verschwiegenheit der Patienten untereinander

Die Gruppen werden von einem anerkannten Therapeuten geleitet, gemeinsam mit einem Co-Therapeuten. Die Vertretung ist untereinander geregelt.

Die Gruppen sind halboffen gestaltet, so dass immer Patienten an unterschiedlichen Punkten ihres Therapieprozesses zusammen in einer Gruppe sind. Der Zeitpunkt der Gruppenaufnahme wird durch den Beratungsstellenarzt und die Beratungsstelle gesteuert, um die Prozessqualität zu gewährleisten.

Die Gruppenstärke liegt zwischen 10 und 12 Teilnehmer, dabei sind 12 Teilnehmer gleichzeitig die Höchstgrenze in der Gruppe; in Therapiegruppen mit dem Schwerpunkt Abhängigkeit von illegalen Drogen sowie pathologischem Spielen beträgt die Gruppenstärke 6 bis 8 Teilnehmer. Es werden typischerweise jeweils zwei Gruppen durchgeführt, eine ambulante medizinische Rehabilitationsgruppe und eine Nachsorgegruppe, insgesamt im Jahr ca. 55 Patienten. Die Anzahl von Frauen und Männern sind in den Therapiegruppen meist ausgeglichen.

Der Umgang mit Genderthematiken findet Niederschlag in Gruppengesprächen. Dabei geht es vordergründig um die Zuordnung von Rollen in „typisch männlich“ und „typisch weiblich“, aber auch um die Geschlechtsrolle. Besprochen wird das in der Gesellschaft normierte Rollenverständnis von Mann und Frau. Ziel ist es einerseits Verständnis für die eigene Rolle und Geschichte zu entwickeln, andererseits die Freiheit der Wahl zurückzuerlangen, dass ich als Mensch anders handeln kann, in meinem Verhalten nicht festgelegt bin. Die Gruppen können teilweise in eine Männer- und Frauengruppe aufgeteilt werden, da die Themen unterschiedlich bewertet werden und die Offenheit der Teilnehmer sich anders gestaltet. Anschließend werden die gleichen Themen wieder gemeinsam diskutiert.

Zu bestimmten Indikationen finden bei Bedarf Gruppenangebote statt, z.B. zu folgenden Thematiken:

- Angst
- Raucherentwöhnung
- Partnerschaft
- Borderline Erkrankung
- Entspannung, Autogenes Training, Muskelentspannung nach Jacobsen
- Umgang mit Geld (Pathologischem Spielen)

Das Autogene Training wird von einem ausgebildeten zertifizierten Kollegen durchgeführt.

4.4.3. Bezugspersonengespräche

Während der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist es selbstverständlich, dass das Gespräch mit der Bezugsperson, bzw. den Bezugspersonen stattfindet. Wissenschaftlich ist inzwischen eindeutig belegt, dass der Einbezug der Familie in den therapeutischen Prozess eine langfristige Abstinenz fördert. Gerade die familiären Veränderungen während der Therapie eines Familienmitgliedes gilt es zu begleiten, zu fördern und zu stützen (Sander 1993). Die Dauer der Bezugspersonengespräche ist ebenfalls 50 Minuten pro Kontakt.

Die Bezugspersonengespräche finden möglichst früh im therapeutischen Prozess statt. Die Anzahl richtet sich nach dem Bedarf der Co-abhängigen. Die Beratungsstelle bietet für diesen Kreis eine Gruppe an. Die Drogenberatungsstelle begleitet seit vielen Jahren eine Elterngruppe drogenkonsumierender Kinder. Für Kinder und Jugendliche bietet der SKM - Katholischer Verein für soziale Dienste eine eigene Beratungsstelle („Kolibri“) an, hier werden Kinder und Jugendliche aus Suchtfamilien langfristig betreut, um dem hohen Risiko einer eigenen Suchtabhängigkeit (Zobel 2001, Klein 2008) vorzubeugen. Die Kontakte mit den Kindern und Jugendlichen werden nicht mit dem Rentenversicherungsträger abgerechnet.

4.4.4. Sport- und Freizeitverhalten

Das Sport und Freizeitverhalten gewinnt in der Beratung und Therapie einen immer größeren Stellenwert. Die Beratungsstelle bietet Unterstützung und Kontakt zu Sportvereinen, Fitnesszentren, etc. an. In der Therapie werden die Patienten unterstützt und ermutigt, ihre Freizeit wieder aktiv zu gestalten.

Im Freizeitbereich bietet die Beratungsstelle gemeinsame Aktionen und Rituale an, so z.B. autogenes Training, Tanzen, Männergruppe, Frauengruppe, Osterbasteln, Spaziergänge, Weihnachtsfeier.

Die einzelnen Angebote werden von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen durchgeführt. Das Tanzen wird extern von einer Tanzpädagogin (die ebenso mit den Krankenkassen zusammen arbeitet) mit Zusatzausbildung auf Honorarbasis geleitet.

4.4.5. Regeldauer

Die ambulante medizinische Rehabilitation wird in der Regel vom Rentenversicherungsträger für ein halbes Jahr (40 + 4 Einheiten) bewilligt. In der Regel kann die Rehabilitation, wenn sie medizinisch durch den Beratungsstellenarzt begründet ist, verlängert werden, so fern der Leistungsträger dieser Verlängerung zustimmt.

Bei einer Nachsorge bewilligt die Deutsche Rentenversicherung 20 Therapieeinheiten und 2 Bezugspersonengespräche für sechs Monate. In begründeten Einzelfällen kann die Nachsorge verlängert werden, wieder um 20 plus 2 Einheiten für weitere sechs Monate, danach ist die Nachsorge beendet..

4.4.6. Zeiten

Die Einzelgespräche (á 50 Minuten) werden persönlich mit dem Bezugstherapeuten vereinbart, die Öffnungszeiten der Beratungsstelle sind von Montag bis Freitag zwischen 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr. Es können bei Bedarf Termine nach 18.00 Uhr vereinbart werden. Die Gruppen (Nachsorge- und ambulante Rehabilitation) finden am späten Nachmittag nach der Arbeit der Patienten (ab 16.30 Uhr) statt, jeweils für 100 Minuten. Diese Zeiten können sich verändern, da der Arbeitsplatzzerhalt vorrangig ist. So kann die Gruppenarbeit auch nach 18.00 Uhr einsetzen.

Eine Therapieunterbrechung ist nur in begründeten Ausnahmefällen möglich. Sollte ein krankheitsbedingter Ausfall länger als vier Wochen dauern, wird dies dem Leistungserbringer mitgeteilt.

Für Urlaubsinteressen während der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist eine Höchstdauer von drei Wochen nicht zu überschreiten.

4.4.7. Teamsitzungen

Wöchentliche Teamsitzungen der therapeutischen Mitarbeiter á 120 Minuten sind obligatorisch. In den Teamsitzungen werden regelmäßige Fall- und Gruppenbesprechungen geführt. Ziel ist es, die Prozess- und Ergebnisqualität der Therapie stetig weiter zu entwickeln und zu optimieren. Die Integration der unterschiedlichen therapeutischen Ansätze führen zu sehr intensiven Fallbesprechungen.

An den Teamsitzungen nehmen alle therapeutischen Mitglieder der ambulanten medizinischen Rehabilitation teil, bei formalen Anlässen (z.B. Klärung vor Raumproblemen, Zeiten der Gruppen) ist der Geschäftsführer anwesend. Sollten Differenzen bei der Beurteilung von therapeutischen Interventionen von Patienten auftauchen, ist der Fall im Indikationsteam vorzustellen, die Letztverantwortung für die weitere Therapie trägt immer der Beratungsstellenarzt.

4.4.8. Indikationsteam/Beratungsstellenarzt

Ein regelmäßiges Indikationsteam, das vom Beratungsstellenarzt geleitet wird, hat folgende Aufgaben und Schwerpunkte:

- Vorstellung und Indikationsstellung (stationär versus ambulant) der Patienten für eine ambulante medizinische Rehabilitation
- Erörterung des Therapieplanes
- Verlauf der Gruppenarbeit – Gruppentherapeutische Interventionen
- Fallbesprechungen
- Entscheidungen über Verlängerungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation
- Entscheidung über den Abbruch der ambulanten medizinischen Rehabilitation durch die Einrichtung

Im Indikationsteam werden die Patienten, die für eine ambulante medizinische Rehabilitation vorgesehen werden, besprochen. In Einzelfällen kann das Indikationsteam zu der Entscheidung gelangen, dass eine stationäre Therapie indiziert ist. Das Indikationsteam findet mindestens sechs Mal im Jahr statt. Zusätzlich finden bei Bedarf Gespräche zwischen Beratungsstellenarzt und den zuständigen Therapeuten statt.

Bei Differenzen zum Vorgehen im therapeutischen Prozess trägt der Beratungsstellenarzt die therapeutische Verantwortung und entscheidet über das weitere Vorgehen.

Der Beratungsstellenarzt arbeitet eng mit dem St. Vinzenz Krankenhaus Rhede (Suchtstation) zusammen. Ebenso ist er verantwortlich für die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten vor Ort und stellt die ambulante medizinische Rehabilitation der Ärzteschaft Bocholt in ihren Gremien vor.

4.4.9. Supervision

Die Supervision durch einen anerkannten externen Supervisor ist Bestandteil für die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Die Supervision umfasst jeweils 90 Minuten. Dabei werden wesentliche Aspekte besprochen, das Team, die Teamarbeit und der therapeutische Prozess der Patienten. Dabei ist es Ziel, die Qualität der Arbeit weiter zu verbessern (Ergebnisqualität und Prozessqualität). Die Supervision findet monatlich – ausgenommen die Ferienmonate – statt, mindestens 10 Mal im Jahr.

Der Beratungsstellenarzt kann gegebenenfalls an der Supervision teilnehmen.

4.4.10. Fortbildungen

Regelmäßige Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die in der ambulanten medizinischen Rehabilitation eingebunden sind, werden vom SKM - Katholischer Verein für soziale Dienste unterstützt und gewährleistet. Ziel ist es, die Qualität der therapeutischen Arbeit zu erhalten und neue Entwicklungen der Wissenschaft aufzunehmen und umzusetzen.

5. Therapiephasen

5.1. Vorbereitung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation

Der Aufnahme in die ambulante medizinische Rehabilitation gehen eine Motivationsphase und die intensive Diagnostik (Anlage) voraus. Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation ist eine ausreichende Motivation des Patienten, eine vertrauensvolle Beziehung zum Bezugstherapeuten, die Herstellung eines tragfähigen Gruppenzusammenhaltes und die Bestätigung der individuellen Entscheidung für die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme.

Zu dieser Anfangsphase gehört die grundlegende Informationsvermittlung der Patienten über die Folgen des Suchtmittelmissbrauches.

5.2. therapeutische Orientierungs- und Intensivphase

Mit der Integration des Patienten in seine Therapiegruppe und sein Therapieteam beginnt die nächste Phase, in deren Mittelpunkt die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Suchtproblematik (siehe Punkt 2.5.) steht. Eigenes Erleben und die eigene „Suchtkarriere“ sind wichtiger Bestandteil dieser Vertiefung mit der eigenen Geschichte.

Diese erste Orientierungsphase dauert in der Regel 4 bis 6 Wochen.

Durch den intensiven Austausch mit anderen Gruppenmitgliedern und durch empfohlene Literatur (z.B. Lebensgeschichten anderer Betroffener, Lebensgeschichten Kindern und Jugendlichen aus suchtkranken Familien) gewinnt der Patient ein Verständnis für die eigene Krankheitsentwicklung und die funktionale Bedeutung, die der Alkohol für ihn ganz persönlich gehabt hat. Diese Lebensgeschichten motivieren die Patienten oft, ein eigenes Tagebuch zu schreiben, ihre Geschichte neu und ausführlich zu beschreiben. Hier gilt es, die Krankheitseinsicht zu klären und die Veränderungsmotivation zu festigen. In dieser Phase wird ebenso aktiv und intensiv der individuelle Therapieplan bearbeitet.

In der weiteren Therapie geht es wesentlich darum, die neuen Verhaltensweisen im Alltag zu überprüfen und die dort gemachten Erfahrungen mit anderen Gruppenmitgliedern und den Therapeuten zu bearbeiten. Auf dieser Grundlage hat der Patient die Möglichkeit, alternative Verhaltensstrategien, soziale Kompetenz und Beziehungsfähigkeit zu trainieren, um so zu neuen Lebensperspektiven zu gelangen.

Diese intensive Phase dauert bei den einzelnen Patienten unterschiedlich lang. Die wissenschaftlichen Untersuchungen gehen davon aus, dass ein längerer Suchtmittelgebrauch und massive frühkindliche Traumata den Therapieprozess erheblich verlängern.

5.3. Stabilisierung/Rückfallprophylaxe

Rückfälle und die Verhinderung von Rückfällen sind permanent Thema in den Therapiegruppen. Dabei ist es das Ziel, die individuellen Rückfallgefährdungen zu entde-

cken und Verhaltensalternativen zu entwickeln und zu stärken. Ein Instrument dabei ist der „Notfallpass“, den die Klienten bei sich tragen. Im „Notfallpass“ sind Adressen und Telefonnummern der Einrichtungen (Beratungsstelle, Arzt, Krankenhaus) und die Ansprechpartnerinnen und Freunde, die Unterstützung in akuten Krisen leisten können.

Ist das Therapieziel erreicht, und der Patient hat für sich eine zufriedene Lebensperspektive entwickelt, kommt die Phase der Stabilisierung. Diese sehr euphorische Phase ist manchmal von Rückfällen begleitet und daher von besonderer Bedeutung im Therapieverlauf. Ziel ist es, das Maximum der Selbstwirksamkeit für den Patienten zu erreichen. Die Phase der Stabilisierung dient der Überprüfung der vorangegangenen Schritte.

Die Stabilisierungsphase dauert in der Regel 8 Monate.

5.4. Ablösungsphase

In der Ablösungsphase, die vier bis sechs Wochen dauert, sind die thematischen Schwerpunkte:

- Abschied nehmen
- Transferleistungen erarbeiteter Einsichten und Verhaltensänderungen
- Übergang in die Selbsthilfe
- „Angst vor der Loslösung aus der Therapie“

Der Patient wird motiviert und ermutigt, in der Ablösungsphase eine Selbsthilfegruppe zu besuchen. Ziel ist es, dass der Patient die Selbsthilfegruppe nutzt, um eine Möglichkeit zu behalten, in Konfliktsituationen bei anderen betroffenen Menschen Unterstützung zu erhalten. Wissenschaftlich ist inzwischen belegt, dass der Besuch der Selbsthilfe die Abstinenz stärkt (Lindenmeyer 2000) und die Rückfallgefahr erheblich mindert.

In der letzten Gruppenstunde hat der Patient die Möglichkeit, sich von den Mitpatienten eine Rückmeldung geben zu lassen, so erhält er eine Einschätzung, wie er sich verändert hat und wie seine Wirkung auf die anderen Gruppenmitglieder ist.

Im Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten wird eine Abschlussbilanzierung durchgeführt, die Abschlussuntersuchung beim Beratungsstellenarzt ist obligatorisch. Der Patient erhält so ein Feedback und kann so gestärkt seine weiteren Schritte tun.

Das Angebot in Zukunft bei persönlichen Krisen schnell einen Kontakt mit dem Einzeltherapeuten zu erhalten, fördert den Ablösungsprozess.

5.5. Besonderheiten im Verlauf

5.5.1. Krisen

Im Verlauf einer Therapie ist damit zu rechnen, dass die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte, mit abhängigkeitsfördernden Umständen und Eigenschaften und mit notwendigen Veränderungsschritten Krisen hervorrufen können. Kriseninter-

ventionen gehören somit zum Therapieprozess, oft sind die Interventionen entscheidend für eine grundlegende Verhaltensänderung. Entscheidend für eine erfolgreiche Bewältigung dieser oft als bedrohlich erlebten Zustände sind neben den individuellen Fertigkeiten und Kompetenzen des Betroffenen eine enge und adäquate Begleitung durch den Bezugstherapeuten und die soziale Unterstützung der Gruppenmitglieder. Krisen sind Chancen für eine weitere Entwicklung und stehen häufig am Anfang einer erheblichen Veränderung und/oder Einsicht in das eigene Verhalten. Ein deutlich gestiegener zeitlicher Einsatz des Bezugstherapeuten während einer Krise und einzeltherapeutische Maßnahmen können den Patienten möglicherweise vor einem Rückfall bewahren.

5.5.2. Rückfall

Rückfälligkeit wird als ein Symptom der Suchterkrankung betrachtet, das keineswegs auf fehlende Motivation zur Abstinenz zurückzuführen ist, sondern konstruktiv zur Aufarbeitung problematischer Situationen (Körkel, 1996) genutzt werden kann.

Bei einem Rückfall wird grundsätzlich erwartet, dass sich der Betroffene beim Bezugstherapeuten meldet, eventuell eine Entgiftungsstation aufsucht, und den Vorfall auch in der Gruppe bespricht. Oberstes Prinzip im Umgang mit einem Rückfall ist ein mit dem Betroffenen abgestimmtes individuelles Vorgehen.

Der Rückfall muss intensiv bearbeitet werden, sonst ist ein Therapieabbruch in Erwägung zu ziehen. Fällt ein Rückfall so intensiv aus, dass es zu einer stationären Entgiftung kommt, wird die Rentenversicherung (siehe Therapievertrag) informiert. Bei einem Rückfall eines Patienten findet im Indikationsteam eine intensive Fallbesprechung statt. Das Team entscheidet unter der Leitung des Arztes über das weitere Vorgehen. Dabei kann das Ergebnis sehr unterschiedlich sein, z.B. mehrere kurze Gesprächseinheiten hintereinander, Aufsuchen und/oder regelmäßige Blutabnahmen durch den Beratungsstellenarzt, Umwandlung der ambulanten Therapie in eine stationäre Therapie oder letzten Endes ein Abbruch der Rehabilitation (siehe 4.6.3.). Als eine weitere Konsequenz ist der Abbruch der Therapie durch die Deutsche Rentenversicherung.

5.5.3. ungeplante Maßnahmebeendigungen

Wenn der Patient von sich aus abbricht, zu einer Sitzung nicht erscheint, wird er für die nächste Sitzung erneut eingeladen. Telefonische Kontakte, eine schriftliche Einladung, eventuell ein Hausbesuch, telefonische Kontakte mit Lebensgefährten sind Bestandteil dieser Anstrengungen. Sollte der Patient nicht binnen 14 Tagen wieder im ambulanten Setting integriert sein, wird die ambulante Therapie beendet und der Deutschen Rentenversicherung binnen weiteren 14 Tagen der Endbericht zugesandt.

Gründe für eine vorzeitige Entlassung durch den SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste können sein:

- wiederholtes unentschuldigtes Fehlen in den Therapieeinheiten
- dauerhafte oder mehrfache Rückfälligkeit
- Ausübung und/oder Androhung von Gewalt

- Dauerhafter Beigebrauch von Drogen
- Respektloses und/oder entwürdigendes Verhalten gegenüber Mitpatienten oder Mitarbeitern, das eine weitere vertrauensvolle Zusammenarbeit unmöglich macht.

Grundsätzlich sollte alles versucht werden, dem Patienten eine Möglichkeit zur positiven Bearbeitung der Vorfälle zu geben. Die Patienten haben die Möglichkeit in der Beratungsstelle gemeinsam mit dem Therapeuten eine neue Bestandsaufnahme zu machen, der Besuch der Motivationsgruppe und Einzelgesprächen sind obligatorisch.

6. Dokumentation

Die Patientenakten werden von den Einzeltherapeuten geführt, der Datenschutz ist einzuhalten.

6.1. Patientenunterlagen

Die Berichte werden verantwortlich geführt, sie werden zehn Jahre in der Beratungsstelle des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste aufbewahrt.

6.1.1. Arztbericht

Zum Bewilligungsverfahren gehört das „Ärztliche Gutachten“. Dies wird bei der ambulanten medizinischen Rehabilitation verantwortlich durch den Beratungsstellenarzt in der Rehabilitationseinrichtung erstellt.

6.1.2. Sozialbericht

Der Sozialbericht wird auf dem Vordruck der Deutschen Rentenversicherung vom Einzeltherapeuten mit dem Patienten gemeinsam erstellt und wird dem Beratungsstellenarzt vorgelegt.

6.1.3. Zwischenbericht/ärztlicher Entlassungsbericht

Der Zwischenbericht sowie der ärztliche Entlassungsbericht wird vom Beratungsstellenarzt und dem Einzeltherapeuten erstellt und soll dem Leistungsträger binnen zwei Wochen übersandt werden, sofern kein Abbruch stattgefunden hat.

6.2. EBIS

Die Beratungsstelle dokumentiert ihre Arbeit mit dem anerkannten Statistikprogramm EBIS und verpflichtet sich, den Kerndatensatz regelmäßig und zeitnah dem Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung (Hamburg) zur Auswertung zur Verfügung zu stellen.

6.3. Evaluation

Eine Evaluation der Arbeit der ambulanten medizinischen Rehabilitation soll in der Regel jährlich durchgeführt werden. Die Patientenzufriedenheit wird systematisch erfasst.

6.4. Qualitätsmanagement

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste arbeiten kontinuierlich an der Qualitätssicherung. Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Therapie soll stetig weiter entwickelt und optimiert werden. Der SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste hält sich an die Rahmenbedingungen des Qualitätsmanagements des Diözesancaritasverbandes. Eine Zertifizierung durch den Caritasverband ist erfolgt.

Stetige Reflexion des eigenen Handelns und die Offenheit gegenüber Kritik und Rückmeldung von allen Seiten gehört zum Risikomanagement der Beratungsstelle und ist wichtige Voraussetzung für die Steigerung der Therapiequalität.

Eine Vernetzung mit anderen Einrichtungen in Bocholt, Rhede, Isselburg und Borken, ist dabei selbstverständlich und permanent zu überprüfen und bei Bedarf zu verändern. Unterstützend können zum Beispiel folgende Einrichtungen unterschiedlicher Träger sein:

- sozialpädagogische Familienhilfe
- Jugendämter
- Schuldnerberatung
- Eheberatung
- Servicepunkt Arbeit, Arbeitsagenturen
- Bewährungshilfe
- Ärzte
- niedergelassene Psychotherapeuten

7. Nachsorge

Für die Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern bieten wir selbstverständlich das Angebot der Nachsorge mit jeweils krankheitsspezifischen Gruppen an.

- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
- Drogenabhängigkeit
- Pathologischem Spielen

Die Nachsorge nach stationärer Therapie ist ein wesentlicher Bestandteil der Beratungsstelle. Weiteres unterstützendes Angebot kann dann das Ambulant Betreute Wohnen für Suchtkranke sein.

8. Schlussbemerkung

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist beim SKM – Katholischer Verein für soziale Dienste eingebettet in ein umfassendes qualifiziertes Angebot in der Suchthilfe.

Bocholt, den 25. August 2015

Bernhard Pacho
verantwortlich für das erweiterte Konzept
Geschäftsführer