

**Therapeutische Konzeption**  
**Fachstelle für Sucht und Suchtprävention**  
**Emden**  
des Diakonischen Werkes  
in Ostfriesland e.V.  
Am Stadtgarten 11, 26721 Emden



Verfasser:  
Harald Spreda  
Diplom Sozialarbeiter  
Sozialtherapeut (GVS)  
Stand 03/ 2016

<b>INHALT</b>	<b>SEITE</b>
<b>1. Allgemeine Grundlagen</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Trägerschaft</b>	<b>4</b>
<b>1.2 Einzugsgebiet</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Räumliche Ausstattung</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Therapeutisches Personal</b>	<b>5</b>
<b>1.4.1 Aufgabenverteilung</b>	<b>5</b>
<b>Arzt/Ärztin</b>	<b>5</b>
<b>Dipl. Psychologe/ Dipl. Psychologin</b>	<b>6</b>
<b>Dipl. Sozialpädagoge/ Sozialarbeiter</b>	<b>6</b>
<b>2. Aufgabenstellung der Fachstelle im Bereich Suchtberatung</b>	<b>7</b>
<b>3. Geschlechtsspezifischer Beratungs- und Behandlungsansatz</b>	<b>9</b>
<b>4. Persönlichkeitsmodell und Krankheitsmodell</b>	<b>11</b>
<b>4.1 Persönlichkeitsmodell</b>	<b>11</b>
<b>4.2 Verständnis von Abhängigkeit und Sucht</b>	<b>12</b>
<b>4.3 Wissenschaftliche Grundlagen</b>	<b>14</b>
<b>4.3.1 ICF-Orientierung</b>	<b>14</b>
<b>4.3.2 Medizinisch-Berufliche-Orientierung</b>	<b>16</b>
<b>4.3.3 Neurobiologische Grundlagen der Suchttherapie</b>	<b>18</b>
<b>5. Orientierungs- und Motivationsphase</b>	<b>21</b>
<b>6. Indikation und Kontraindikation der Behandlung</b>	<b>23</b>
<b>6.1 Indikation</b>	<b>23</b>
<b>6.2 Kontraindikation</b>	<b>24</b>
<b>7. Anamnese und Diagnostik</b>	<b>24</b>
<b>8. Rehabilitationsangebote der Suchtfachstelle</b>	<b>26</b>
<b>8.1 Ambulante medizinische Rehabilitation und Nachsorge</b>	<b>26</b>
<b>8.2 Rehabilitationsziele</b>	<b>28</b>
<b>8.3 Therapeutisches Setting</b>	<b>29</b>
<b>8.3.1 Methodische Settings der Rehabilitationsmaßnahmen</b>	<b>29</b>
<b>8.3.2 Therapeutische Methoden und Maßnahmen</b>	<b>30</b>
<b>8.3.3 Therapeutische Phasen</b>	<b>32</b>
<b>8.4 Umgang mit Rückfällen</b>	<b>33</b>
<b>8.5 Notfallmanagement</b>	<b>34</b>

<b>8.6 Kooperationen mit anderen kirchlichen Einrichtungen in Emden</b>	<b>34</b>
<b>8.6.1 Schuldner-und Sozialberatung</b>	<b>34</b>
<b>8.6.2 Evangelische Familienbildungsstätte</b>	<b>34</b>
<b>9. Dokumentation</b>	<b>35</b>
<b>10. Durchführungen von Teamsitzungen und Supervision</b>	<b>35</b>
<b>11. Qualitätssicherung</b>	<b>35</b>
<b>12. Kooperation</b>	<b>36</b>
<b>13. Anhang: Literaturliste, Therapievertrag</b>	<b>39</b>

## **1. Allgemeine Grundlagen**

### **1.1 Trägerschaft**

Es handelt sich bei der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention um eine Einrichtung, die 1979 gegründet wurde und sich in der Trägerschaft des Diakonischen Werkes in Ostfriesland e.V. befindet.

Das Diakonische Werk in Ostfriesland setzt sich aus insgesamt 40 evangelisch – lutherischen sowie 17 evangelisch - reformierten Kirchengemeinden der Kirchenkreise Leer und Rhaderfehn sowie dem Kinderschutzbund Leer zusammen. Gegründet wurde es im Jahre 1972 unter dem Namen Kreisverband des Diakonisches Werk für den Landkreis Leer e.V.. Zum 01.01.2016 öffnete es sich mit einer Namens- und Satzungsänderung auch für Einrichtungen außerhalb des Landkreises Leer und übernahm die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention Emden aus der Trägerschaft des evangelisch-lutherischen Kirchenkreises Emden-Leer. Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention in Leer befindet sich ebenfalls in der Trägerschaft des Diakonischen Werkes in Ostfriesland e.V..

### **1.2 Einzugsgebiet**

Das Einzugsgebiet der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention ist das Stadtgebiet der kreisfreien Stadt Emden. Dort leben über 50.000 (51528 Einw., in einer Erhebung des statistischen Bundesamtes von 2011) Einwohner, bedeutendster Arbeitgeber der Stadt ist das VW-Werk Emden. Als Wirtschaftsstandort hat die einzige kreisfreie Stadt Ostfrieslands für die Region eine überragende Bedeutung. Des Weiteren zählt auch die Insel Borkum – obwohl zum Landkreis Leer gehörig – aufgrund der räumlichen Nähe zur Stadt Emden zum Einzugsgebiet der Fachstelle Emden. Die Insel Borkum zählt ca. 5200 Einwohner, die überwiegend in die tourismusorientierte Infrastruktur eingebunden sind.

Im beschriebenen Einzugsgebiet in der Stadt Emden befindet sich das Klinikum Emden mit einer psychiatrischen Fachabteilung einschließlich einer Entgiftungsstation mit Versorgungsauftrag für die Region. Die Fachstelle ist in der Innenstadt von Emden gelegen und ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

### **1.3 Räumliche Ausstattung**

Die Räumlichkeiten der Fachstelle befinden sich in einem Geschäftshaus zusammen mit Arztpraxen, Büros unterschiedlicher Einrichtungen als auch den Räumlichkeiten der evangelischen Familienbildungsstätte. Für Beratungsgespräche sowie für Gesprächseinheiten im Rahmen der ambulanten Rehabilitation stehen 4 Therapeutenbüros sowie ein Gruppenraum zur Verfügung. Ein Damen- und ein Herren-WC sind vorhanden. Der Zugang für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte ist über einen Fahrstuhl im Hause möglich. Der Gruppenraum ist barrierefrei zu erreichen. Für die ärztlichen Untersuchungen steht ein Untersuchungszimmer mit einer Liege bereit.

### **1.4 Therapeutisches Personal**

Die ambulante medizinische Rehabilitation in der Beratungsstelle wird von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mit suchtspezifischen und psychotherapeutischen Weiterbildungen durchgeführt. Die Mitarbeiter und Qualifikationen sind im jeweiligen aktuellen Personalstandsplan aufgeführt.

Der Kontakt zum Hausarzt des Rehabilitanden wird im Laufe der ambulanten Rehabilitation vom Beratungsstellenarzt gehalten.

Alle Mitarbeiter der Fachstelle unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und verpflichten sich schriftlich zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen der evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers. Für Kontakte mit Kooperationspartnern muss eine schriftliche Zustimmungserklärung des Klienten, bzw. des Rehabilitanden eingeholt werden.

#### **1.4.1 Aufgabenverteilung**

- **Arzt/Ärztin**

Die inhaltliche und formale Verantwortung für die Durchführung und die Leitung der ambulanten medizinischen Rehabilitation obliegt dem Facharzt bzw. der Fachärztin.

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation gehören folgende Tätigkeiten zu den Aufgaben des Arztes/der Ärztin:

- Anamneseerhebung
- Durchführung der medizinischen Diagnostik mit allgemeinärztlichem, psychischem und neurologischem Befund sowie Empfehlung weiterer Diagnostik
- Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes

- Durchführungen von Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchungen und Dokumentation
- Kontakt und Austausch mit den behandelnden niedergelassenen Ärzten, bzw. Informationsaustausch mit Vorbehandlern (Hausärzte, Krankenhäuser etc.)
- Erstellen von Berichten
- Leitung von Team- und Fallbesprechungen

- **Dipl. Psychologe**

Der Psychologe ist in der Behandlung als Bezugstherapeut eingesetzt. In diesem Zusammenhang werden von ihm Gruppen-, Einzel- und Bezugspersonengespräche durchgeführt. Des Weiteren gehören die Anamneseerhebung und die Mitwirkung bei der Erstellung des Rehabilitationsplanes zu seinen Aufgaben. Federführend zeichnet er verantwortlich für den Bereich der Testdiagnostik, die von ihm differenziert dokumentiert wird. Ebenso zählt die Anfertigung von therapeutischen Aufnahmebefunden, Zwischen- und Abschlußberichten zu seinen Tätigkeiten. Er nimmt an Team- und Fallbesprechungen sowie externer Supervision teil.

- **Sozialarbeiter und Sozialpädagogen (Diplom oder B.A.)**

Diese Fachkräfte verfügen über langjährige Erfahrungen in unterschiedlichen Bereichen der Suchtkrankenhilfe und über eine therapeutische Zusatzausbildungen (VDR anerkannt).

Die Sozialarbeiter und Sozialpädagogen sind als Bezugstherapeuten eingesetzt und führen Einzel- und Gruppentherapien sowie Bezugspersonengespräche durch.

Außerdem üben sie noch folgende Tätigkeiten aus:

- Anamneseerhebung
- Mitwirkung bei der Erstellen des individuellen Behandlungsplanes
- Antragsstellung (Erstellen von Sozialberichten für die Leistungs- und Kostenträger)
- Mitwirkung im Bereich der Diagnostik
- Mitwirkung bei der Indikationsstellung
- Anforderung von erforderlichen Stellungnahmen und Berichten anderer Institutionen und Berufsgruppen
- Erstellen von therapeutischen Aufnahmebefunden, Zwischen- und Abschlussberichten
- Kriseninterventionen
- Kooperation und Informationsaustausch mit Vor- und Nachbehandlern

- Verhandlungen mit Arbeitgebern, Behörden, Leistungsträgern, Bewährungshilfe etc.
- Teilnahme an Team- und Fallbesprechungen sowie externer Supervision

## **2. Aufgabenstellung der Fachstelle im Bereich Suchtberatung**

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention hält Angebote für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, für Gefährdete und deren Angehörige vor. Aber auch Multiplikatoren (ehrenamtliche Suchtkrankenhelfer, Pastoren, Lehrer, Ärzte, Pflegepersonal, Betriebs- und Personalräte) erhalten Unterstützung. Vorrangig werden Hilfeangebote bei Störungen durch den Missbrauch von Alkohol, Medikamenten und Tabak vorgehalten, sowie bei pathologischem Glücksspiel und Verhaltensstörungen durch intensive Nutzung von PC und Internet. Hilfen für Menschen mit Essstörungen, die in Kombination mit stoffgebundenen Abhängigkeitssyndromen auftreten, gehören ebenfalls zur Zielgruppe der Fachstelle. Störungen durch den Missbrauch ausschließlich illegaler Drogen werden in einer gesonderten Beratungsstelle eines anderen Trägers betreut. Sofern Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit auch Störungen durch den Gebrauch illegaler Drogen aufweisen, finden sie selbstverständlich ein Angebot in unserer Fachstelle vor.

Diese Angebote sind Bestandteil eines integrierten Programms der Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten und Kooperationspartnern. Ausgehend vom Grundgedanken einer bedarfsgerechten und umfassenden gemeindenahen Suchtkrankenversorgung wird angestrebt, dass „jedem Suchtkranken gemäß seiner Motivationslage und Mitwirkungsfähigkeit in jedem Stadium seiner Suchtkrankheit ein einfacher Zugang zu einem entsprechenden Hilfsangebot möglich ist.“ (Müller, Schacke, Stimmer, 1990, S. 18) Das integrierte Programm besteht aus folgenden Arbeitsschwerpunkten:

- Primärprävention durch Veranstaltungen mit Schulklassen und Konfirmandengruppen
- Sekundärprävention für Jugendliche, die durch unangemessenen Gebrauch von Alkohol in Schulen, Betrieben oder Einrichtungen der Jugendhilfe, auffällig werden
- Betriebliche Suchtprävention
- Betreuung und Anleitung von Multiplikatoren
- Mitarbeit in diversen Gremien und Arbeitskreisen

- Niedrigschwelliges Kontaktangebot durch eine Teestube in den Räumen der Fachstelle
- Beratung und Information von Betroffenen und Angehörigen
- Vermittlung in Entgiftungsbehandlungen
- Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- Motivation und Therapievorbereitung
- Vermittlung in Fachkliniken zur stationären Entwöhnungstherapie
- Kooperation im Therapieverbund
- Durchführung ambulanter Entwöhnungstherapie
- Ambulante Weiterbehandlung
- Ambulante Nachsorge

Im Rahmen der genannten Arbeitsschwerpunkte kooperieren wir mit:

- Selbsthilfegruppen
- Krankenhaus Rheiderland, Weener
- Klinikum Emden
- St.-Antonius-Hospital, Fachklinik für Suchtmedizin
- Niedergelassenen Ärzten
- weiteren Fachkrankenhäusern
- Fachkliniken für stationäre Entwöhnungsbehandlungen
- Krankenkassen
- Rentenversicherungsträgern
- Kirchengemeinden
- Ambulanter Justizsozialdienst
- Jugendämtern
- Schulen/Beratungslehrern
- Psychosoziale Beratungsstellen der Stadt Emden
- Sozialpsychiatrischem Dienst
- Agentur für Arbeit
- ARGE der Stadt Emden
- Bildungsträgern
- Betrieblichen Suchtkrankenhelfern
- Präventionsräten der Stadt Emden



Die Angebote stehen Menschen aller Altersgruppen zur Verfügung. Die Maßnahmen der ambulanten Rehabilitation richten sich jedoch nur an volljährige Personen.

### **3. Geschlechtsspezifischer Beratungs- und Behandlungsansatz**

Der geschlechtsspezifische therapeutische Beratungs- und Behandlungsansatz wurde vor über 20 Jahren aufgrund von Erfahrungen und Erkenntnissen in der ambulanten Arbeit in der Fachstelle eingeführt. Als Konsequenz geschlechtstypischer Sozialisation leben Männer und Frauen teilweise in unterschiedlich erfahrenen und gestalteten Lebenswelten. Diese finden in der Arbeit der Fachstelle Emden besondere Beachtung und Berücksichtigung.

Ausschlaggebend für die Etablierung eines geschlechtsspezifischen Settings Anfang der 90er Jahre war, dass der Frauenanteil in den damals gemischt geschlechtlichen Gruppen gering war. Es fiel auf, dass Männer den Umgangsstil, die Themenvorgaben und Inhalte der Gespräche dominierten und die Frauen sich in überwiegend lebensgeschichtlich erworbenen Mustern einerseits angepasst und zurückhaltend, andererseits auch als „Beziehungsstifterin“ und „Fürsorgerin“ präsentierten. Die Selbstbetrachtung und kritische Selbstreflexion eigener Themen und Problemstellungen in Bezug auf die weibliche bzw. männliche Lebenshaltung in Verbindung mit einer genaueren Betrachtung und Bearbeitung der geschlechtsspezifisch bedingten Suchtentwicklung wurde in diesem gemischtgeschlechtlichem Setting erschwert.

Die Lebens- und Beziehungserfahrungen von Frauen sind häufig von psychischer und emotionaler Abhängigkeit, Unterordnung und Anpassung, Selbstentwertung und Abwertung, Doppelbelastung durch Haushalt, Familie und Beruf, sowie auch von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen geprägt und bzw. durchsetzt. In einem geschlechtsspezifischen Setting – d.h. Frauengruppen mit Therapeutinnen – können über ein Solidaritätserleben erneute Schuldgefühle verhindert bzw. intrinsisch bearbeitet werden. Dieser therapeutische Ansatz bietet insbesondere vielen durch sexuelle Übergriffe bzw. Gewalt traumatisierten Frauen, die suchtkrank werden, einen emotionalen Zugang zu ihrer erfahrenen Verletzung und Demütigung in einem sicheren Rahmen. Einzelgespräche finden ebenfalls nach Indikation für Rehabilitandinnen mit Bezugstherapeutinnen statt.

Männern wurden in ihrer Sozialisation eher bezüglich der Lösung von Sachproblemen und einem Fokus auf rationale Entscheidungen gefördert. Die Entwicklung der Wahrnehmung und Spiegelung emotionaler Aspekte wurde und wird bei Jungen oft vernach-

lässigt. Die Kompetenzen zur Wahrnehmung eigener Emotionen, zur Lösung oder zur Klärung emotionaler Konflikte sind bei Männern auf diesem Hintergrund oft gering ausgebildet.

Viele Jungen und junge Männer verlieren im Laufe ihrer Entwicklung Stück für Stück den Zugang zu irritierenden, verunsichernden und die eigene Begrenztheit anzeigenden Gefühlen. Übrig bleiben dann häufig die vermeintlich männlichen Gefühle, wie Wut, Hass, Aggression, Ärger und Stressempfinden.

Wer häufig über eigene Belastungsgrenzen hinweg geht und die Grenzen anderer nicht wahrnimmt bzw. respektiert, spaltet auf diese Weise das jedem Menschen eigene Warnsystem ab und verliert damit eine wichtige und notwendige Ressource sowohl zur Gestaltung, Aufrechterhaltung und Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungen als auch zur Wahrnehmung eigener Gefühle als Grundlage selbstfürsorglicher Verhaltensweisen. Viele Männer werden daher in den Bereichen der Gestaltung von Partnerschaft, Beziehung und Familie, Aufrechterhaltung und Aufbau eines Freundeskreises zunehmend abhängig von ihren Partnerinnen, die sich die dazu notwendigen sozialen Kompetenzen erhalten bzw. erworben haben.

In unserem männerspezifischen Setting können die Rehabilitanden lernen, ihre Gefühle zu spüren, zu benennen und anderen mitzuteilen. Dies als Stärke zu erleben, Hilfe anderer Männer anzunehmen und selbst in wirkliche Beziehung zu anderen Männern zu treten ist Herausforderung und Chance dieses Settings. So kann die Funktion des süchtigen Verhaltens für die Gefühlsregulierung in der Vergangenheit erkannt werden. Neue Verhaltensweisen können entwickelt werden, dysfunktionale Gedanken erkannt und verändert werden. Die Rehabilitanden übernehmen Verantwortung für die Entwicklung von Strategien zur Selbstfürsorge und Abgrenzungsfähigkeit – insbesondere auch bei beruflicher Überlastung. Die Männergruppe wird überwiegend durch männliche Therapeuten geleitet, der Einzelbezug in therapeutischen Gesprächen erfolgt bei Indikation ebenfalls geschlechtsspezifisch.

Geschlechtsspezifische Beratung und Behandlung ist aus unserer über 20-jähriger Erfahrung ein ausschlaggebender Faktor und Qualitätsmerkmal der therapeutischen Arbeit dieser Fachstelle. Sie ist wichtig um in sozialen Situationen erworbene Muster des Denkens, Verhaltens und des Wahrnehmens eigener Emotionen zu überprüfen und ggf. zu

verändern, um eine positive weibliche bzw. männliche Geschlechtsidentität entwickeln zu können.

Ebenso werden migrationstypische Aspekte der Sucht berücksichtigt. In allen Angeboten wird den besonderen Lebensbedingungen von Migranten und deren Auswirkung auf die Genese von Suchterkrankungen mit transkultureller Kompetenz begegnet. Dabei erfährt die Herkunftskultur Akzeptanz und Wertschätzung.

## **4. Persönlichkeitsmodell und Krankheitsmodell**

### **4.1 Persönlichkeitsmodell**

Nach dem psychoanalytischen Verständnis des Menschen und seiner Persönlichkeitsentwicklung gehen wir davon aus, dass sich die Psyche des Menschen durch die Wechselwirkungen von Anlage und Umwelteinflüssen entwickelt. Wenn auch als unfertiger Mensch geboren, verfügt der Säugling bereits über ein „differenziertes Signalinventar“ (Karl König, 1997) um die Signale der primären Bezugspersonen zu entschlüsseln. Er entwickelt seine neurologischen, psychischen und sozialen Fähigkeiten in der Beziehung zu den Bezugspersonen in der Primärfamilie. In einem diffizilen Prozess finden Wachstum und Auseinandersetzung statt. In Form innerer Objekte werden Erinnerungsspuren der frühen Beziehungserfahrungen gespeichert und dienen als Muster für alle weiteren Begegnungen und Beziehungen mit Menschen. Da diese Erinnerungsspuren bis in die frühe Kindheit zurück reichen, können sie nicht bewusst erinnert werden, sondern werden von Erinnerungen späterer und aktueller Beziehungen überlagert. In der Regression können die frühen Erfahrungen wieder in den Vordergrund treten und das Verhalten und Erleben des Erwachsenen bestimmen.

Aus den frühen Beziehungserfahrungen entwickeln sich nicht nur Vorstellungen darüber, was ein Mensch von anderen erwarten bzw. befürchten kann oder muss, sondern ebenso auch Vorstellungen von sich selbst. Die von sich selbst gewonnenen Vorstellungen bilden die Selbstrepräsentanz.

Die Beziehungserfahrungen dienen auch zum Aufbau der psychischen Instanzen Ich, Es und Über-Ich, die Teilbereiche der Persönlichkeit beschreiben. Zwischen diesen Instanzen kann es zu Konflikten kommen, die zu spezifischen Abwehrmechanismen führen. Versagt die Abwehr kommt es zu Symptomen, die einen Kompromiss z.B. zwischen Es-Impuls und Ich darstellen. Aus den Beziehungserfahrungen, inneren Konflikten und spe-

zifischen Abwehrformationen entwickeln sich konkrete Wesenszüge und Persönlichkeitsstile (zum Beispiel histrionisch, depressiv, zwanghaft, schizoid, phobisch).

Die Persönlichkeit des Menschen entwickelt sich also nach dem psychoanalytischen Persönlichkeitsmodell vor dem Hintergrund der lebensgeschichtlichen Erfahrung, der individuellen Ausprägung der Abwehrmechanismen und gegebenenfalls der Alltagsbewältigung durch Symptombildung im neurotischen Bereich (HEIGL-EVERS, 1978).

Konnten sich aufgrund von Entwicklungshemmnissen Ich und Über-ich nicht adäquat entwickeln, wirkt sich dies auch auf die Abwehrmechanismen aus und Impulse werden nachtragend, destruktiv und selbstdestruktiv zugelassen.

Von den Konfliktpathologien sind die Entwicklungspathologien mit Merkmalen wie allgemeiner Ich-Schwäche, fehlende Objektkonstanz und archaischen Überich-Vorläufern zu unterscheiden, da sie spezifische Behandlungsmethoden und Interventionstechniken erfordern.

Aus dem oben beschriebenen Persönlichkeitsmodell leiten sich unser Krankheitsmodell und unser Verständnis der Abhängigkeitserkrankung ab.

#### **4.2 Verständnis von Abhängigkeit und Sucht**

Grundlage unseres Erklärungsmodells der Abhängigkeitserkrankung ist ein psychodynamisches Verständnis der stofflichen Suchterkrankung. Bei der Entstehung der Abhängigkeitserkrankung wirken genetische Faktoren, frühe internalisierte Beziehungsmuster, destruktive und starre Bewältigungsmechanismen, Selbstwertstörungen, aktuelle Beziehungsstörungen, belastende Bedingungen des sozialen Umfelds multifaktoriell zusammen. Das Suchtpotenzial des jeweiligen Mittels mit seinen biochemischen Auswirkungen auf den menschlichen Organismus bildet einen zusätzlichen Faktor, der sich gemeinsam mit geschlechtsspezifischen Bedingungen und den individuellen Dispositionen, Entwicklungsdefiziten und Umweltfaktoren zu einem suchtfördernden Bedingungsgefüge ausweitet (vgl. FEUERLEIN; 1989; S: 10 ff).

Die entstandene Abhängigkeitserkrankung kann dann trotz der Mobilisierung aller verfügbaren Ressourcen nicht aus eigener Kraft bewältigt werden.

Wie HEIGL-EVERS und SCHULTZE-DIERBACH bereits 1981 beschrieben, stellt die wiederholte Einnahme eines Suchtmittels einen missglückten Selbstheilungsversuch dar. Anders ausgedrückt bedeutet dies: Süchtiges Verhalten ist die Folge eines Problemlösungsversuchs, bei dem die Form der Problemlösung zum Problem geworden ist. Hier spielen vor allem entwicklungspsychologische Ich-Defizite eine Rolle, wie die z.B. man-

gelnde Frustrationstoleranz, Affekt- und Impulskontrolle, Realitätsprüfung oder Antizipationsfähigkeit. Das Suchtmittel hat dann u.a. eine Reizschutzfunktion und dient als artifizielle Ich-Funktion.

Nach einem objektbeziehungstheoretischem Modell dient das Suchtmittel nicht mehr der Selbstheilung, sondern auf einer tieferen Stufe der Regression einer sadistischen Selbstzerstörung. Eine Gut-Böse-Spaltung ist im Äußeren nicht möglich. Wut, Hass und Aggression können nicht nach außen projiziert werden, um das einzige gute Objekt nicht zu vernichten. Der Betroffene zerstört das böse innere Introjekt und damit sich selbst.

Rost hat die beiden oben erwähnten Erklärungsmodelle mit einer dritten Gruppe in einem Modell zusammen gefasst. Die dritte Gruppe wird aus triebtheoretischer psychoanalytischer Perspektive beschrieben. Hier ermöglicht es das Suchtmittel libidinöse oder aggressive Impulse auszuleben, indem das Über-Ich vorübergehend außer Kraft gesetzt wird. In dieser Gruppe finden sich überwiegend neurotische Abhängige, bei denen ödipale Konflikte vorherrschend sind (vgl. Rost 2009).

Dieses Krankheits- und Abhängigkeitsmodell erlaubt ein differenziertes Verständnis des einzelnen abhängigen Menschen und stellt die Grundlage unseres therapeutischen Handelns dar. Das Ziel ist dabei, Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu helfen, wieder zur psychischen und physischen Gesundheit zurück zu gelangen, Schädigungen und Funktionsstörungen zu mindern bzw. zu beheben, die Selbständigkeit und Selbstversorgung zu verbessern und ihnen die berufliche und soziale Teilhabe zu ermöglichen. Nicht zuletzt wird so angestrebt ihre Erwerbs- und Beschäftigungsfähigkeit zu festigen bzw. wieder herzustellen und eine Wiedereingliederung herbeizuführen. Die Erlangung bzw. Stabilisierung der Suchtmittelabstinenz stellt hierfür eine wichtige Grundbedingung dar. Schrittweise wird eine Vertiefung der rationalen und emotionalen Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz, eine Abstinenzmotivation, eine Einsicht in die psychosozialen Zusammenhänge und psychodynamischen Hintergründe der Symptomatik und der Funktionsstörungen, eine Stärkung der Ich-Funktionen, die Erarbeitung und Erprobung neuer Konfliktlösungsmöglichkeiten, die Entwicklung reiferer psychischer Abwehrmechanismen des Ichs, sowie ein höherer Grad der Integration von inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen angestrebt. Diese Reifungsschritte korrelieren mit einer höheren Belastbarkeit und Funktionsfähigkeit im Erwerbsleben. Auch die Fähigkeit im Beziehungsgeflecht der Berufswelt adäquat mit anderen Menschen umgehen zu können, wird somit verbessert. Psychische Dekompensation und Rückfälligkeit werden vermindert und insgesamt eine Verbesserung der Arbeits-, Liebes- und Genussfähigkeit ermöglicht.

### **4.3 Wissenschaftliche Grundlagen**

Im System der medizinischen Rehabilitation hat sich ein indikationsspezifischer Behandlungsansatz für Abhängigkeitserkrankungen unter dem Begriff „Entwöhnungsbehandlung“ bzw. „Entwöhnungsrehabilitation“ etabliert. Generell ist hierbei Ziel, die Rehabilitanden durch Rehabilitationsmaßnahmen entsprechend der gesetzlichen Zielvorgabe wieder zu befähigen, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und dem Ausmaß auszuüben, die für ihren persönlichen Lebenskontext angemessen sind. Psychotherapeutischen Maßnahmen kommt dabei innerhalb dieses integrativ verstandenen medizinischen Rehabilitationsansatzes ein besonderer Stellenwert zu. Durch entsprechende psychotherapeutische und rehabilitationsmedizinische Behandlungen, psychoedukative Programme und Beratungen sollen dabei gemäß der ICF krankheitsspezifische Schädigungen und Funktionsstörungen so gemindert werden, dass die Teilhabe des Betroffenen am Arbeitsleben und am gesellschaftlichen Leben wieder hergestellt wird. Bei dauerhaften Einschränkungen regen wir auch Mechanismen zur Kompensation bzw. Adaptation an.

#### **4.3.1 ICF-Orientierung**

Über das auch zunehmend in Deutschland angewandte ICF-Konzept der WHO (International Classification of Functioning, Suchttherapie 2011) wird eine Verbesserung des rehabilitativen Profils der Entwöhnungsbehandlung angestrebt. Das ICF-Konzept orientiert sich dabei an dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, wie es G. L. Engel in Amerika und in Deutschland T. v. Uexküll (1990) formuliert haben. Es fokussiert dabei weniger auf die Gesundheitsstörung als vielmehr auf Aktivitäten und Teilhabeaspekte. Die ICF führt zu einer stärker auf Gesundheitskomponenten zielenden Klassifikation. In der ICF wurden dementsprechend ressourcenorientierte Konzepte eingeführt: das „Konzept der Körperstrukturen und -funktionen“, das „Aktivitäts- oder Leistungskonzept“ und das „Partizipationskonzept“. Darüber hinaus finden Kontextfaktoren in der ICF explizit Berücksichtigung, da die Partizipation der Betroffenen von den individuell zur Verfügung stehenden persönlichen und sozialen Ressourcen abhängig ist. Die ICF versteht sich als rehabilitationsrelevantes Rahmenkonzept, das gleichberechtigt die individuelle psychische, biologische und soziale Perspektive von Gesundheit in einem bio-psycho-sozialen Modell berücksichtigt.

Für den Indikationsbereich von Klienten mit einer Abhängigkeitserkrankung ergeben sich unter Berücksichtigung des individuellen Schädigungsbildes damit nach der ICF folgende allgemeine übergreifende Reha-Zielsetzungen:

- Behebung oder Verminderung der Schädigungen und Funktionsstörungen,
- Verminderung des Schweregrads der Fähigkeitsstörungen bzw. Wiederherstellung gestörter Fähigkeiten,
- Verbesserung von Selbstständigkeit, Selbstversorgung und Teilhabe,
- Förderung gesundheitsverbessernder Verhaltensweisen und Lebensstile,
- Verbesserung der individuellen Kontextfaktoren.

Bezogen auf Schädigungen bzw. Funktionsstörungen sind in der Suchtrehabilitation gemäß der ICF vor allem folgende spezifische Zielsetzungen zu nennen:

- Aufgabe des Suchtmittels und Erreichen einer stabilen Abstinenz (Abstinenzorientierung),
- psychische Stabilisierung, insbesondere durch Verminderung von Depression und Angst,
- Verbesserung der Selbstwahrnehmung, der Selbstakzeptanz und des Selbstwertgefühls,
- Lösung unbewusster Konflikte,
- Erkennen möglicher funktionaler Aspekte und unbewusster Bedeutungen von Krankheitssymptomen,
- Verbesserung der eigenen Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen,
- Reduzierung von körperlichen Krankheitssymptomen,
- Verbesserung des allgemeinen körperlichen Zustands.

Eine Formulierung von Rehabilitationszielen in der Suchtrehabilitation im Sinne der ICF-Konzeption beinhaltet bezogen auf Fähigkeitsstörungen (Aktivitäten) vor allem folgende spezifische Zielsetzungen:

- Erweiterung des Erlebens- und Verhaltensrepertoires in Familie, Beruf und Freizeit,
- Verbesserung der Verbalisierungsfähigkeit und Kommunikation und aus psychodynamischer Sicht der Affektwahrnehmung und Symbolisierungsfähigkeit,
- Aufbau sozialer Kompetenzen,
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit,
- verbesserte Krankheitsbewältigung,
- Verbesserung des Umgangs mit Belastungssituationen,
- Verbesserung der Fähigkeit zur Freizeitgestaltung.

Bezogen auf die Veränderung von Teilhabe (Partizipation) sind in der Suchtentwöhnung folgende ICF-Rehabilitationsziele zu nennen:

- Erhalt bzw. Verbesserung der sozialen und beruflichen Integration/Reintegration,
- Erhalt bzw. Verbesserung der physischen und psychischen Unabhängigkeit,
- Erhalt der wirtschaftlichen Eigenständigkeit,
- Erhalt bzw. Verbesserung der Mobilität.

Schließlich sind nach der ICF bei der Suchtrehabilitation relevante Kontextfaktoren zu berücksichtigen. Dies sind zum einen die individuellen personenbezogenen Voraussetzungen wie Alter, Geschlecht, Persönlichkeit, bisheriges Bewältigungsverhalten, innere, auch unbewusste, Einstellungen, berufliche Erfahrung und zum anderen umweltbezogene Faktoren wie Arbeits- und Wohnsituation sowie persönliches Netzwerk. Daraus ergeben sich unter anderem folgende wichtige Zielsetzungen der Suchtrehabilitation:

- Entwicklung von Strategien zum Abbau und zur Bewältigung von krankmachendem Stress,
- das Bewusstmachen von unbewussten Konflikten,
- Unterstützung bei eventuell erforderlicher Anpassung an den Arbeitsplatz bzw. des Arbeitsplatzes,
- Hilfestellung bei der Planung und Einleitung berufsfördernder Maßnahmen wie Umschulungen, berufsfördernde Leistungen sowie berufliche Wiedereingliederung,
- Planung von Veränderungen in der häuslichen Umgebung,
- Entwicklung von Strategien zum Abbau von Risikoverhalten wie z. B. Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, inadäquates Freizeitverhalten so-wie körperliche und psychische Überforderung.

besteht darin, die medizinisch-somatische und psychotherapeutische Behandlung Unsere Umsetzung des ICF-Konzepts berücksichtigt diese Dimensionen auf allen Stufen des rehabilitativen Prozesses, d. h. von der Diagnostik und Zielfestlegung über die Maßnahmengestaltung bis hin zum Abschlussgespräch.

#### **4.3.2 Medizinisch-Berufliche-Orientierung**

Mit dem Konzept der Medizinisch-Beruflichen-Orientierung (MBOR, DRV 2011) wird in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung in den letzten Jahren versucht, bei der Gestaltung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen eine stärkere Fokussierung



auf die berufsbezogene Perspektive zu erreichen. Das zentrale Leitziel moderner Rehabilitationskonzepte gemäß der gesetzlichen Zielsetzung mit der Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit bzw. der Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit mit möglichst einer erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung zu verbinden. Da nach der DRV-Bund MBOR in der Suchtrehabilitation nicht eins zu eins umgesetzt werden soll, da die Entwöhnungsbehandlung bereits eine lange erfolgreiche Tradition von berufsbezogenen Maßnahmen besitzt, orientieren wir uns doch an einzelnen Kernbestandteilen des MBOR- Programms, bzw. an dem Programm BORA (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker) der DRV. Die in den bisherigen erprobten MBO-Maßnahmen (Slesina et al. 2004; Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der Rehabilitation - Praxishandbuch, DRV-Bund 2011) eingesetzten testpsychologischen Screeningverfahren und Assessment-Strategien wie der AVEM (Schaarschmidt u. Fischer 2003) und der SIMBO (Screening-Instrument zur Einschätzung des Bedarfs an Medizinisch-Beruflich Orientierten Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation) zur Identifikation von Rehabilitandengruppen mit besonderem Bedarf für berufsbezogene Interventionen sollen auch in unserer ambulanten Suchtrehabilitation indikativ eingesetzt werden. Der Mini-ICF-APP wird standardmäßig verwendet und geht wie die o.g. Screeningverfahren in die Vereinbarung über die Rehabilitationsziele ein.

Ein wichtiges Ziel ist für uns, dass der Rehabilitand während der Rehabilitation wieder Kontakt zum Arbeitgeber und zu Arbeitskollegen aufnimmt. Gezielt wird auch von uns therapeutisch seine berufliche Motivation gestärkt, um so Klienten die aktive Rückkehr an den Arbeitsplatz zu erleichtern. Dabei geht es uns auch darum, mögliche körperliche Einschränkungen, wie einen GdB, hirnorganische Leiden, Arbeitsunfähigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit, höheres Lebensalter etc. frühzeitig zu identifizieren und in der Therapie zu thematisieren.

Zusätzlich werden berufsorientierte Interventionsmodule, u. a. therapeutische Angebote zur Bewältigung des beruflichen Alltags, Maßnahmen zur beruflichen Neuorientierung und Berufsfindungsmaßnahmen, sowie Maßnahmen zur Vorbereitung und Unterstützung bei der Rückkehr zur Arbeit, wie stufenweise Wiedereingliederung (Bürger 2004) und konsiliarische Beratung zwischen Betriebsarzt und Rehabilitationsarzt in unserer Beratungsstellen eingesetzt. Hierzu gehört z. B. auch die „Problembewältigung am Arbeitsplatz“, in der Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erprobt und Kompetenzen zum Umgang mit Autoritäten, Kritik, Über- und Unterforderung und in der Kommunikation erlernt und erprobt werden. Wir streben weiterhin auch eine Kooperation mit Unternehmen der Region für Praktikumsvermittlungen und Bewerbungsgespräche, sowie eine Zusammenarbeit mit regionalen Berufsförderungswerken, Arbeitsagenturen und Jobcentern an.

Um die Arbeitsfähigkeit unserer Rehabilitanden zu verbessern bzw. zu stabilisieren, und Rehabilitanden, die arbeitslos sind, Unterstützung und Orientierung zukommen zu lassen, wird

von uns ein spezifisches übergreifendes Gruppenmodul im Sinne der sozialen Gruppenarbeit von zwei Gruppeneinheiten zur Thematik:

- Arbeitskonflikte, Arbeitszufriedenheit/-unzufriedenheit, Ursachenanalyse und deren Veränderung, Training von sozialer Kompetenz und
- Arbeitssuche und deren Probleme, berufliche Orientierung, Hilfestellung bei der Arbeitsplatzsuche und Suche von Praktikumsstellen,

als verbindliche Ergänzung und Erweiterung innerhalb des bewilligten Rahmens der ambulanten medizinischen Rehabilitation implementiert. Diese Indikationsgruppe wird von einem bis zu zwei Sozial- und Suchttherapeuten geleitet, die im Reha-Team integriert sind. Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation können von 40 Therapieeinheiten innerhalb von 6 Monaten bis zu 10 Therapieeinheiten von 60 Minuten für arbeitsbezogene Interventionen eingesetzt werden. Bei darüber hinausgehenden Therapieeinheiten sind hier bis zu 20 Einheiten einsetzbar. Ziele dieser Maßnahmen sind die Stabilisierung und Verbesserung der Beschäftigungsfähigkeit (Seiler 2009) eines Klienten und, wenn möglich, auch die Schaffung neuer konkreter beruflicher Möglichkeiten.

#### **4.3.3 Neurobiologische Grundlagen der Suchttherapie**

Das Wissen über die neurobiologischen Grundlagen der Abhängigkeitserkrankungen ist in den letzten Jahren gewachsen, die dadurch in Einklang mit frühen psychoanalytischen Erkenntnissen als Ersatzbefriedigung menschlicher Grundbedürfnisse verstanden werden können. Einen Meilenstein in der Entschlüsselung neurobiologischer Mechanismen der Sucht stellten die Befunde von James Olds aus 1954 dar, der zerebrale Selbststimulationsexperimente an Ratten durchführte. Suchtstoffe greifen dabei in das dopaminerge Belohnungssystem ein, das aus Nucleus accumbens und Teilen des präfrontalen Kortex des Gehirns und ventralen Mittelhirnarealen besteht (Böning 2008). Bei positiven Erfahrungen wird dort Dopamin ausgeschüttet und das entsprechende Verhalten gelernt und positiv verstärkt. So verschieden auch Suchtstoffe wirken, alle führen direkt oder indirekt dazu, dass im Nucleus accumbens mehr Dopamin vorhanden ist. Sie tragen so zu einer Suchtentwicklung und dem Entstehen des sogenannten Suchtgedächtnisses bei, das weitgehend lösungsresistent zu sein scheint. Drogen verändern hier im Gehirn das Motivations-/Belohnungssystem und damit auch die Prioritäten im Leben der Abhängigen. „Wir können uns nicht über dieses archaische System erheben, ...auch nach Jahren ist noch ein Rückfall möglich“ (Böning 2008). Bei der akuten psychotropen Alkoholwirkung sind hierbei Interaktionen von Ethanolmolekülen mit insbesondere NMDA- und GABA-Rezeptoren von Bedeutung, die subjektive Alkoholwirkungen und Intoxikation bewirken (Spanagel und Kiefer 2013). Dem schließt sich eine zweite Welle indirekter Wirkungen auf eine Reihe von Neurotransmitter-/Neuropeptid-Systemen an.

Man nimmt heutzutage an, dass diese zweite Welle, an der in erster Linie Monoamine (Dopamin) und das endogene Opioidsystem beteiligt sind, entscheidend für die verstärkenden und belohnenden Eigenschaften von Alkohol ist. Molekulare Interaktionen von primären Angriffsstellen und den genannten neurochemischen Funktionssystemen können zu lang anhaltenden physiologischen Veränderungen innerhalb des mesokortikolimbischen Systems führen und als Folge süchtiges Verhalten bedingen. Dies ist auch der Ansatz des Opioidantagonisten Naltrexon (Adepend, a-t 2011; 42: 4, 13), der als Teil eines umfassenden Therapieprogramms zur Reduktion des Rückfallrisikos, neben dem zentral in das glutaminerge und GABA-erge System eingreifenden Anticravingmittel Acamprosat (Campral, a-t 2002; 33: 73), auch ggf. unterstützend in der ambulanten oder ganzzeitig ambulanten Rehabilitation Alkoholabhängiger eingesetzt werden kann.

Die Anfälligkeit für die Entwicklung einer Sucht ist dabei genetisch unterschiedlich ausgeprägt, wie z. B. Versuche von (2006) mit Ratten zeigen. Aus diesen kann vermutet werden, dass es eine sensible Phase, einen Point of no return, gibt, in der die Sucht entsteht. Bei den untersuchten Ratten lag er in einem Zeitraum, der der menschlichen Jugend entspricht.

Für einen Rückfall reicht bei Süchtigen oft ein einziger Reiz, wobei Auslöser auch primär eigentlich neutrale Reize sein können, wie z. B. Kartenspielen oder Fußballschauen. Das Gehirn assoziiert dann das Kartenspielen mit dem Wunsch, Alkohol zu trinken. Abhängige stellen solche Verknüpfungen noch häufiger her. Langfristig kann aber auch ein solches Verhalten durch Neulernen/Verlernen, bzw. durch ein Bewusstmachen, geändert werden. Gefährlich ist v. a. die Manipulation des reifenden Gehirns (Wodarz 2006), so dass Jugendliche besonders suchtgefährdet sind. Da das Gehirn während der Pubertät noch reift, reagieren hier die neuronalen Strukturen empfindlicher auf das Zellgift Alkohol. Je früher der Beginn und je heftiger der Konsum, umso drastischer ist beispielsweise die Atrophie von Gehirnstrukturen wie des präfrontalen Cortex und des Hippocampus. Infolge dieser Rückbildung nimmt beispielsweise die Gedächtnisleistung ab. Jugendliche haben während der Pubertät auch wegen der Reifung ihres ZNS eine höhere Affinität zu Alkohol. So sinkt die Dopaminaktivität vom Kindes- zum Erwachsenenalter auf etwa ein Drittel. Jugendliche leiden unter einem Belohnungs-Mangel-Syndrom, den sie oft versuchen mit Suchtmitteln auszugleichen. So verstärkt zum Beispiel Alkohol die Dopaminausschüttung um 200 %. Auf Dauer schädigt Alkohol das Gehirn durch gestörte Zellbildung, -Wanderung und -Vernetzung. Allerdings ist bei erfolgreicher Abstinenz das Gehirn oft noch regenerationsfähig, was Hoffnung in der Rehabilitation gibt.

Nach neurowissenschaftlichen Erkenntnissen ist das ursprüngliche natürliche Ziel der Motivationssysteme, und damit auch des dopaminergen Systems, soziale Gemeinschaft und ge-

lingende Beziehungen mit anderen Individuen herzustellen, wobei dies nicht nur persönliche Beziehungen betrifft, Zärtlichkeit und Liebe eingeschlossen, sondern alle Formen sozialen Zusammenwirkens. Dies bedeutet für den Kern aller Motivation, dass ursprünglich zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung angestrebt wird, und der Mensch aus neurobiologischer Sicht ein auf soziale Resonanz und Kooperation angelegtes Wesen ist (Bauer 2006).

Diese wissenschaftlichen neurobiologischen Erkenntnisse haben auch Implikationen für eine auf Beziehung basierende psychodynamische Suchttherapie, die korrigierende emotionale Erfahrungen (Alexander und French 1946) vermitteln kann und dem Klienten seine oft unbewussten oder wenig entwickelten bzw. verkümmerten verdrängten emotionalen Bedürfnisse bewusst machen hilft. Das Gehirn ist ein soziales Organ, das man nicht isoliert von seiner Umwelt verstehen kann (Singer 2008). Es kommt weniger mit bestimmten Programmen auf die Welt, als mit der Fähigkeit „programmiert“ zu werden und zwar vor allem durch Beziehungserfahrungen in unserer Umwelt, wie dies der Hirnforscher Hüther (2008) formuliert. May (2011) spricht in diesem Zusammenhang von der „experience-dependent structural plasticity“ des Gehirns, die uns ein lebenslanges Lernen ermöglicht. Suchtstoffe wie Kokain, Schokolade oder Alkohol können dabei das menschliche Belohnungssystem aktivieren, Erfolgserlebnisse, Fortschritte, Bestätigung und soziale Anerkennung in der Psychotherapie aber natürlich auch (Spitzer 2005). Und auch psychotherapeutische Behandlungsmethoden verändern nachgewiesen die Struktur und die Funktion des Gehirns (Kandel 2007). Psychotherapie beruht dabei auf der Funktion von Spiegelneuronen, d. h. Nervenzellen, die im Gehirn von Primaten beim Betrachten eines Vorgangs das gleiche Aktivitätsmuster aufweisen, wie es entstünde, wenn dieser Vorgang nicht bloß passiv betrachtet, sondern selbst aktiv durchgeführt würde. Spiegelneuronen wurden erstmals im Jahr 1992 von dem Hirnforscher Giacomo Rizzolatti und seinen Mitarbeitern bei Makaken beschrieben. Eine 2010 publizierte Studie (Mukamel et al.) erbrachte den ersten direkten Nachweis von Spiegelneuronen auch beim Menschen. Spiegelneurone tragen zu unserer Fähigkeit für emotionale Empathie bei. Wir erhalten durch den Mechanismus der Spiegelung dabei einen potentiell geteilten Handlungsraum, der die Grundlage für immer kompliziertere Formen von Interaktion darstellt, wie sie auch in einer erfolgreichen Psychotherapie stattfindet, die neue Erkenntnisse, theoretische Einsichten und emotionale Erfahrungen wirkungsvoll miteinander verknüpft. Lernen geschieht dabei über grundlegende Erfahrungen in Beziehungen, die einen Menschen wirklich emotional berühren, und weniger über rein kognitive, abstrakte Prozesse (Hüther 2014). Dies hat für wichtige Implikationen für eine erfolgreiche psychodynamische Psychotherapie. Nach Hüther (2014) strebt ein Mensch erstens nach Verbundenheit als Auswirkung der Erwartungshaltung unseres angeborenen Bindungssystems und zweitens nach Freiheit, Auto-

nomie und Neugierde als Auswirkung unseres ebenfalls angeborenen Explorationssystems. Diese gegensätzlichen Strebungen können dann zu inneren Konflikten führen. Das Gehirn hat dabei ein Bestreben nach einem Kohärenzgefühl, einer globalen Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat. Voraussetzung für ein Kohärenzgefühl bei einem Menschen sind dabei nach Antonovsky (1997): Verstehbarkeit, Gestaltbarkeit und Sinnhaftigkeit, die es trotz der immer komplexer werdenden Umwelt gilt, in der Therapie zusammen mit unseren Klienten herzustellen. Der Kohärenzbegriff erinnert auch an Freuds Triebkonzept des Eros, der zu immer größeren Einheiten strebt: „Wenn diese Verschiebungsenergie desexualisierte Libido ist, so darf sie auch sublimiert heißen, denn sie würde noch immer an der Hauptabsicht des Eros, zu vereinigen und zu binden, festhalten, indem sie zur Herstellung jener Einheitlichkeit dient, durch die oder durch das Streben nach welcher das Ich sich auszeichnet.“ (1923). Diese Tendenz lässt sich auch in Gehirnstrukturen wiederfinden, in denen Lernen zu neuronalen Vernetzungen führt, oder wie der kanadische Hirnforscher Hebb schon 1949 formulierte: „neurons that fire together wire together“.

Wie der Hirnforscher Bauer (2006) feststellt, sind Drogen nur deshalb Suchtdrogen, weil sie auf die körpereigenen Motivationssysteme wirken und diese ersatzbefriedigen und damit quasi korrumpieren. Motivationsdrogen für unser „social brain“ sind dagegen tragfähige „echte“ Beziehungsgestaltungen, die unser soziales Bindungsbedürfnis befriedigen. Eine Ressourcenförderung im kooperativen Miteinander bewirkt dabei eine wichtige Selbstwertsteigerung. Die Befriedigung unseres Kontroll- und Orientierungsbedürfnisses ist möglich durch die geförderte Entscheidungsfindung des Klienten, der gesuchte „Lustgewinn“ ist wird dann durch empathische Beziehungsgestaltung erzielt. Schon Albert Schweitzer (1997) sagte: „Ich bin Leben, das leben will, inmitten von Leben, das leben will. Psychotherapie sollte nach Hüther (2014) daher den Menschen als einen nach Kohärenz Suchenden betrachten und ihn einladen, ermutigen und inspirieren, Kontakt zu seinen wirklichen Bedürfnissen zu finden. Dies ist auch das Ziel unserer psychodynamisch orientierten psychotherapeutischen Arbeit mit abhängigen Klienten, in der Veränderungen nach unserer Überzeugung nur auf einer echten, von Sympathie getragenen Beziehung bewirkt werden können.

## **5. Orientierungs- und Motivationsphase**

Die motivations- und informationsfördernde Begleitung in der Fachstelle ermöglicht es den Betroffenen sich intensiver mit ihrer Abhängigkeitsproblematik auseinander zu setzen. Diese Phase ist damit gleichzeitig ein wichtiger Bestandteil bei der Vorbereitung auf eine stationäre

oder ambulante Rehabilitationsmaßnahme. Die Gestaltung der Orientierungs- und Motivationsphase erfolgt in Form von Einzel- und Gruppengesprächen und dauert mindestens 4 Wochen. Die individuelle Ausprägung von Kenntnisstand, Motivationslage und Mitwirkungsbereitschaft wird dabei berücksichtigt.

Die Einzelgespräche bieten Zeit und Raum, um die betroffenen Personen im direkten Gespräch erreichen zu können. Da in der Suchtarbeit Scham- und Schuldgefühle ein zentrales Thema der Betroffenen darstellen, bekommen diese im Einzelgespräch die Möglichkeit sich im geschützten Rahmen zu öffnen und hierdurch Schritt für Schritt eine weitere Auseinandersetzung mit der persönlichen Suchterkrankung zuzulassen. Zudem haben die Klienten eine/-n persönliche/-n Ansprechpartnerin/Ansprechpartner, was den Aufbau einer tragfähigen Beziehung und den Informationsaustausch fördert.

In der Gruppenarbeit als Teil der Motivations- und Informationsphase soll den Betroffenen die Gelegenheit gegeben werden, von den Erfahrungen und Rückmeldungen der anderen Gruppenmitglieder zu profitieren. Hierfür bietet die Fachstelle einmal wöchentlich die von einem Sozialarbeiter/Sozialpädagogen angeleitete Orientierungsgruppe an, in der folgende Themenschwerpunkte regelmäßig behandelt werden:

- Sensibilisierung der Wahrnehmung für die Funktion des Suchtmittels
- Emotionale Krankheitsakzeptanz
- Krankheitsverständnis
- Psychische und körperliche Folgeerkrankungen
- Informationen über die verschiedenen Angebote der professionellen Suchtkrankenhilfe
- Einführung in unterschiedlichen Inhalte und Methoden der professionellen Entwöhnungstherapie (z.B. Einzeltherapie, Gruppentherapie, Indikationsgruppen)
- Umgang mit Rückfall und Rückfallprophylaxe
- Auseinandersetzung mit dem Abstinenzprinzip

Um die Bereitschaft zu indizierten Entwöhnungstherapien zu erhöhen, stellen die beschriebenen motivations- und informationsfördernden Maßnahmen einen unverzichtbaren Arbeitsbereich der Fachstelle dar.

## 6. Indikation und Kontraindikation der Rehabilitation

### 6.1 Indikation

Nach der Beendigung der Motivationsphase wird die Indikation für ambulante, stationäre oder Kombinationsbehandlung geprüft.

Die Teilnahme an der ambulanten Rehabilitation setzt voraus, dass der Rehabilitand suchtmittelfrei ist. Vor Aufnahme in eine Rehabilitationsmaßnahme ist eine Entgiftung notwendig, die meist im Allgemeinkrankenhaus in Weener oder auf der Psychiatrischen Station des Klinikums Emden stattfindet.

Die enge Kooperation mit den regionalen Entgiftungsstationen ermöglicht einen nahtlosen Übergang in unsere Beratungs- und Motivationsphase.

Die Entgiftung kann unter bestimmten Bedingungen auch ambulant in der Praxis eines niedergelassenen Arztes erfolgen.

Neben der erfolgreich abgeschlossenen Entgiftung gelten folgende Indikationskriterien für eine ambulante Rehabilitation:

- Bereitschaft und Fähigkeit zur Abstinenz sowie keine oder höchstens geringe Rückfallhäufigkeit (dies maximal in der Anfangsphase der ambulanten Rehabilitation)
- Teilnahme an einer Informations- und Motivationsphase, die in Einzel- und/oder Gruppengesprächen stattfindet
- regelmäßiger selbstständiger Kontakt und motivierte Mitarbeit in der Vorbereitungsphase
- Vorhandensein bzw. Entwicklung einer Behandlungsmotivation
- Sozialer Rückhalt durch Familie, Freunde, Selbsthilfegruppen und Unterstützung durch den Arbeitgeber
- Bereitschaft sich einer Selbsthilfegruppe anzuschließen
- Vorhandensein eines festen Wohnsitzes
- ausreichende Fähigkeit und Bereitschaft zum therapeutischen Bündnis
- Fähigkeit zur Affektwahrnehmung und –kontrolle
- hinreichende Frustrationstoleranz
- Fähigkeit sich selbst zu strukturieren und zu organisieren
- geringe körperliche Beeinträchtigungen
- keine akute Fremd- oder Selbstgefährdung.

## **6.2 Kontraindikation**

Eine ambulante Rehabilitation kann nicht durchgeführt werden, wenn der Patient folgende Kriterien erfüllt:

- langjährige Suchtmittelabhängigkeit mit schweren somatischen und psychischen Folgeschäden
- Abstinenzunfähigkeit
- akute Erkrankungen, die eine regelmäßigen Teilnahme des Patienten an der ambulanten Rehabilitation nicht ermöglichen
- Suizidgefahr und/oder Fremd- und Selbstgefährdung
- unzureichende soziale Integration
- ausgeprägte Tendenz zu Vermeidung, Ausweichen und Bagatellisierung
- fehlende Affekt- und Impulskontrolle
- ausgeprägte pathogene Einflüsse des sozialen Umfeldes

## **7. Anamnese und Diagnostik**

Zeichnet sich in der Motivations- und Informationsphase ab, dass die Indikation für eine ambulante Rehabilitation gegeben ist, beginnt die Maßnahme mit der vertiefenden Anamnese und Diagnostikphase, die auf dem Sozialbericht aufbaut. Es werden die medizinischen, sozialen und psychischen Aspekte der Abhängigkeit, die zugrunde liegenden Persönlichkeitsstörungen und psychischen Erkrankungen des Patienten geklärt. Zur Suchtdiagnostik gehören die Erfassung und die Beschreibung der Genese der Suchterkrankung, des Suchtverhaltens, der Psychodynamik und der Folgeerkrankungen (AßFALG und ROTHENBACHER 1990).

Aus den gewonnenen Daten wird eine Allgemeine und klinische Anamnese, Sozialanamnese, Suchtanamnese, Arbeits- und Berufsanamnese, psychologische Anamnese nach KERNBERG (1980) erstellt und durch Verfahren der Testdiagnostik ergänzt. Die Diagnosestellung orientiert sich an den Kriterien der ICD 10.

In der Zusammenschau der dargestellten Erhebungen werden die folgenden Befunde durch die unterschiedlichen Berufsgruppen erstellt:

- Allgemeinärztlicher Befund (durch den/die Beratungsstellenarzt/-ärztin)
- Psychischer und psychopathologischer Befund (durch den/die Beratungsstellenarzt/-ärztin)
- Psychodynamischer Befund (durch Psychologen und Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit sozialtherapeutischer Weiterbildung)
- Testpsychologischer Befund (durch Psychologen)



- Verhaltensaktiva (durch Sozialarbeiter /Sozialpädagogen mit sozialtherapeutischer Weiterbildung)

Die anamnestischen Daten und die o.g. Befunde werden in der begleitenden Dokumentation festgehalten und gehen in die Vereinbarung der Rehabilitationsziele ein.

Folgende Testverfahren können bei Bedarf zur Anwendung kommen:

- SESA (Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit) von JOHN et. al. 2001
- IKP (Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen) von ANDRESEN 2006
- FPI-R (Freiburger Persönlichkeitsinventar) von FAHRENBERG et. al. 1994
- PSSI (Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar) von KUHL et. al. 2009
- ADS (Allgemeine Depressions-Skala) von HAUTZINGER et. al. 1992
- NI (Narzissmusinventar) von DENEKE et. al. 2008
- BPI (Borderline-Persönlichkeits-Inventar) von LEICHSENRING 1997
- HZI (Hamburger Zwangsinventar) von ZAWORKA et. al. 1998
- IES (Impact of Event Scale) von HOROWITZ et. al. 1979
- DES II (Dissociative Experience Scale) von BERNSTEIN et. al. o. J.
- GT (Gießen-Test) von BECKMANN et. al. 1990
- SPM (Standard Progressive Matrices) von RAVEN 1976
- FTNA (Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit) von BLEICH et. al 2002.

Neben den Hauptdiagnosen der Suchterkrankung werden auch Begleitdiagnosen erfasst.

Zu den Begleitdiagnosen gehören:

- Depressive Störungen (F32 – F34)
- Phobische Störungen (F40)
- Zwangsstörungen (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Dissoziative Störungen (F44)
- Somatoforme Störungen F45)
- Andere neurotische Störungen (F48)
- Essstörungen (F50)
- Nichtorganische Schlafstörungen (F51)
- Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0)
- Persönlichkeitsstörungen (F60)
- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63)

## **8. Rehabilitationsangebote der Fachstelle**

Wir orientieren uns in der ambulanten Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen wie oben bereits ausgeführt an dem bio-psycho-sozialen Modell und arbeiten mit Ressourcen und Störungen des Individuums, sowie deren Auswirkungen auf Körper, Seele und soziale Umwelt unserer Klienten. Dabei verfolgen wir unter Berücksichtigung von Aktivität und Teilhabe Behandlungsziele, die nach der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) klassifizierbar sind. Ziel unserer Rehabilitation ist es, drohende bzw. bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten bzw. ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt hierbei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und der Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Bedeutung ist ebenfalls, dass im Rahmen der Rehabilitation vorliegende rehabilitationsbedürftige Folge- und Begleiterkrankungen zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung zu behandeln sind (SGB IX).

Wir erfüllen die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001 und die Vereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 1.6.2008. Wir orientieren uns in unserer Arbeit an dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 3.12.2008, der BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12), dem gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 23.9.2011 sowie dem gemeinsamen Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012.

### **8.1 Ambulante Rehabilitation**

Zielgruppe der ambulanten Rehabilitation sind vorrangig Menschen mit Abhängigkeit bzw. schädlichem Gebrauch von Alkohol und Medikamenten. Sofern Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit auch Störungen durch den Gebrauch illegaler Drogen aufweisen, finden sie selbstverständlich ebenfalls ein Rehabilitationsangebot in

unserer Fachstelle. Bei Vorliegen einer gültigen Kostenzusage durch einen Leistungsträger können auch Menschen mit pathologischem Glücksspiel und Verhaltensstörungen durch intensive Nutzung von PC und Internet an den Rehabilitationsmaßnahmen teilnehmen. Begleitdiagnosen, die in der Anamnese und Diagnostik festgestellt wurden, werden mit bearbeitet, sofern nicht die Kriterien einer Kontraindikation (siehe 6.2) erfüllt sind.

Es werden sowohl Frauen als auch Männer in die ambulante Rehabilitation aufgenommen. Sie müssen mind. das 18 Lebensjahr vollendet haben.

Aufgrund des tiefenpsychologischen Ansatzes gehen wir bei jedem Rehabilitanden von einer Regelbehandlungsdauer von 9 – 12 Monate aus.

Die ambulante Rehabilitation wird in unterschiedlichen Formen angeboten:

- **Ambulante Maßnahme:** Für die ambulante Rehabilitation ist eine Maßnahmedauer von 6 - 18 Monaten für Erstbehandlungen vorgesehen. Die Leistungsträger bewilligen in der Regel zunächst 40 therapeutische Einheiten für den Zeitraum von 26 Wochen. Einheiten für Bezugspersonengespräche werden zusätzlich bewilligt. Die Rehabilitation kann max. auf 18 Monate und 120 therapeutische Einheiten verlängert werden. Die oben aufgeführten Indikationskriterien für eine ambulante Behandlung müssen erfüllt sein.
- **Ambulanter Teil einer Kombinationsbehandlung:** Ambulante Rehabilitationsphasen können nach den Konzepten der DRV Bund bzw. nach dem Konzept der Kombi-Nord in der Fachstelle durchgeführt werden.  
Die ambulanten Rehabilitationsphasen dauern 8 – 12 Monate und beinhalten bis zu 80 Therapieeinheiten. Zusätzlich stehen Therapieeinheiten für Bezugspersonen zur Verfügung.
- **Entlassung in die ambulante Rehabilitationsform:** Eine ambulante Fortsetzung der Rehabilitation im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungsbehandlung ist bei gültiger Kostenzusage möglich. Die Leistungsträger bewilligen wie bei der rein ambulanten Maßnahme in der Regel zunächst 40 therapeutische Einheiten für den Zeitraum von 26 Wochen. Einheiten für Bezugspersonengespräche werden zusätzlich bewilligt.
- **Ambulante Rehabilitationsnachsorge:** Bei der ambulanten Nachsorge im Anschluss an eine stationäre Entwöhnungstherapie handelt es sich nicht mehr um eine Rehabilitationsmaßnahme. Es können im Zeitraum von 6 Monaten 20 Gesprächseinheiten zuzüglich 4 Therapieeinheiten für Bezugspersonen wahrgenommen werden. Eine Verlängerung um weitere 6 Monate mit weiteren 20 Therapieeinheiten ist zulässig.

## 8.2 Rehabilitationsziele

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme werden zusammen mit dem Rehabilitanden auf der Grundlage der Erstdiagnose, die am Ende der Motivationsphase gestellt wurde und entsprechend der bewilligten Rehabilitationsform relevante Rehabilitationsziele erarbeitet. Die Ergebnisse der psychologischen Testdiagnostik und der Screeningverfahren zur Identifikation von Rehabilitandengruppen mit besonderem Bedarf für berufsbezogene Interventionen gehen in die Vereinbarung der Rehabilitationsziele ein. Auf der Basis des biopsychosozialen Diagnoseschemas des ICF wird eine verbesserte funktionale Gesundheit, sowie eine verbesserte persönliche Fähigkeit zur Teilhabe am Erwerbsleben und an anderen wesentlichen Lebensbereichen angestrebt. Im Kern einer Vielzahl differenzierter und individueller Behandlungsziele stehen

- eine Vertiefung der rationalen und emotionalen Krankheitseinsicht,
- die Erarbeitung der Funktionen des Suchtmittelgebrauchs,
- Rückfallvorbeugung,
- eine Nachreifung der Ich-Funktionen,
- eine Verbesserung der Beziehungsfähigkeit,
- eine Erhöhung der Selbstakzeptanz und Selbstwirksamkeit
- eine Entwicklung angemessener individueller Alltagsstrukturen
- die Erarbeitung konkreter realistischer Zukunftsperspektiven
- und die Entwicklung realistischer beruflicher Maßnahmen.

Der Entwicklungsstand bei der Verfolgung der Ziele wird fortwährend gemeinsam mit den Rehabilitanden reflektiert und gegebenenfalls in Fallbesprechungen und Supervisionen des therapeutischen Teams besprochen. 6 - 8 Wochen vor Beendigung einer Maßnahme erfolgt gemeinsam mit dem Rehabilitanden eine Zwischenbilanzierung. Diese Bilanzierung bildet die Grundlage für die Entscheidung, ob eine Verlängerung oder Beendigung der Maßnahme anzustreben ist, bzw. ob andere weiterführende Maßnahmen erforderlich sind. Eine Zwischenbilanzierung erfolgt ebenso bei jedem Rückfall. Eine abschließende Bilanzierung über die Erreichung der Ziele erfolgt im letzten Gruppen- und Einzelgespräch, sowie bei jeder Weitervermittlung, Verlegung oder bei Abbruch. Die Informationen werden so aufgearbeitet, dass sie für den Entlassungsbericht zur Verfügung stehen.

## 8.3 Therapeutisches Setting

### 8.3.1 Methodische Settings der Rehabilitationsmaßnahme

- **Medizinische Anfangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchung:** Die ärztlichen Untersuchungen werden von einem Facharzt für Psychiatrie/ Neurologie und Psychotherapie durchgeführt. Er legt in Absprache mit dem Therapeutenteam die Diagnosen und das therapeutische Programm fest, welches im Verlauf der Behandlung in Fallbesprechungen und Supervisionen überprüft und angepasst wird. In Absprache werden Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durchgeführt und die entsprechenden Anträge und Berichte verfasst.
- **Therapeutisches Einzelgespräch:** Allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wird ein Bezugstherapeut bzw. eine Bezugstherapeutin zugeteilt, der bzw. die die Einzelgespräche führt. Der Bezugstherapeut ist Ansprechpartner für alle Fragen, die im Rahmen der Behandlung auftreten. Das 50-minütige Einzelgespräch wird im Büro des Bezugstherapeuten durchgeführt. Die Einzelgespräche werden wöchentlich bis 14-tägig und bei Bedarf geführt. Im Rahmen der Einzelgespräche werden die unterschiedlichen Behandlungsthemen zusammengeführt und integriert. Weiterhin werden im Einzelgespräch die Themen behandelt, die für eine Gruppentherapie (noch) nicht geeignet sind, wie z.B. sexuelle Probleme oder Gewalterfahrungen. In der Regel wird eine gleichgeschlechtliche Bezugstherapeutin bzw. ein gleichgeschlechtlicher Bezugstherapeut eingesetzt.
- **Therapeutisches Gruppengespräch:** Die Therapiegruppe wird im Co-Therapieverfahren als halboffene Gruppe von 10 – 12 Patienten in einem geschlechtsspezifischen Setting geführt. Sie findet in wöchentlicher Frequenz statt. Eine Sitzung umfasst 100 Minuten. Jede Gruppe führt zu Beginn einer Sitzung eine Eingangsrunde (z.B. Blitzlicht) zur Befindlichkeit der Gruppenteilnehmer durch. Jeder neue Teilnehmer wird mit einer Vorstellungsrunde begrüßt und aufgenommen. Jeder ausscheidender Teilnehmer verabschiedet sich mit einer Darstellung seiner Bilanzierung hinsichtlich seiner Rehabilitationsziele und wird mit Rückmeldungen der verbleibenden Teilnehmer sowie der Gruppentherapeuten verabschiedet. Die Männer- und Frauengruppe finden ab 16.30 Uhr in den Räumen der Fachstelle statt um berufstätigen Menschen eine Teilnahme zu ermöglichen. Bei

Bedarf und ausreichender Klientenzahl werden auch eine bis zwei Vormittagsgruppen angeboten.

- **Therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen:** Sofern möglich werden Bezugspersonen bereits während der Motivationsphase einbezogen. Dies soll im Rahmen der ambulanten Rehabilitation fortgesetzt werden, um eine Zustimmung des sozialen Umfelds zu den notwendigen Veränderungen zu erreichen und um abhängigkeitsbedingte Konflikte zu lösen, bzw. pathogene Einflüsse des sozialen Umfeldes zu reduzieren. Es können sowohl aktuelle Lebenspartner und die derzeitige Familie als auch die Herkunftsfamilie einbezogen werden. Die 50- oder 100-minütigen Bezugspersonengespräche werden mit dem Bezugstherapeuten durchgeführt, ggf. auch mit einem Mitarbeiter mit Paar- oder familientherapeutischer Ausbildung.

Der Schwerpunkt der ambulanten Rehabilitation liegt auf der Gruppentherapie. Es werden 3 Gesprächseinheiten in 14 Tagen durchgeführt.

### **8.3.2 Therapeutische Methoden und Maßnahmen**

Unser Rehabilitationsprogramm orientiert sich an dem Reha-Therapiestandard Alkoholabhängigkeit der DRV. Die Rehabilitationsbehandlung und Beratungstätigkeit umfasst dabei folgende Elemente:

- telefonische bzw. persönliche Kontaktaufnahme,
- Erstgespräch,
- Anamnese und Diagnostik,
- Erstellung eines Therapieplanes,
- Einzel- und Gruppengespräche,
- Einbindung von Angehörigen (Bezugspersonengespräche) und Vorgesetzten usw.,
- Stärkung der Motivation zur Veränderung,
- Informationsvermittlung,
- Orientierungshilfe,
- Krisenintervention,
- weitergehende Beratungsgespräche, Unterstützung und Intervention,
- und je nach Indikation Vermittlung weitergehender Hilfemaßnahmen.

Die unserer ambulanten Rehabilitation zugrunde liegende Therapieform ist die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie, die aus dem psychoanalytischen Persönlichkeits- und Krankheitsmodell abgeleitet wurde. Dabei ist der Therapeut als Realperson erfahrbar und regressive Prozesse beim Rehabilitanden werden vermieden. Auf der Basis des Wissens über die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen und psychischen Störungen und der Fähigkeit zur Analyse seiner eigenen emotionalen Wahrnehmung in der Interaktion mit dem Rehabilitanden, kommt der Therapeut durch Fragen, Klarifizieren und gegebenenfalls vorsichtiges kontrapunktisches Konfrontieren zu einer authentischen, auf das strukturelle Niveau des Rehabilitanden angepassten selektiven Antwort und dessen Problemstellungen. Indem der Therapeut eine Hilfs-Ich-Funktion für den Rehabilitanden übernimmt, setzt er Ich-Funktionen ein, die dem Rehabilitanden nicht verfügbar waren und ermöglicht ihm die Entwicklung alternativer Lösungen und die Erprobung neuer Verhaltensweisen.

Vor allem in den Gruppengesprächen kann der Rehabilitand seine verinnerlichten Beziehungen zu seinen früheren Objekten erneut in Szene setzen. Übertragungen zu den Gruppentherapeuten, sowie Nebenübertragungen zu den Mitteilnehmern können sichtbar und bearbeitbar gemacht und Zusammenhänge zwischen abhängigkeitserzeugenden inneren und äußeren Bedingungen sichtbar gemacht werden. Primitive Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Spaltung und projektive Identifizierung können langsam im Verlauf der Rehabilitation aufgegeben und durch reifere Abwehrmechanismen ersetzt werden. Das Wachstum und Nachreifen der Persönlichkeit erfolgt in unserer psychoanalytisch orientierten Therapie auch durch die Reinszenierung der Beziehungsstörungen und Konflikte. Die Interaktionen des Rehabilitanden werden als Übertragungsgestalt verstanden, entsprechend den Möglichkeiten des Rehabilitanden verständlich gemacht und durchgearbeitet. Gelingt es fragmentierte, dispergierende Teilobjektbeziehungen, sowie auch seine Beziehungen zu Teilen seines Selbst über eine Identifikation mit der Arbeit des Therapeuten und über eine Reintrojektion des Übertragungsverständnisses eigene integrierte Selbst- und Objektrepräsentanzen zu bilden, wird ein Wachstum und Nachreifen der Persönlichkeit des Rehabilitanden ermöglicht. Um korrigierende emotionale Erfahrungen möglich zu machen, sorgen die Gruppentherapeuten für Bedingungen, die ausreichend Ruhe, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln.

Somit wird durch eine vertiefte Krankheitseinsicht und Krankheitsakzeptanz, eine vertiefte Einsicht in die psychodynamischen Hintergründe der Symptomatik, eine Nachreifung der Ich-Funktionen, die Ermöglichung neuer Konfliktlösungsmöglichkeiten, eine verbesserte Integration der inneren Objekt- und Selbstrepräsentanzen und eine

stabile Einsicht in die Notwendigkeit der Abstinenz eine Minderung der Funktionsstörungen und eine Verbesserung der sozialen und beruflichen Teilhabe angestrebt. Durch einen angemesseneren Interaktionsstil mit anderen Menschen wird nachhaltig die (Wieder-) Eingliederung im Berufs- und Erwerbsleben positiv beeinflusst.

Ergänzend zu der psychoanalytisch-interaktionellen Methode werden durch Mitarbeiter mit einer entsprechenden Weiterbildung verhaltenstherapeutische Behandlungselemente ergänzt, sowie in den Bezugspersonengesprächen Elemente der systemischen Familientherapie eingebracht.

### 8.3.3 Therapeutische Phasen

Der Behandlungsverlauf wird inhaltlich in drei Phasen gegliedert, die eine Verfolgung der Behandlungsziele und den therapeutischen Prozess für den Patienten einerseits überschaubar macht und strukturiert, sowie andererseits eine Kurve von Förderung und Forderung beschreibt, die eine Überforderung des Rehabilitanden verhindern und ein möglichst hohes Engagement ermöglichen soll.

- **Eingangsphase (ca. 4 – 6 Wochen):** In dieser Phase wird der Rehabilitand in die Gruppen- und Einzeltherapie eingeführt. Die Behandlungsmotivation wird vertieft und ein therapeutisches Bündnis gefestigt. Durch die Haltungen der Präsenz, des Respekts und der Akzeptanz stellt der Therapeut eine tragfähige therapeutische Beziehung her: „Es geht um eine intentionale Zuwendung des Therapeuten zum Patienten, um die Bereitschaft, sich betreffen und anrühren zu lassen, authentisch zu sein im Sinne persönlicher und professioneller Identität.“ (Heigl-Evers, Evers, Ott, Rüger, 1997, S. 172) Gehalten von dieser Zuwendung des Therapeuten lässt sich der Rehabilitand zunehmend auf die therapeutische Arbeit ein.
- **Durcharbeitungsphase (ca. 8 – 9 Monate):** In dieser Phase erfolgen die Durcharbeitung der einzelnen Problemfelder und des psychodynamischen Grundkonflikts. Die aktuellen Interaktionen in Gruppen- und Einzeltherapie werden aufgegriffen, Bezüge zur Biografie hergestellt, durch intensive Auseinandersetzung neue Verhaltensweisen erprobt und neue Kompetenzen entwickelt. Selbständigkeit und Eigeninitiative werden immer mehr gefordert und gefördert. Dies ist die Hauptphase der Rehabilitation, in der der Veränderungsprozess größtenteils stattfindet.
- **Ablösungsphase (ca. 4 – 6 Wochen):** Im Rahmen dieser Phase erfolgt eine Reflektion und Zusammenfassung des Rehabilitationsverlaufs. Es erfolgt eine Überprüfung und Bilanzierung des Erreichten anhand der Zielvereinbarung und an-



schließende Maßnahmen werden besprochen und in die Wege geleitet. Weiterhin steht das Abschiednehmen von der Therapiegruppe sowie von den Gruppen- und Einzeltherapeuten im Zentrum dieser Phase. Die Rehabilitation endet regulär mit Ablauf des Bewilligungszeitraums oder durch Ausschöpfung der bewilligten Gesprächstermine.

#### **8.4 Umgang mit Rückfällen**

Ein Rückfall ist das bewusste Einnehmen von Alkohol, Drogen und Medikamenten mit Suchtpotential während der Behandlung. Er ist ein Bestandteil von Suchterkrankungen und muss als eine Realität derselben anerkannt werden. Da ein Rückfall jedoch eine erhebliche Krise für die Betroffenen und ihr Umfeld darstellt und so psychische, körperliche und soziale Belastungen mit sich bringt, sowie durch den Abstinenzverletzungseffekt eine erhebliche Gefährdung der Rehabilitation bedeutet, ist es dringend erforderlich ihm vorzubeugen und ihn zu verhindern. Andererseits ist Rückfälligkeit nicht der zentrale Gradmesser für den Erfolg einer Behandlung. Bei einer angemessenen Aufarbeitung des Rückfalls bieten sich auch neue Chancen zum Verständnis der Suchtdynamik und zum Anstoß entscheidender Veränderungen. Dazu sind die Patienten verpflichtet jeden Rückfall sofort zu melden, womit ein gestufter Umgang mit Rückfällen in Gang gesetzt wird:

- Absicherung der Situation mit Hilfe des Beratungsstellenarztes, des Hausarztes, gegebenenfalls des sozialpsychiatrischen Dienstes
- Sicherstellung, dass der Rückfall beendet ist. Bei gesundheitlicher Gefährdung und anhaltendem Rückfall Einweisung zur stationären Entgiftung.
- Information des Leistungsträgers und Absprache über die Fortsetzung der Behandlung.
- Psychotherapeutische Einschätzung, ob eine Rückfallbearbeitung möglich ist. Kriterien sind Rückfallhäufigkeit, Fähigkeit zur Eigenverantwortung, Ehrlichkeit/Offenheit, Kooperationsbereitschaft, Erreichbarkeit
- Rückfallbearbeitung in Gruppen- und Einzeltherapie (Ablaufanalyse und Erarbeitung der psychodynamischen Zusammenhänge)
- Erarbeitung von Handlungsalternativen und einer verbesserten Rückfallprophylaxe

Kann eine angemessene Rückfallbearbeitung nicht sichergestellt werden, ist zu prüfen, ob eine Umwandlung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in eine stationäre erfolgen kann oder ob die Behandlung vorzeitig beendet werden muss (vgl. Körkel/Schindler, 2003).

Grundsätzlich wird jede stationäre Entgiftungsbehandlung zur Beendigung eines Rückfalls beim zuständigen Leistungsträger gemeldet. Dieser entscheidet über die Fortführung der Rehabilitation.

## **8.5 Notfallmanagement**

Für das Notfallmanagement wird ein Notfallkonzept vorgehalten. Hierzu gehört, dass der aktuelle Krankheitsstatus des Rehabilitanden einschließlich Allergien und aktueller Medikamentenstatus festgehalten wird. Ebenso werden alle wichtigen Kontaktpersonen einschließlich des Hausarztes mit Rufnummern aufgelistet. Der Rehabilitand verpflichtet sich alle Änderungen im Rahmen seiner Mitwirkungspflicht dem Bezugstherapeuten mitzuteilen.

Das Personal der Fachstelle absolviert Fortbildungen zum Ersthelfer und ist in der Lage in akuten Notfällen angemessen zu reagieren.

## **8.6 Kooperation mit anderen kirchlichen Einrichtungen in Emden**

### **8.6.1 Schuldner- und Sozialberatung**

Die Schuldner- und Sozialberatung, deren Trägerschaft beim Kirchenkreis Emden-Leer liegt, befindet sich in fußläufig erreichbarer Nähe zur Fachstelle.

Menschen, die aus unterschiedlichen Gründen über ein sehr geringes Einkommen verfügen, bietet die Sozialberatung Unterstützung an und schaut gemeinsam mit den Betroffenen, ob alle Möglichkeiten der finanziellen Hilfen ausgeschöpft sind. Im Arbeitsbereich der Schuldnerberatung bekommen Klienten Beistand und Beratung bei der Suche von Lösungsmöglichkeiten in schwierigen, finanziellen Lebenssituationen. Hierzu gehört das Stellen von Insolvenzanträgen und –verfahren sowie begleitenden, beratenden Gesprächen.

Zum Arbeitsbereich der Sozialberatung gehört auch die Unterstützung bei der Antragsstellung zur finanziellen Beihilfe sowie der Vermittlung von Kuren (Mutter-Kind, Vater-Kind, Kinder, Altenerholungsmaßnahmen) und Familienerholungsmaßnahmen, bei denen minderbemittelte Klienten die in prekären Verhältnissen leben, Zuschüsse beantragen können. Des Weiteren können Klienten in finanziellen und materiellen Nöten Unterstützung durch Lebensmittelgutscheine, die ihnen die Sozialberatung ausstellt, bekommen.

Schuldner- und Sozialberatung und die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention kooperieren im Bedarfsfall, wovon Hilfesuchende in beiden Einrichtungen profitieren können.

### **8.6.2 Evangelische Familienbildungsstätte**

Die Evangelische Familienbildungsstätte in Trägerschaft des ev.-luth. Kirchenkreises Emden-Leer befindet sich ebenfalls – auf einer Etage mit der Fachstelle für Sucht und Suchtprävention im „Rieke-Haus“ und hält Angebote für verschiedene Zielgruppen im Bereich Information und Unterstützung im sozialen Kontext bereit. Es besteht eine bedarfsbezogene Kooperation beider Einrichtungen sowie ein unsystematischer fachlicher Austausch der Mitarbeiter z.B. bei gemeinsamen Arbeitstreffen.

### **9. Dokumentation**

Alle fachlichen Tätigkeiten werden unter Anwendung der Datenschutzbestimmungen EDV-gestützt dokumentiert. Anwendung findet das Statistikprogramm EBIS, sowie das Patientenverwaltungsprogramm PATFAK. Sozialberichte, Zwischen- und Abschlussberichte, sowie Verlängerungsanträge sind elektronisch im Dokumentenmanager gespeichert. Bis zur Umstellung auf eine rein elektronische Patientenakte werden zusätzlich eine Hauptakte im Sekretariat und eine Handakte beim Bezugstherapeuten geführt.

### **10. Durchführung von Teamsitzungen und Supervision**

Die Mitarbeiter nehmen an den wöchentlichen Teamsitzungen (ca. 120 Min.) unter Leitung des Beratungsstellenarztes teil, über die ein Protokoll geführt wird. Zentraler Punkt der Teamsitzung ist die Vorstellung von Rehabilitanden und die Besprechung von Behandlungsverläufen im Sinne einer Intra-vision. Daneben werden organisatorische Themen und Fragen der inhaltlichen Arbeit besprochen.

Die externe Supervision, die für alle therapeutischen Fachkräfte verbindlich ist, findet monatlich durch einen externen Supervisor statt und dauert 90 Minuten.

### **11. Qualitätssicherung**

Die Beratungs- und Behandlungsstelle versteht die Qualitätssicherung und das Qualitätsmanagement als langfristig angelegten, kontinuierlichen Verbesserungsprozess, dem ein großer Stellenwert eingeräumt wird.

Im Jahre 2014 hat sich unsere Einrichtung dem „Qualitätsverbund Suchthilfe der Diakonie“ im Fachverband Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkranke in Niedersachsen (ELAS) angeschlossen. Gemeinsam mit den im Verbund angeschlossenen anderen Suchthilfeeinrichtungen haben wir mit dem systematischen Ausbau und der

Entwicklung des betriebsinternen Qualitätssicherungsprogramms nach den gängigen Anforderungen begonnen. Das QM-System orientiert sich an den geforderten Kriterien der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach §20 Abs. 2a SGB IX vom 01.10.2009, sofern diese für den ambulanten Bereich anwendbar sind, den Anforderungen der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001 und beinhaltet eine Beteiligung an der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger. Der Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation findet Verwendung. Für eine rechtzeitige Erstellung des Entlassungsberichtes wird dadurch Sorge getragen, dass dieser mit der Erstellung des Aufnahmebefundes zum Antritt der Maßnahme begonnen und fortwährend bis zum Entlassungsbefund am Ende der Rehabilitation weitergeführt wird.

Von den Mitarbeitern der Einrichtung werden regelmäßig Fort- und Weiterbildungen wahrgenommen, um die therapeutische Arbeit zu reflektieren und mit innovativen Ansätzen zu bereichern. Zur Qualitätserhaltung und Weiterentwicklung finden weiterhin regelmäßig im therapeutischen Team Supervisionen, Fallbesprechungen und Intra-visionen statt. Gleichzeitig wird dadurch die kontinuierliche Weiterentwicklung und Einbringung der Inhalte von Fort- und Weiterbildung in die therapeutische Arbeit auf wissenschaftlicher Grundlage gewährleistet.

Des Weiteren ist die regelmäßige Teilnahme an den jeweiligen Arbeitsgruppen des Fachverbandes Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtkranke in Niedersachsen gewährleistet.

Im Rahmen der Kombinationsbehandlungen finden regelmäßige Qualitätszirkel mit den weiteren Mitgliedern des Therapieverbundes Weser – Ems statt.

Für den Bereich des „Ambulant Betreuten Wohnens für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige“ treffen sich die Vertreter der jeweiligen Kooperationspartner ebenfalls zu regelmäßigen Qualitätszirkeln.

Die Beratungs- und Behandlungsstelle beteiligt sich an der EBIS-Statistik, die zentral über das Institut für Therapieforchung (IFT) in München ausgewertet wird.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

## **12. Kooperation**

Regionale Vernetzung ist ein wichtiger Baustein für qualifizierte Arbeit mit Suchtkranken. Unseres Erachtens ist dieses für alle Bereiche der Suchtkrankenhilfe (wie z.B. Entgiftung,

Prävention, Beratung, ambulanter sowie stationärer Rehabilitation, ambulanter Weiterbehandlung und ambulanter Nachsorge) von großer Bedeutung.

Diese Vernetzung fördert eine bessere Koordination und engere Kooperation, was zu einer fortwährenden Verbesserung der Qualität in der Suchtkrankenhilfe führt, die wiederum den Betroffenen zu gute kommt.

Die Fachstelle arbeitet in verschiedenen regionalen Netzwerken der psychosozialen und medizinischen Versorgung mit und ist auch in den sozialpsychiatrischen Verbund der Stadt Emden integriert.

Wir arbeiten mit Betrieben und öffentlichen Einrichtungen der Stadt Emden und des näheren Umlandes im Rahmen der Unterstützung der betrieblichen Suchtkrankenhilfe zusammen. In diesem Zusammenhang sind wir bei der Erstellung von Betriebsvereinbarungen behilflich und beraten bei der Initiierung und Umsetzung von betriebsbezogenen Hilfs- und Präventionsprogrammen. Für diesen speziellen Bereich wurde zusätzlich eine Arbeitsgruppe mit den beteiligten Firmen und Behörden gebildet, die sich alle 3 Monate in der Beratungsstelle zu bestimmten Themen trifft.

Eine enge Kooperation besteht zum Rheiderland Krankenhaus in Weener, was dem Klinikum Leer zugeordnet ist, dem Klinikum in Emden sowie dem St.-Antonius-Krankenhaus in Hörstel, da in diesen Einrichtungen stationäre Entgiftungen durchgeführt werden. Auch mit den niedergelassenen Ärzten besteht unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen eine Kooperation ebenso wie zu den örtlichen Krankenkassen.

Seit 2006 ist die Beratungs- und Behandlungsstelle Mitglied des Therapieverbundes Nordwest für die Kombi-Nord-Behandlung der DRV Braunschweig-Hannover. 2012 trat der Therapieverbund Nordwest mit allen Mitgliedern dem Therapieverbund Weser – Ems bei. Es finden regelmäßige Qualitätszirkeltreffen mit Vertretern der beteiligten Einrichtungen im Rahmen des bestehenden Konzeptes statt.

Wir kooperieren mit der örtlichen Agentur für Arbeit und dem Jobcenter sowie Bildungsträgern und Maßnahmeträgern, die fortlaufend Maßnahmen für langzeitarbeitslose Suchtkranke anbieten. Hintergrund dieser Kooperation ist selbstverständlich die nachhaltige Förderung der beruflichen (Re-)Integration unserer Klienten/Rehabilitanden. Bei erwerbstätigen Rehabilitanden findet sofern erforderlich eine Kooperation mit den Arbeitgebern und betrieben statt.

Als einen sehr wichtigen Bereich sehen wir die Zusammenarbeit mit den regionalen Selbsthilfegruppen an. Innerhalb der Suchtkrankenhilfe gilt die Selbsthilfe als „dritte Säule“ und gewährleistet oftmals die Nachhaltigkeit von ambulanten und stationären Entwöhnungstherapien. Wir empfehlen bereits sehr frühzeitig im Rahmen der Vorbereitung und Motivationsphase, den Anschluss an eine Selbsthilfegruppe. Diese Empfehlung wird auch während der ambulanten Rehabilitation und/oder Weiterbehandlung sowie Nachsorge erneut ausgesprochen.

Die Fachstelle beteiligt sich an der Arbeit im Präventionsrat der Stadt Emden. Wir kooperieren mit den ansässigen Schulen sowie Vereinen, Hilfsorganisationen, politischen Parteien, Kirchengemeinden sowie öffentlichen Einrichtungen, mit dem Ziel gemeinsame Projekte und Aktionen im Rahmen der Suchtmittelprävention (vorrangig Alkohol) zu initiieren. Präventionsveranstaltungen werden u.a. in Schulen durchgeführt.

## 13. Anhang

### Literaturliste:

- ABFALG, R.; ROTHENBACHER, H.  
Diagnose der Suchterkrankung; Hamburg 1990
- BÖHLE, A. ; VATTES, H.  
Stationäre Gruppenpsychotherapie von Alkoholkranken  
in: K. W. Bilitza (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie; Göttingen 1993
- FEUERLEIN, W.  
Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit; Thieme-Verlag, Stuttgart, 1989
- HEIGL-EVERS, A.  
Konzept der analytischen Gruppenpsychotherapie; Vandenhoeck & Ruprecht,  
Göttingen, 1978
- HEIGL-EVERS, A.; HEIGL, F.; OTT, J.; RÜGER, U.  
Lehrbuch der Psychotherapie; Stuttgart 1997
- HEIGL-EVERS, A.; SCHULTZE-DIERBACH, E.  
Überlegungen zur Indikation von Einzel- und Gruppentherapie bei Suchtkranken, insbe-  
sondere Alkoholkranken; Kongressbericht, Punktreihe 25, Nicol-Verlag, Kassel 1983
- KÖNIG, K.  
Einführung in die psychoanalytische Krankheitslehre; Göttingen 1997
- ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD -10 Kapitel V (F) Kli-  
nisch – diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation; hrsg. Von Dilling, H. et  
al.; Verlag Hans Huber; Bern 2006
- KÖRKEL, SCHINDLER  
Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen; Berlin –Heidelberg 2003
- MÜLLER, H.M.; SCHACKE, J.; STIMMER , F.  
Gemeindenähe Suchtkrankenhilfe; Hamburg 1990
- ROST, W.D.  
Psychoanalyse des Alkoholismus; Gießen 2009
- SCHUNTERMANN, M.  
Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur internationalen Klassifikation der Funktions-  
fähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in:  
Deutsche Rentenversicherung, Rehabilitation, 1 - 2; 200

**Diakonisches Werk in Ostfriesland e.V.**  
**Fachstelle für Sucht**  
**und Suchtprävention**

Fachstelle für Sucht und Suchtprävention, Am Stadtgarten 11, 26721 Emden

Die Fachstelle für Sucht und Suchtprävention führt im Auftrag der Rentenversicherungsträger und der Krankenkassen ambulante medizinische Rehabilitation nach der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 durch.

Die Einrichtung und

Frau/Herr .....geb. am: .....

schließen den nachfolgenden

**Therapievertrag**

Die ambulante medizinische Rehabilitation beginnt am: .....

Therapiezeitraum: mindestens 6 Monate (kann zweimal verlängert werden, maximal also 18 Monate)

Therapieeinheiten: 40 plus 12 Angehörigengespräche

Bei Nachsorgebehandlung: Therapieeinheiten: 20 plus 2 Angehörigengespräche.

Die therapeutische Behandlung findet in Gruppen- und Einzelsitzungen statt.

**Die Rehabilitandin/der Rehabilitand verpflichtet sich:**

1. regelmäßig und pünktlich an den vereinbarten Terminen teilzunehmen.
2. während der gesamten ambulanten Rehabilitation auf Alkohol in jeder Form sowie auf die Einnahme von Medikamenten und anderer Suchtmittel zu verzichten. Ein Verzicht auf Glücksspiel aller Art gilt entsprechend für spielsüchtige Patientinnen/Patienten. Ausgenommen von dieser Regelung ist eine notwendige Medikation, die mit dem Hausarzt bzw. dem Arzt der Fachstelle abgesprachen sind.
3. einen Rückfall (Einnahme von Alkohol oder anderen Suchtmitteln, von sich aus anzusprechen. Ein Rückfall ist nicht immer ein Grund zur Therapiebeendigung
4. sich gegebenenfalls Alkoholabstinenzüberprüfungen zu unterziehen.
5. Fairness, Toleranz und Ernsthaftigkeit gegenüber allen an der Therapie beteiligten Personen walten zu lassen,
6. striktes Stillschweigen nach außen zu bewahren über alles, was im Rahmen der Therapie von anderen bekannt wird.

**Voraussetzung für die ambulante Rehabilitation ist, dass den Therapiestunden Vorrang vor anderen Terminen eingeräumt wird.**

Sollten Sie einen Termin krankheitsbedingt oder aus anderem wichtigen Grund nicht wahrnehmen können, bitten wir um umgehende Absage.

Grundsätzlich ist die wöchentliche Teilnahme an Gruppensitzungen verbindlich. Berufsbedingte Ausnahmen sind nach Absprache möglich. Einzelgespräche sollen 14-tägig, Paar- und Angehörigengespräche nach Bedarf wahrgenommen werden.

Zur Therapie gehört, dass die Bezugspersonen in die ambulante Rehabilitation mit einbezogen werden.



