



Konzept ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Fachambulanz Sucht Emsland
Diakonisches Werk des
Evangelisch-lutherischen
Kirchenkreis Emsland-Bentheim
Landsbergstr. 9
26871 Papenburg
Tel.: (04961) 9888-0
Fax: (04961) 9888-28

E-Mail: dw-papenburg@diakonie-emsland.de
www.diakonie-emsland.de und www.suchtberatungsstelle.de

Verantwortlicher für das Konzept: Dr. Ralf Drewes-Lauterbach
Version 2.0, 29.09.2015

Einleitung und Danksagung

Die Erstellung eines wissenschaftlich fundierten Konzeptes zur ambulanten Rehabilitation von Menschen mit problematischem und/oder abhängigen Substanzgebrauch und die gleichzeitige Abbildungen der komplexen Angebotsstruktur der Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes des evangelisch-lutherischen Kirchenkreise Emsland ist schon bei der korrekten Ausformulierung der zwei Hauptaufgaben ein komplizierter Vorgang.

Dabei war es unsere Aufgabe, die wichtigsten Erkenntnisse der aktuellen Forschungsbemühungen in allen relevanten Disziplinen zu einem Konzept zusammenzufassen, nichts Wesentliches zu vergessen und sich auch nicht im unwesentlichen zu verlieren. Gleichzeitig haben viele Kolleginnen und Kollegen Beiträge zur Erstellung des Konzeptes geleistet und trotzdem musste eine Person die Verantwortung für den gesamten Formulierungsprozess übernehmen.

Außerdem ist das vorliegende Konzept auch ein Kooperationsprodukt der engen und fruchtbaren Zusammenarbeit innerhalb des Diakonieverbundes Osnabrück Stadt/Land und Emsland. Stellvertretend für die vielen Kolleginnen und Kollegen aus der Osnabrücker Region möchte ich Herrn Klaus Polack für sein Engagement und seine Kontinuität in diesem Prozess danken.

Schließlich möchte ich mich an dieser Stelle bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover für die Geduld bedanken, die unseren Erstellungsprozess begleitete. Und besonders möchte ich mich bei Herrn Georg Wiegand bedanken, der uns in dem schon 17 Jahre währenden Entwicklungsprozess der ambulanten medizinischen Rehabilitation von abhängigen Menschen und Substanzgebranchern in der Fachambulanz Sucht Emsland immer kompetent, positiv kritisch und mit viel Respekt Rede und Antwort gestanden hat.

Dr. Ralf Drewes-Lauterbach, Papenburg, den 29.05.2015

Leiter der Fachambulanz Sucht Emsland
Konzeptverantwortlicher

Inhaltsverzeichnis

1	DIE FACHAMBULANZ SUCHT EMSLAND DES DIAKONISCHEN WERKES IM EV. LUTH. KIRCHENKREIS EMSLAND-BENTHEIM	7
1.1	Teilhabeorientiertes Leitbild und Grundlagen Diakonischer Suchthilfe	7
1.2	Geschichte der Fachambulanz Sucht Emsland im Diakonischen Werk des evangelisch-lutherischen Kirchenkreis Emsland-Bentheim (DW ELB)	7
1.3	Die Fachambulanz Sucht Emsland DW-ELB heute	7
1.3.1	Einzugsgebiet	7
1.3.2	Mitarbeiter/innen	8
1.4	Übergreifende Beschreibung der Fachambulanz	8
1.4.1	Teambesprechungen	8
1.4.2	Fort- und Weiterbildung	8
1.4.3	Supervision	8
1.5	Spezifische Beschreibungen der Standorte der Fachambulanz	8
1.5.1	Die Hauptstelle in Papenburg	8
1.5.2	Der Standort Meppen	9
1.5.3	Der Standort Lingen	10
2	VERNETZUNG UND KOOPERATION	12
2.1	Vernetzung in der Region	12
2.2	Kooperationspartner	13
2.3	Vernetzung in Niedersachsen und auf Bundesebene	13
2.4	Interne Vernetzungsstruktur der Fachambulanz	13
2.5	Internet	14
3	INTEGRATIVE ANGEBOTE DER FACHAMBULANZ	15
3.1	Prävention im Bereich des riskanten und abhängigen Konsums psychotroper Substanzen.....	15
3.2	Streetwork	16

3.3	Beratung für Betroffene und Angehörige und Bezugspersonen	16
3.4	Vermittlung in weiterführende Angebote	18
3.5	Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution	19
3.6	Information zur und Vorbereitung auf die Medizinisch-Psychologische Untersuchung (MPU)	21
3.7	Angebote für Senioren/innen und Fachkräfte aus der Altenhilfe.....	23
3.8	Tabakentwöhnung - Nichtrauchertraining	23
3.9	Selbsthilfeförderung	24
3.10	Betriebliches Gesundheitsmanagement – Betriebliche Suchtkrankenhilfe	25
3.11	Online-Beratung	25
3.12	Migrationsspezifische Angebote	26
4	THEORETISCHE GRUNDLAGEN DER BERATERISCHEN UND THERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT ABHÄNGIGEN MENSCHEN IN DER FACHAMBULANZ SUCHT EMSLAND	28
4.1	Vorbemerkungen	28
4.2	Phänomenologie des Konsums psychotroper Substanzen und Definition süchtiger Verhaltensweisen	29
4.3	Bio-psycho-soziales Rahmenmodell der ICF und medizinische Rehabilitation	31
4.4	Verhaltenstheoretische Modelle zur Entstehung süchtiger Verhaltensweisen	34
4.5	Theoretische Konzepte bezüglich Genese und Umgang mit Rückfällen	40
4.6	Konsequenzen des verhaltenstheoretischen Modells süchtiger Verhaltensweisen für die psycho- und sozialtherapeutische Behandlung abhängiger Menschen	43
4.6.1	Die Klärung und Förderung der Behandlungsmotivation	44
4.6.1.1	Die Beratung abhängiger Menschen als integrierter Teil der Behandlung	44
4.6.1.2	Grundlegendes Modell der therapeutischen Beziehungsgestaltung	45
4.6.2	Die Durchführung von Rückfallprävention	47
4.6.3	Die Behandlung der somatischen, emotionalen und sozialen Folgestörungen und der komorbiden Störungen	48

4.7	Zusätzliche Beiträge aus anderen wissenschaftlichen Forschungsbereichen	50
4.7.1	Neurobiologische Grundlagen der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen	50
4.7.2	Analytisch orientierte tiefenpsychologische Erklärungsansätze	54
5	AMBULANTE MEDIZINISCHE REHABILITATION VON ABHÄNGIGKEITSKRANKEN	57
5.1	Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation	57
5.1.1	Institutionelle Rahmenbedingungen	57
5.1.2	Menschenbild und therapeutische Grundhaltungen	57
5.2	Rehabilitationsteam	58
5.3	Zielgruppen und Indikation	60
5.3.1	Zielgruppen	60
5.3.2	Indikation	60
5.3.3	Kontraindikation.....	60
5.3.4	Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger	61
5.3.5	Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel	62
5.4	Ablaufstruktur der ambulanten medizinischen Rehabilitation	62
5.4.1	Der erste Beratungskontakt zur Klärung des Anliegens	62
5.4.2	Entscheidung über Beantragung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation	62
5.4.3	Erste diagnostische und anamnestische Datenerhebungen während der Motivationsphase	63
5.4.4	Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation	64
5.4.4.1	Zweite Phase der diagnostischen und anamnestischen Datenerhebung und Erstellung des verhaltensanalytischen Modells / Fallkonferenz	64
5.4.4.2	Erstellung der Rehabilitationsziele und des Behandlungsplans	65
5.4.5	Durchführung der Standardangebote	65
5.4.5.1	Einzeltherapeutische Leistungen	65
5.4.5.2	Gruppentherapeutische Leistungen	66
5.4.5.3	Einbeziehung des sozialen Umfeldes	67
5.4.5.4	Indikationsgruppen	67
5.4.5.5	Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation	68
5.4.5.6	Sozialarbeiterische Maßnahmen zur Lebensstabilisierung	68
5.4.6	Fallkonferenzen, Verlängerungsentscheidung und individuelle Anpassung der Maßnahme	69
5.4.7	Planung und Umsetzung der Behandlungsbeendigung	69
5.4.8	Umgang mit besonderen Vorkommnissen	70
5.4.8.1	Bewertung von und Umgang mit Rückfällen	70
5.4.8.2	Kriseninterventionen	70
5.4.8.3	Abbrüche, interkurrente Erkrankungen und andere	

	Vorkommnisse	71
5.4.9	Formale Rahmenbedingungen, Behandlungsvertrag	72
5.5	Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation	72
5.5.1	Beratung zur beruflichen bzw. schulischen Integration einzeln.....	73
5.5.2	Soziale Arbeit in der Kleingruppe.....	74
5.5.3	Soziale Arbeit in der Gruppe.....	74
5.5.4	Arbeitsplatzbezogene Interventionen.....	75
6	KOMBI NORD IM REGIONALEN THERAPIEVERBUND	76
7	DOKUMENTATION UND QUALITÄTSMANAGEMENT	77
	LITERATURVERZEICHNIS	80

1 Die Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes im ev.-luth. Kirchenkreises Emsland-Bentheim

1.1 Teilhabeorientiertes Leitbild und Grundlagen Diakonischer Suchthilfe

Die Fachambulanz Sucht Emsland des Diakonischen Werkes des ev.-luth. Kirchenkreises Emsland-Bentheim [im Folgenden kurz: DW-ELB] erbringt mit ihren Dienststellen vor Ort flächendeckende ambulante Suchthilfe im Gebiet des Landkreises Emsland. Für den Landkreis Bad Bentheim besteht eine eigenständige ökumenisch-kommunale Versorgungsstruktur.

Die Arbeit der Fachambulanz Sucht Emsland DW-ELB orientiert sich grundlegend am christlichen und humanistischen Menschenbild. Der ganzheitliche Ansatz bezieht die unterschiedlichen Dimensionen menschlichen Lebens und Erlebens ein, so wie es auch das Grundmodell der ICF abbildet. Die individuelle Entwicklung wird einerseits mitgestaltet vom Zusammenspiel der Körperstrukturen und -funktionen, der mentalen und emotionalen Funktionen, den gesellschaftlichen Bedingtheiten und dem sozialen Umfeld, andererseits wirkt sie auch prägend auf diese zurück. Das Zusammenspiel dieser multifaktoriellen Bedingtheiten sehen wir als ein prozesshaftes Geschehen und somit als ständig wandlungsfähig an.

1.2 Geschichte der Fachambulanz Sucht Emsland DW-ELB

Am 01.10.1980 wurde die Suchtberatungsstelle Emsland eröffnet; Träger war und ist der ev.-luth. Kirchenkreis Emsland-Bentheim und die Einrichtung gehörte von Beginn an zum Diakonischen Werk. Bis zum Oktober 1992 lag der Schwerpunkt der Arbeit vor allem in der Beratung von Menschen, die Probleme mit legalen Suchtmitteln (Alkohol und Medikamenten) hatten. Im Oktober 1992 übernahm das Diakonische Werk vom Landkreis Emsland auch noch die Drogenberatungsstelle Emsland. Dies führte in der Weiterentwicklung zu einem integrierten Gesamtkonzept, so dass das Hilfeangebot auf alle substanzbezogene Konsumformen (legale und illegale Suchtmittel) ausgedehnt wurde. In einem nächsten Schritt wurden dann auch noch die immer wichtiger werdenden Problembereiche der verhaltensbezogenen Abhängigkeitsprobleme mit einbezogen. Diese Entwicklung führte unter anderem zur Gründung des ökumenischen Behandlungsverbands pathologisches Glücksspiel, der seit 2008 gemeinsam mit dem Caritasverband Emsland Unterstützung für Menschen mit Problemen im Bereich Glücksspiel anbietet.

Eine bedarfsgerechte Versorgung setzt eine genaue Kenntnis der Problemlagen der betroffenen Menschen voraus, da dies Auswirkungen auf die Weiterentwicklung einer Gesamtversorgung des Emslandes hat. Die Fachambulanz Sucht Emsland bemüht sich um einen kontinuierlichen Auf- und Ausbau ihrer Angebote, um im Bereich der Suchtkrankenhilfe eine qualitativ hochwertige Arbeit zu leisten.

1.3 Die Fachambulanz Sucht Emsland (DW-ELB) heute

1.3.1 Einzugsgebiet

Der Landkreis Emsland hat eine Fläche von 2881 km² und laut der letzten Zählung im Jahr 2011 313.539 Einwohner. Die Kreisstadt ist Meppen. Die 80 km lange Grenze zu den Niederlanden wirkt sich auf die Arbeit im illegalen Bereich aus. Um in diesem großen Gebiet mit überwiegend ländlicher Struktur und kleinstädtischer Infrastruktur eine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten, besteht die Fachambulanz Sucht Emsland (DW ELB) aus der Hauptstelle in Papenburg und Nebenstellen in Lingen und Meppen. Dabei spiegelt die Aufteilung auf die drei Städte die

Struktur der vormals vorhandenen Altkreise Lingen, Meppen und Aschendorf-Hümmling vor der Kommunalreform wieder. Ergänzt werden die Dienststellen durch verschiedene Außensprechstellen im Emsland. Wie schon erwähnt, wird die Versorgung des Landkreise Bad Bentheim über eine separate Einrichtung gewährleistet, die über eine eigene Konzeption verfügt.

1.3.2 Mitarbeiter/Innen

Die Fachambulanz Sucht Emsland verfügt mit Stand Mai 2015 über 22 hauptamtliche und 2 freiberufliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Von den hauptamtlichen Kräften sind 16 als psychosoziale bzw. therapeutische Fachkräfte mit den Berufsbildern Sozialarbeit, Sozialpädagogik, Diplom-Pädagogik, Psychologie und Medizin tätig; 10 verfügen über eine von der Deutschen Rentenversicherung anerkannte suchtttherapeutische Zusatzausbildung.

1.4 Übergreifende Beschreibung der Fachambulanz

1.4.1 Teambesprechungen

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen regelmäßig sowohl regional als auch überregional an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teil. Dazu zählen kollegiale Team- und Fallsupervision, externe Supervision sowie die Teilnahme an Fortbildungen und Fachveranstaltungen.

1.4.2 Fort- und Weiterbildung

Die hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nehmen regelmäßig an Fach-, Arbeits- und Jahrestagungen teil. Es werden zudem regelmäßig Dozenten für interne Fortbildungen engagiert. Ziel ist ferner die Hinführung aller psychosozial tätigen Hauptamtlichen zu einer anerkannten Ausbildung zum Sozialtherapeutin/Suchtttherapeutin.

1.4.3 Supervision

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Fachstellen nehmen in regelmäßigen Abständen (in der Regel alle sechs Wochen) an Supervisionsgesprächen teil. Diese Supervisionssitzungen werden von einer/m externen Supervisor/in durchgeführt, und es werden sowohl fall- als auch teambezogene Themen behandelt. Insgesamt dient die Supervision der Kontrolle und Reflexion des beruflichen Handelns, der Prozessbegleitung der Teamentwicklung sowie der fachlichen Begleitung der Rehabilitanden. Die Teilnahme an der Supervision ist für alle hauptamtlichen Mitarbeitenden verpflichtend.

1.5 Spezifische Beschreibung der Standorte der Fachambulanz

1.5.1 Hauptstelle Papenburg

Die Einrichtung der Fachambulanz Sucht in Papenburg liegt zentral in der Stadtmitte und ist vom Bahnhof und vom zentralen Busbahnhof aus gut zu Fuß zu erreichen. Direkt vor dem Haus befinden sich Abstellmöglichkeiten für Fahrräder und hinter den Häusern befinden sich Parkmöglichkeiten mit einem behindertengerechten Parkplatz und einem barrierefreien Zugang zur Beratungsstelle. Es gibt einen Eingangs- und Wartebereich, in dem die Besucher/innen empfangen werden. Die Beratungs- und Behandlungsräume verteilen sich auf einen Alt- und einen Neubau auf zwei Stockwerken und bieten seit 2014 genügend Platz für die alle unsere Behandlungs- und Beratungsangebote. Die Gruppenräume stehen den verschiedenen Beratungs- und Rehabilitationsgruppen zur Verfügung. Auch finden vom Jugendamt begleitete Treffen zwischen drogenabhängigen Eltern und ihren fremduntergebrachten Kindern statt.

Raumangebot

Auf einer Fläche von ca. 350 qm finden sich: 7 Beratungszimmer, 1 großes Wartezimmer, 1 Sozialraum mit Küche und Abstellraum, 1 Büro für Verwaltungsarbeiten, 1 Arztzimmer, 2 Gruppenräume, wobei der Raum im Neubau als multifunktionale Einheit zu nutzen ist, mehrere Flure, getrennte sanitäre Anlagen für Besucher und Personal inklusive einem behindertengerechten WC, Abstellräume, Archiv mit Drucker, Server und Kopierer.

Weiterhin befindet sich ein Büro der Kirchenkreissozialarbeit mit im Gebäude, so dass direkte Übergänge zu den Angeboten dieses Fachbereichs möglich sind.

Adresse und Kontakt

Landsbergstr 9 || 26871 Papenburg

Tel.: (04961) 9888-0 || Fax: (04961) 9888-28

E-Mail: dw-papenburg@diakonie-emsland.de

Internet: www.diakonie-emsland.de und www.suchtberatungsstelle.de

Bürozeiten

Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr sowie 14.00 – 17.00 Uhr

Fr 9.00 – 12.00 Uhr

Termine für Berufstätige und Teilnahme an den Gruppen in den Abendstunden nach Vereinbarung bis 20.00 Uhr.

Die Dienststelle in Papenburg ist zudem für folgende Außenstellen zuständig:

Außensprechstunde Sögel:

Donnerstags 09.30 bis 17.00 Uhr und nach Vereinbarung

Bahnhofstr. 10 (Weißes Haus), 49752 Sögel

Terminabsprachen über das DW Papenburg: ☎ 0 49 61 – 9 88 80

Sprechstunde im Betrieb für Lohnfertigung (BfL) Papenburg:

Jeden 1. Dienstag im Monat 10.00 bis 12.00 Uhr

Kontakt über das DW Papenburg: ☎ 0 49 61 – 9 88 80

Sprechstunde in der Jugendhilfeeinrichtung Johannesburg:

einmal im Monat dienstags von 15:00 Uhr bis 17:00 Uhr

Kontakt über das DW Papenburg: ☎ 0 49 61 – 9 88 80

Sprechstunde im Krankenhaus Rheiderland in Weener:

Dienstags von 08:30 bis 09:30 Uhr

Kontakt über das DW Papenburg: ☎ 0 49 61 – 9 88 80

1.5.2 Der Standort Meppen

Unsere Einrichtung in der Kreisstadt Meppen befindet sich im Innenstadtbereich und ist vom Bahnhof und mit dem Bus sehr gut zu erreichen. Es sind neben Parkmöglichkeiten direkt am Haus auch ausreichend Parkmöglichkeiten in der unmittelbaren Nähe vorhanden. Es gibt einen barrierefreien Zugang und die Möglichkeiten, alle Angebote ohne die Benutzung einer Treppe wahrzunehmen. In dieser Dienststelle sind zudem mehrere Mitarbeiterinnen der Kirchenkreissozialarbeit

tätig und die Geschäftsführung für das DW ELB ist dort untergebracht. Außerdem befindet sich in den Räumlichkeiten seit dem 02.01.2015 eine Substitutionsambulanz.

Raumangebot

Die Räume im Standort verteilen sich insgesamt auf vier räumlich unterscheidbare Bereiche und zwei Stockwerke. Es gibt für die Mitarbeiter/innen der Fachambulanz 6 Beratungszimmer, 1 Büro für Verwaltungsarbeiten, 1 großen Gruppenraum, der auch als Wartebereich genutzt wird.

Gemeinsam mit den anderen Fachbereichen gibt es:

1 Sozialraum mit Küche, Sanitäreinrichtungen getrennt für Personal und Besucher, Abstell- und Funktionsräume, außerdem sind die Praxisräume der Substitutionsambulanz Eigentum der Fachambulanz Sucht Emsland und werden dem Arzt unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Es gibt weitere 5 Büroräume der anderen Fachbereiche

Adresse und Kontakt

Schützenstraße 16 || 49716 Meppen

Tel.: (0 59 31) 98 15 0 || Fax: (0 59 31) 95 15 15

E-Mail: dw-meppen@diakonie-emsland.de

Internet: www.diakonie-emsland.de und www.suchtberatungsstelle.de

Bürozeiten

Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr sowie 14.00 – 17.00 Uhr

Fr 9.00 – 12.00 Uhr

Termine für Berufstätige und Teilnahme an den Gruppen in den Abendstunden nach Vereinbarung bis 20.00 Uhr.

Die Dienststelle in Meppen ist zudem für folgende Außenstellen zuständig:

Außensprechstunde Haren:

Werftstraße 22 || 49733 Haren

Donnerstags 14.00 – 17.00 Uhr, Termine nach Vereinbarung

Terminvereinbarung über: (0 59 31) 98 15 0

Sprechstunde in der JVA Lingen*, Abteilung Groß Hesepe

Kirschenstr. 50 || 49744 Geeste

Jeden 2. Donnerstag 10.00 – 12.00 Uhr

Terminvereinbarung über: (0 59 31) 98 15 0

*Unser Angebot richtet sich an die Inhaftierten, die mit ihren Wohnsitz vor der Inhaftierung bereits im Landkreis Emsland gemeldet waren. Im Rahmen der Sprechstunde können von den inhaftierten und abhängigen Menschen Beratungsgespräche oder Therapievermittlungen (in stationäre und ambulante Therapie, wie auch in die modulare Kombinationsbehandlung) wahrgenommen werden. Ziel der Sprechstunde ist es, uns bereits bekannten Klienten auch während der Inhaftierung Gesprächsmöglichkeiten anbieten, um so die bestehende Arbeitsbeziehung weiter auszubauen. Uns noch unbekanntem Klienten bietet sich durch die Sprechstunde die Möglichkeit, das Angebotsspektrum der Fachambulanz Sucht Emsland kennenzulernen und bei Interesse zu nutzen.

1.5.3 Der Standort Lingen

Der Standort der Fachambulanz Sucht Emsland in Lingen liegt innenstadtnah und ist vom Bahnhof bzw. vom ZOB gut zu Fuß zu erreichen. Parkmöglichkeiten für Pkw sind direkt vor Ort gegeben. Auch ein behindertengerechter Eingang ist vorhanden.

Die Räumlichkeiten der Fachambulanz befinden sich im ersten Stock des Hauses der Diakonie, in dem sich auch die Büros der kirchlichen Sozialarbeit der Diakonie befinden. Im Eingangsbereich sind die sanitären Anlagen für die Klienten (Herren- und Damentoiletten) und es findet sich der Zugang zu einem großen Gruppenraum.

Über eine breite Treppe gelangt man in die erste Etage des Hauses, in der die weiteren Räumlichkeiten der Fachambulanz zu finden sind. Es handelt sich um freundliche und helle Büros, die nach zeitgemäßen professionellen Standards eingerichtet sind. Zusätzlich befinden sich noch ein kleiner Sozialraum mit Küchenblock und sanitäre Anlagen für die Mitarbeiterinnen in dieser Etage.

Raumangebot

Die Räume im Standort verteilen sich auf zwei Stockwerke. Es gibt für die Mitarbeiter/innen der Fachambulanz 5 Beratungszimmer, 1 Büro für Verwaltungsarbeiten, 1 großen Gruppenraum, 1 Sozialraum, 1 Warteraum, 1 Abstellraum, auf jeder Ebene sanitäre Anlagen und 3 weitere Büroräume der Kirchenkreissozialarbeit.

Adresse und Kontakt

Bögenstraße 7 || 49808 Lingen (Ems)

Tel.: (0591) 80041-0 || Fax: (0591) 80041-20

E-Mail: dw-lingen@diakonie-emsland.de

Internet: www.diakonie-emsland.de und www.suchtberatungsstelle.de

Bürozeiten

Mo – Do 9.00 – 13.00 Uhr sowie 14.00 – 17.00 Uhr

Fr 9.00 – 12.00 Uhr

Termine für Berufstätige und Teilnahme an den Gruppen in den Abendstunden nach Vereinbarung bis 20.00 Uhr.

Die Dienststelle in Lingen ist zudem für folgende Außenstellen zuständig:

Christophorus-Werk, Lingen

Letzten Donnerstag im Monat von 15.00 bis 18.00 Uhr

Kontakt über das DW Lingen: ☎ 05 91 – 80 04 10

Sprechstunde in der JVA Lingen

Kaiserstr. 5 in den Räumen des Suchtberatungsdienstes,

Freitagvormittag nach Absprache

Terminvereinbarung über DW Lingen: ☎ (0591) 80041-0

Sprechstunde im St. Vinzenz Hospital in Haselünne

St. Vinzenz Hospital, Hammer Straße 9, 49740 Haselünne

Montags von 14:00 – 16.00 Uhr (auf Station 5)

Terminabsprache über DW Lingen: ☎ (0591) 80041-0

2 Vernetzung und Kooperation

2.1 Vernetzung in der Region

Beim Landkreis Emsland handelt es um ein großes Gebiet mit ländlicher und kleinstädtischer Infrastruktur. Um eine flächendeckende Versorgung für Menschen mit einem problematischen bis hin zu abhängigem Substanzkonsum und deren Angehörigen zu gewährleisten, ist die Fachambulanz Sucht Emsland neben den eigenen regelmäßigen Leitungstreffen und internen Qualitätszirkeln sorgfältig vernetzt mit allen relevanten Kooperationspartnern in der Region.

- Vernetzungen mit allen anderen *Fachbereichen des DW-ELB*:
 - Kirchenkreissozialarbeit
 - Schuldnerberatungsstellen
 - Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung
 - Vermittlung in Mutter-Kind-Kuren
 - Wohnheim „Haus Landrien“.
 - Familien- und Erziehungsberatung
- Seit März 2000 besteht der *Diakonieverbund Sucht in der Region Osnabrück / Emsland*, welcher sich derzeit wie folgt zusammensetzt:
 - Fachambulanz Sucht Emsland DW ELB (Lingen, Meppen, Papenburg)
 - Fachstellen Sucht des Diakonischen Werkes in Stadt und Landkreis Osnabrück gGmbH
 - Fachstelle Sucht der Diakonie Diepholz
- Eine sehr enge Vernetzung besteht mit allen *Krankenhäusern* der Region, in denen entgiftet wird. Hier werden regelmäßig Sprechstunden (einmal wöchentlich) vorgehalten. Dabei ist besonders die Kooperation mit der Entgiftungsstation des St. Vinzenz-Krankenhaus in Haselünne und der qualifizierten Entgiftungsstation im Rheiderland-Krankenhaus Weener hervorzuheben. Daneben bestehen gute Kontakte zu den überregionalen Entgiftungseinrichtungen:
 - Klinik Osnabrücker Land/Georgsmarienhütte (Akuter und qualifizierter Entzug)
 - Aneos-Klinikum Osnabrück (Akuter und qualifizierter Entzug)
 - Karl-Jaspers-Klinik Wehen (Akuter und qualifizierter Entzug)
 - St. Marien Stift Friesoythe (Akutentgiftungsstation sowie Qualifizierter Entzug)
- Eine weitere enge Vernetzung besteht mit allen Fachkliniken zur medizinischen Rehabilitation abhängiger Menschen in der Region:
 - Fachklinik Hase-Ems Haselünne
 - Fachklinik und Tagesklinik Haus Möhringsburg Georgsmarienhütte
 - Paracelsus Berghofklinik Bad Essen
 - Paracelsus Wiehengebirgsklinik Bad Essen
 - Fachklinik St. Marienstift Dammer Berge
 - Fachklinik Oldenburger Land, Neerstedt
 - Fachklinik Moorkieker, Elsfleth

2.2 Kooperationspartner

Um eine möglichst umfassende und adäquate Versorgung zu gewährleisten, kooperiert die Fachstelle weiterhin eng mit folgenden Institutionen und Trägern:

- Landkreis Emsland und die Städte im Landkreis Emsland
- niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten
- Sozialpsychiatrischer Dienst des Landkreis Emsland
- Krankenkassen und Rentenversicherungsträger
- Jugendgerichtshilfe, Bewährungshilfe, Gerichte und Betreuer
- Agentur für Arbeit
- Betriebe
- Schulen und Vertrauenslehrern
- Selbsthilfegruppen

Darüber hinaus wirkt die Fachstelle in zahlreichen Gremien und Arbeitskreisen mit:

- Arbeitskreis Sucht der Psychiatrischen AG im Landkreis Emsland
- Arbeitskreis der Präventionsfachkräfte der NLS
- Arbeitskreis der Substitutionsfachkräfte der NLS
- Arbeitskreis Suchtprävention im Betrieb
- diverse lokale kriminalpräventive Räte
- Therapieverbund Nord-West (Kombi-Nord Behandlungsverbund der DRV Braunschweig-Hannover).

2.3 Vernetzung in Niedersachsen und auf Bundesebene

2.3.1 Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen (ELAS)

Die ELAS ist Interessenvertretung aller ambulanten und stationären diakonischen Suchteinrichtungen sowie der evangelischen Selbsthilfeverbände des Landes Niedersachsen. Das DW-ELB arbeitet im Vorstand und den Gremien aktiv mit. Die ELAS erarbeitet die fachlichen Positionen für die Diakonie und die diakonischen Trägergruppen in Niedersachsen.

2.3.2 Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)

Die NLS ist ein Fachausschuss der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (LAG) und bietet im Rahmen ihres Dienstleistungsangebots neben der fachpolitischen Vertretung gegenüber der Landespolitik und den entsprechenden niedersächsischen Ministerien auch Unterstützung in verschiedenen Bereichen.

2.3.3 Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe (GVS)

Der GVS vertritt bundesweit die evangelische Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Das DW-OSL arbeitet auch hier in diversen Gremien und Vorständen intensiv mit.

2.4 Interne Vernetzungsstruktur der Fachstelle Sucht

Aufgrund unseres ausdifferenzierten Angebotes, der großen Fläche des Landkreis Emsland haben wir drei Standorte aufgebaut (Papenburg, Meppen und Lingen), die in vielen Bereichen auch relativ autonom arbeiten. In allen drei Standorten findet mindestens einmal monatlich eine interne Dienstbesprechung mit kollegialer fallbezogener Supervision statt.

Zu folgenden Bereichen gibt es regelmäßig tagende regional übergreifende Treffen:

-
- Leitungsteams (die drei Standortleitungen mit der Gesamtleitung)
 - Qualitätsmanagement (die zwei Qualitätsmanagementbeauftragten und Leitung)
 - Rehabilitation (das therapeutische Team der gesamten Fachambulanz)
 - Allgemeine Dienstbesprechung (alle Fachkräfte der drei Standorte)
 - Supervision für das Gesamtteam (alle beratende und behandelnde Mitarbeiter/innen)
 - Vorbereitung auf die MPU (alle MPU-Koordinator/-innen)
 - Psychosoziale Begleitbetreuung und Substitution (die substituierenden Ärzte und die regionalen Fachkräfte für psychosoziale Begleitbetreuung)

Zusätzlich gibt es verschiedene Arbeitsgruppen zu ausgewählten Themen wie Öffentlichkeitsarbeit, Akquise oder Verbesserung der Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartnern, die sich eher anlassbezogen treffen.

2.5 Internet

Im Internet sind wir zusammen mit unseren Partnern des Diakonieverbundes Sucht der Region Osnabrück/Emsland unter der gut besuchten Adresse www.suchtberatungsstelle.de zu finden. Außerdem sind wir über die Website des Diakonischen Werk Emsland-Bentheim www.diakonie-emsland.de zu finden. Ein Facebook-Profil gibt es ebenfalls seit einiger Zeit.

3 Integrative Angebote der Fachambulanz

3.1 Prävention in Bereich des riskanten und abhängigen Konsums psychotroper Substanzen

Die Prävention als eigenständiges Handlungsfeld der Suchtkrankenhilfe umfasst alle Maßnahmen, die der Entstehung stoffgebundener und nicht-stoffgebundener Problemverhaltensweisen in Bereich Abhängigkeit vorbeugen. Dabei stehen nicht allein Risikofaktoren im Vordergrund, vielmehr wird nach salutogenen Bedingungen gesucht, die als fördernde Faktoren ein Gesundheitsverhalten verstärken. Präventive Maßnahmen sind ganzheitlich ausgerichtet und schließen alle Altersgruppen ein, ebenso Bezugspersonen und Multiplikatoren. Im präventiven Fokus stehen die Förderung von Risikokompetenz, Selbstwirksamkeitserfahrung und Selbstsicherheit sowie die Erarbeitung von Problemlösestrategien bei potentiellen Konsumenten.

Der Arbeit der Suchtpräventionsfachkräfte in Niedersachsen zugrunde liegen die

- „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen an Fachstellen für Sucht und Suchtprävention“ (RdErl. d. MS v. 21.11.2006),
- Veröffentlichung des Nieders. Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales: Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch.
- Konzeption für die „Verstärkung der Präventionsarbeit im Suchtbereich“ (Anlage 2 zum Runderlass des MFAS)

Die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen übernimmt Koordinierungsarbeit und die fachliche Begleitung der Präventionsfachkräfte, im Folgenden kurz PFK genannt.

Kernpunkte der Konzeption sind die Arbeit mit Multiplikatoren, die Arbeit in bzw. die Schaffung von vernetzten Strukturen und die Entwicklung eines auf die regionalen Gegebenheiten und Bedarfe abgestimmten Präventionskonzeptes. Die Arbeit der PFK zeichnet sich durch eine starke pädagogische Orientierung aus. Sie sind Mitglieder in den jeweiligen Teams der Fachstellen für Sucht und Suchtprävention und arbeiten mit den Präventionsfachkräften auch aus angrenzenden Gebietskörperschaften über kommunale Grenzen hinweg zusammen (Erfahrungsaustausch, gemeinsame Projekte).

Im Vordergrund der Suchtprävention steht die gezielte und überlegte Ansprache besonderer Zielgruppen. Unterschieden werden a) Zielgruppen und b) Vorgehensweisen:

a) Zielgruppen:

- Primärprävention setzt im frühen Kindesalter an
- Sekundärprävention richtet sich an konsumierende bzw. aktuell gefährdete Menschen
- Tertiärprävention setzt den Schwerpunkt auf Nachsorge zur Minimierung einer Rückfallgefährdung.

b) Vorgehensweisen: Verhältnisprävention und Verhaltensprävention

- Verhältnisprävention setzt auf der strukturellen Ebene an: Aufklärung, Information, Sensibilisierung und Schulung der Bevölkerung. Soziale und gesundheitspolitische Maßnahmen werden gesellschaftlich verankert. Ziel ist der Aufbau einer präventiven Infrastruktur

(im Sinne einer Vernetzung von Institutionen) und die Bildung von Präventionsgruppen, um eine Koordinierung, Weiterentwicklung und langfristige Stabilisierung der Präventionsangebote zu gewährleisten

- Verhaltensprävention setzt auf der individuellen Ebene an: Aufklärung, Information und Sensibilisierung des einzelnen Menschen; Förderung von Schutzfaktoren, emotionalen und sozialen Lebenskompetenzen

Die Fachambulanz Sucht Emsland arbeitet mit den unterschiedlichsten evaluierten Programmen wie beispielsweise SKOLL (Selbstkontrolltraining), BASS (Bausteine zur schulischen Suchtprävention), realize-it! (Selbstkontrolltraining Cannabis), Klasse 2000 (Gesundheitsförderung in Grundschulen) und entwickelt das Angebot ständig weiter.

Außerdem verfügt die Fachambulanz Sucht Emsland seit 2007 über eine halbe Stelle Präventionsfachkraft Pathologisches Glücksspiel, die sich ausschließlich auf den ausgewählten Verhaltensbereich Glücksspiel in all seinen Facetten konzentriert.

3.2 Streetwork

Angebote im Rahmen von Streetwork bieten wir regelmäßig im Bereich der Stadt Lingen an:

Es sollen Jugendliche und junge Erwachsene erreicht werden, die bisher nicht oder nur unzureichend von den herkömmlichen Angeboten ambulanter sozialer Dienste oder einrichtungsgeladener Jugend- und Sozialarbeit anzusprechen waren bzw. aus diesen Hilfsangeboten aufgrund ihrer Problematik (Suchtmittelkonsum) herausfallen. Dabei versteht sich die Jugend- und Drogenberatung nicht als Konkurrenz zu den bestehenden Angeboten der Jugendhilfe.

Aufsuchende Arbeit/Jugendberatung geht zu den von Jugendlichen und jungen Erwachsenen selbst gewählten sozialen Räumen und Treffpunkten (z.B. Jugendzentren), erreicht aber auch die Zielgruppe durch Vermittlungen von anderen Einrichtungen und Institutionen. Hier ist eine starke Vernetzung für alle Beteiligten notwendig. Aufsuchende Arbeit/Jugendarbeit arbeitet auf der Basis von Vertrauen und persönlicher Beziehung. Voraussetzung für diese Form der Arbeit ist die Kenntnis und Akzeptanz unterschiedlicher Szenen und ihrer individuellen Lebensstile und -welten.

3.3 Beratung für Betroffene, Angehörige und Bezugspersonen

Unser Beratungsangebot richtet sich an Suchtmittelkonsumente und -abhängige, ihre Partner und Angehörigen sowie an Vorgesetzte, Arbeitgeber, Betriebs- und Personalräte und andere Multiplikatoren.

Beratung ist für uns eine wissenschaftlich fundierte Entwicklungs- und Klärungshilfe und wird als eine soziale Interaktion zwischen einem/r ausgebildeten Berater/in und den Ratsuchenden definiert, die im weitesten Sinne Unterstützung bei der Klärung einer Fragestellung benötigen, die mit den verschiedenen Formen des Konsums psychotroper Substanzen und abhängigem Verhalten und darauf bezogene kommunale, rechtliche und gesellschaftliche Rahmenbedingungen zu tun hat. Freiwilligkeit und Eigenverantwortlichkeit der ratsuchenden Menschen sowie die Formulierung von Beratungszielen werden als charakteristische Merkmale des Prozesses betrachtet. Beratung gemäß dieser Definition bezieht sowohl die kurzfristige informationsorientierte Beratung als auch die mittel- bis längerfristig angelegte problemorientierte Beratung mit ein. Die Beratungstätigkeit erfordert eine flexible, an dem individuellen Bedarf der betroffenen Menschen orientierte, Vorgehensweise.

Mögliche Ziele:

- Klärung der Fragestellung des/der betroffenen Menschen
- Aufbau einer vertrauensvollen Beratungsbeziehung
- Informationsvermittlung über den gesamten Bereich des Konsums psychotroper Substanzen, besondere Risiken und Abhängigkeitsentwicklung
- Informationsvermittlung über den gesamten Bereich der substanzunabhängigen Risikobereich der Entwicklung abhängiger Verhaltensweisen (Glücksspiel und moderne Medien)
- Aufbau einer weitergehenden Beratungs- und Behandlungsmotivation
- Informationsvermittlung über die differenzierten Hilfs- und Behandlungsmöglichkeiten für abhängige und/oder abhängigkeitsgefährdete Menschen
- Vermittlung in das bestehende regionale psychosoziale Hilfesystem
- Auf- und Ausbau von Veränderungsmotivation
- Vermittlung von Entscheidungshilfen
- vorläufige anamnestiche Erhebungen und Diagnostik
- Einleitung und Vorbereitung einer ambulanten oder stationären medizinischen Rehabilitation sowie der begleitenden Maßnahmen.
- psychische Entlastung

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit könnte noch fortgesetzt werden.

Zur Zielerreichung ist es unabdingbar,

- dass alle Ratsuchenden zeitnah beraten werden
- dass die Beratung freundlich, kompetent und zielgerichtet ist.

Sozialer Kontext des Beratungsprozess

Die Beratungen werden nach Bedarf in Einzel-, Paar-, und/oder Familiengespräche durchgeführt. Je nach Problemstellung können in Abstimmung mit dem/der Ratsuchenden Hausärzte, Arbeitgeber und andere in die Beratung mit einbezogen werden.

Neben der üblichen und intensiven Beratung der einzelnen betroffenen Menschen die zu uns kommen, ist es uns ein besonderes wichtig, von Beginn an auch den Lebenskontext des betroffenen Menschen mit einzubeziehen. Dabei handelt es sich oft um die Partner/in, die Eltern oder Kinder und andere Personen aus der Familie. Die Beratungen können mit dem betroffenen Menschen gemeinsam durchgeführt werden. Bei Bedarf werden aber auch separate Beratungen für die Familienangehörigen angeboten, wobei das Vorgehen immer mit der gesamten Familie abgesprochen wird.

Außerdem sind oftmals von Beginn des Beratungsprozesses an andere Institution beteiligt. Dabei kann es sich um die Bewährungshilfe, einen gesetzlichen Betreuer, Fallmanager, psychosoziale Dienste der beruflichen Wiedereingliederung, Suchtbeauftragte von Betrieben oder auch andere betriebliche Verantwortungsträger handeln. Auch hier legen wir großen Wert auf die Einbeziehung der weiteren professionellen Unterstützer, um den Informationsfluss zu optimieren, doppelte Datenerhebungen zu vermeiden und die professionellen Aktivitäten zu bündeln.

Krankenhausprechstunden:

Einmal wöchentlich gehen wir in die unter Abschnitt 2.1 aufgelisteten zwei örtlichen Krankenhäuser und beraten dort Entgiftungspatienten und Angehörige. Durch diese aufsuchende Arbeit bekommen abhängige und/oder entsprechend gefährdete Menschen und deren Angehörige erstmals Kontakt zur Fachambulanz und erfahren durch uns, welche weiteren Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen.

Methoden:

Alle Mitarbeiter/innen der Fachambulanz bilden sich regelmäßig in den verschiedenen Methoden der professionellen Gestaltung von beratenden Gesprächssituationen fort. Dabei kommt der Einrichtung zugute, dass mehr als die Hälfte der gesprächsführenden Personen über eine sozialtherapeutische Zusatzausbildung verfügen. Außerdem finden regelmäßige interne Fortbildungen zu diesem Themenbereich statt. Als Grundlagen werden dabei die Motivierende Gesprächsführung (MILLER/ROLLNICK, 2009), verhaltenstherapeutische Strategien der Gesprächsführung (BÜHRINGER / METZ, 2009) und systemische Beratungsansätze (SCHWEITZER / V. SCHLIPPE, 2009) herangezogen.

3.4 Vermittlung in weiterführende Angebote

Entscheidet sich ein Mensch, abstinente von einer psychotropen Substanz wie Alkohol oder Heroin zu leben, so benötigt er zur Unterstützung und zur Minimierung von medizinischen Risiken häufig eine stationäre Entgiftung. Sollte die betroffene Person aufgrund z. B. der fortgesetzten Intoxikation nicht in der Lage sein, diese Entgiftungsbehandlung selber einzuleiten, wird sie von uns unterstützt. Wir nehmen dann Kontakt zur/m behandelnden Hausarzt/ärztin und zum Krankenhaus auf. Manchmal werden Angehörige oder der Arbeitgeber in diesen Prozess mit einbezogen.

Zur Vermittlung von Menschen mit einer Substanzkonsumstörung in die medizinische Rehabilitation gehört, dass alle relevanten Antragsunterlagen gemeinsam mit dem/r Rehabilitanden/in ausgefüllt werden. Gespräche mit Hausärzten, dem Arbeitgeber, kommunalen Arbeitsvermittlern, Bewährungshelfern, Kliniken u. a. gehen mit der Antragstellung einher.

Im Einzelnen vermitteln wir in:

- stationäre Entgiftungsstationen
- stationäre und tagesklinische Einrichtungen (Fachkliniken) und ambulante Rehabilitationseinrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von abhängigkeitserkrankten Menschen für die Bereiche Alkohol, Medikamenten, illegale Drogen, pathologischem Glücksspiel, Online- und Mediensucht.
- betreutes Wohnen für Abhängigkeitskranke
- Heime für chronisch mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke.

Wir unterstützen die betroffenen Menschen bei der Beantragung der verschiedenen Maßnahmen und begleiten sie bis zum Beginn derselben mit:

- Erstellung eines Sozialberichtes
- Antragstellung an den Leistungsträger zur medizinischen Rehabilitation
- Kontaktaufnahme mit den in Frage kommenden Einrichtungen
- Schaffung der notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung der Maßnahme
- Kooperation mit Haus- und Fachärzten/innen (Berichte)
- Bei Bedarf Einleitung und Vermittlung in eine Entgiftung

- Vorbereitung und Versand der kompletten Antragsunterlagen

3.5 Psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution

Die medizinische Behandlung opiatabhängiger Drogenkonsumenten mit Methadon oder anderen Ersatzstoffen sowie begleitender psychosozialer Betreuung hat sich in den letzten Jahren vom »Methadon-Programm« mit Projektcharakter zu einem wichtigen Bestandteil des deutschen Suchtkrankenhilfesystems entwickelt. Die substitutionsgestützte Behandlung soll das Überleben drogenabhängiger Menschen sichern und ihnen ein gesundes und sozial integriertes Leben ermöglichen, an dessen Ende die Drogenfreiheit stehen kann. Die Fachambulanz begleitet die substituierten Menschen im neu zu gestaltenden Alltag und wirkt hierbei ressourcenorientiert unterstützend gemäß dem Prinzip »Hilfe zur Selbsthilfe«.

Wir bieten seit vielen Jahren „Psychosoziale Betreuung im Rahmen der medikamentengestützten Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger“ an. Das Land Niedersachsen ist Leistungsträger dieser zweiten Behandlungssäule. Substitution ist im Sinne der Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung „die Anwendung eines ärztlich verschriebenen Betäubungsmittels bei einem opiatabhängigen Patienten (Substitutionsmittel) zur

1. Behandlung der Opiatabhängigkeit mit dem Ziel der schrittweisen Wiederherstellung der Betäubungsmittelabstinenz einschließlich der Besserung und Stabilisierung des Gesundheitszustandes,
2. Unterstützung der Behandlung einer neben der Opiatabhängigkeit bestehenden schweren Erkrankung oder
3. Verringerung der Risiken einer Opiatabhängigkeit während einer Schwangerschaft und nach der Geburt“ (§ 5 BtMVV / Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung).

Die Aufnahme einer Substitutionsbehandlung wurde im Verlauf der letzten Jahre sukzessive erleichtert, wodurch die Behandlungs- und Betreuungszahlen deutlich gestiegen sind. Psychosoziale Betreuungsmaßnahmen sind – soweit erforderlich – obligatorisch im Rahmen der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. Rechtsgrundlage bildet die im Juli 2010 in Kraft getretene „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung“ (früher: BUB-Richtlinien), kurz „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“.

Ziele

Ziel der substitutionsgestützten Behandlung ist zunächst das Durchbrechen des prägenden Kreislaufs von Drogenkonsum, Geldbeschaffung durch Kriminalität oder Prostitution, Drogenbeschaffung und erneutem Drogenkonsum. Ebenso soll mit der Ersatzstoffvergabe eine allgemeine gesundheitliche Stabilisierung sowie Prophylaxe einer HIV- oder Hepatitis-Infektion erreicht werden. Langfristiges Ziel ist die Suchtmittelabstinenz einschließlich des Substituts, das allerdings nur kleinschrittig über Teilziele erreicht werden kann. Außerdem wird aufgrund der langjährigen Erfahrungen aktuell intensiv über die langfristige Vergabe von Substituten bei gleichzeitiger stabiler Lebensführung diskutiert.

Vorbereitende Maßnahmen

◆ ***Beratung und Vermittlung***

Allgemeine Informationen zur Drogenabhängigkeit und Voraussetzungen der Substitution; Informationen zur Angebotspalette der Suchtkrankenhilfe im Allgemeinen und der Drogenberatungsstelle im Besonderen; Klärung der individuellen Problemlage; Vermittlung an einen zur Substitution berechtigten Arzt; ggf. Vermittlung in eine stationäre Entgiftungseinrichtung

◆ ***Hilfen zur psychischen Stabilisierung***

Exploration der bisherigen Konsumgeschichte; Diagnostik der individuellen Problemsituation und Entwicklung von Betreuungszielen; Betreuungsvereinbarung (Betreuungsplan und – Rahmenbedingungen); Klärung von Fragen zur Substitution (Substitut, Nebenwirkungen, Reduktionsphase); Begleitung und Aufarbeitung von Problemen, die sich aus den Wirkungen des Substituts ergeben (Wegfall der schützenden Wirkung des Heroins, Fehlen der sozialen Bezüge der Drogenszene; Konzentrationsstörungen, Schwitzen, Schlafstörungen etc.); Thematisierung von Beikonsum und Bearbeitung von Rückfällen (Gefahr der Suchtverlagerung; Reduktion von Beikonsum, Reduktion der Rückfallintervalle); Krisenintervention; Vermittlung weitergehender psychotherapeutischer oder psychiatrischer Maßnahmen

◆ ***Hilfen zur sozialen Existenzsicherung und zur Schuldenregulierung***

Erhebung der finanziellen Situation, Klärung finanzieller Ansprüche; Hilfen im Umgang mit Behörden (Antragstellung, Abbau von Schwellenängsten)

◆ ***Klärung juristischer Situationen***

(z.B. offene Strafverfahren, drohende Inhaftierung, Fragen zu Führerschein und Fahreignung)

◆ ***Hilfen bei Wohnraumproblemen***

Interventionen bei drohendem Wohnraumverlust (z.B. durch Mietrückstände); Hilfestellungen bei der Wohnraumsuche, Vermittlung in betreute Wohnformen

◆ ***Hilfen bei der schulischen und beruflichen Integration***

Unterstützung bei der Arbeitsplatzsuche: Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, Bewerbungsschreiben; Hilfe bei der Vermittlung von Umschulungen; ABM-, SAM- und BSHG-19-Stellen, Zusammenarbeit mit Bildungsträgern, einzelfallbezogene Absprachen mit dem Sozial- oder Arbeitsamt und dem Maßnahmeträger bezüglich der Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung (langsame Heranführung an die Arbeit), Planungen zur Schaffung von Arbeitsplätzen, die die speziellen Merkmale der Substituierten berücksichtigen (lange Arbeitslosigkeit und schwerer Konsum), Vermittlung und Durchführung von Praktika

◆ ***Vermittlung weitergehender Hilfen der Suchtkrankenhilfe***

Vermittlung in qualifizierte Entgiftungseinrichtungen; Vermittlung und Durchführung in ambulante oder stationäre medizinischer Rehabilitationen; Vermittlung in betreute Wohnformen oder sozialtherapeutische Einrichtungen

◆ ***Zusammenarbeit mit den substituierenden Ärzten***

regelmäßiger Austausch über den Verlauf der Behandlung und Abstimmung von Interventionen (z.B. bei Rückfall, steigendem Beikonsum, Reduktionsphase)

◆ **Kooperation mit anderen sozialen Diensten und Behörden**

Straffälligenhilfe, Wohnungslosenhilfe, Sozialpsychiatrischer Dienst, Schuldnerberatung

Absetzen des Substituts/Betreuungsende

Mit Erreichen der gesetzten Ziele, insbesondere einer stabilen Substitution ohne Beikonsum (Monotoxikomanie) bei gleichzeitiger Stabilisierung der sozialen und beruflichen Situation, wird in der Regel auf Wunsch des Klienten das Absetzen des Substituts, je nach individueller Erfordernis, eingeleitet. Dieser Prozess stellt jedoch bei langjähriger Substitution eine große Herausforderung dar, die einen eigenen Klärungsprozess und ein spezifisches Vorgehen erfordert, das derzeit neu erarbeitet wird.

Außerdem bietet die Fachambulanz Sucht Emsland seit Januar 2015 eine Substitutionsambulanz in ihren Räumlichkeiten in Meppen an, um die Versorgungssituation von heroïnabhängigen Menschen noch weiter zu verbessern.

3.6 Informationen und Vorbereitung auf die Medizinisch- Psychologische Untersuchung (MPU)

Aufgrund der steigenden Anzahl Personen, die neben Missbrauchs- oder Abhängigkeitsproblematik auch den Führerschein verloren haben und sich der MPU stellen müssen, bietet die Fachambulanz Sucht Emsland seit März 2009 Beratungen und Vorbereitung auf die MPU an. Das Angebot richtet sich an alle, deren Führerschein aufgrund von Delikten im Straßenverkehr unter Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten gefährdet oder bereits entzogen worden ist und wird von einer anerkannten Verkehrspsychologin (BNV) durchgeführt.

Als Grundlage des Angebotes dienen die aktuellen gesetzlichen Bestimmungen aus dem Straßenverkehrsrecht (StVG) und der Verordnung über die Zulassung von Personen zum Straßenverkehr/Fahrerlaubnisverordnung (FeV). Beide definieren die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen und bilden somit die Voraussetzung zur Anordnung einer MPU. Neben den gesetzlichen Bestimmungen sind auch die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“ der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) und die „Beurteilungskriterien“ der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie (DGVP) und der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin (DGVM) von großer Bedeutung; diese dienen als Basis für den Begutachtungsprozess und dementsprechend auch zur Vorbereitung auf die MPU.

Die Ziele des Angebotes sind:

- Vorbereitung auf die MPU
- Wiedererhalt der Fahrerlaubnis
- Verbesserung der Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben
- Dauerhafte Veränderung der Einstellung zum Konsum im Straßenverkehr

Art und Umfang der Leistungen

Die Betroffenen können sich in einem ersten Gespräch über die Möglichkeiten der MPU- Vorbereitung informieren und erhalten einen Überblick. Ebenso wird nach einer ausführlichen Anamnese des Konsumverhaltens (von psychotropen Substanzen) und der verkehrsrechtlichen Vorgeschichte der Umfang der MPU-Vorbereitung geklärt. Dieser Umfang ist für jeden Klienten indivi-

duell festzulegen und wird in einem Fahrplan festgehalten. Die Gespräche bis zur Fahrplanerstellung sind stets kostenlos und unverbindlich.

Um den Anforderungen der MPU gerecht zu werden, sind in der Regel weitergehende Angebote notwendig. Diese werden in Form von Einzelgesprächen, Seminare und Gruppe angeboten.

Thematische Schwerpunkte dieser Angebote sind eine selbstkritische Aufarbeitung der begangenen Straftaten, eine differenzierte Aufarbeitung der individuellen Problematik (Alkohol- und/ oder drogenspezifische Themen, z.B. Erarbeitung von lösungsorientierten Strategien zur Rückfallvermeidung) und die Erarbeitung von Veränderungsmotivation und/ oder Abstinenzmotiven für den zukünftigen Umgang mit den entsprechenden Substanzen.

Die spezifischen Angebote zur Vorbereitung sind folgende:

- **MPU-Kurs**

Der MPU- Kurs ist ein offenes Gruppenangebot, das wöchentlich in der Dienststelle Lingen und 14- tägig in der Dienststelle Meppen angeboten wird. Jeder neue Teilnehmer hat die Möglichkeit, sofort mit dem Kurs zu beginnen, sodass keine längeren Wartezeiten entstehen. Im Rahmen dieses Kurses werden verschiedene Themen erarbeitet; auch können individuelle Fragen geklärt werden.

- **Informationsabend mit Gutachter**

In regelmäßigen größeren Abständen finden Informationsabende mit einem anerkannten MPU- Gutachter statt. Der bzw. die Gutachter/in informiert über Anforderungen, Ablauf und Möglichkeiten einer MPU. Dieses Angebot ermöglicht, eventuell bestehende Hemmschwellen gegenüber der MPU und im speziellen auch gegenüber den Gutachtern abzubauen.

- **MPU-Seminar »Mein Weg zum Führerschein«**

Dieses Seminar stellt eine Ergänzungsveranstaltung zum Gutachterseminar dar. Hier werden alle Informationen zum Thema MPU, vom Beginn (dem Entzug der Fahrerlaubnis) bis zum Ende (dem Erhalt eines Gutachtens) ausführlich dargestellt. Diese Veranstaltung findet zwei- bis dreimal jährlich in der Dienststelle Meppen statt.

- **MPU-Prüfungssimulationsseminar**

Inhalt dieses Seminars ist die Simulation des Gespräches mit dem Gutachter im Rahmen der MPU. In einer Gruppe von max. zehn Teilnehmern, werden diese Gespräche „durchgespielt“. Diese Veranstaltung findet ebenfalls zwei- bis dreimal jährlich in der Dienststelle Meppen statt.

- **Einzelgespräche**

Je nach individuellem Bedarf können Einzelgespräche mit unserer Verkehrspsychologin vereinbart werden. Hier können verschiedene Themen bearbeitet werden, die der Klient zum Beispiel nicht im Rahmen der Gruppensitzung thematisieren möchte.

Im Fall einer nicht bestandenen MPU wird der Klient zunächst im Rahmen eines Einzelgespräches weiter begleitet; es erfolgt eine Analyse des Gutachtens und es können dementsprechend weitere Schritte eingeleitet werden.

- **Abstinenznachweise**

Zusätzlich besteht bei vielen betroffenen Menschen die Notwendigkeit, forensisch zertifizierte Abstinenznachweise zu erbringen. Über die entsprechenden regionalen Möglichkeiten, Bedingungen und Kosten werden die Betroffenen ausführlich informiert. Das diakonisches Werk Emsland-Bentheim hält dabei einen eigenen Fachbereich für die Erbringung dieser Abstinenznachweise vor.

3.7 Angebote für Senioren/innen und Fachkräfte der Altenhilfe

Die Fachambulanz Sucht Emsland hat vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2013 als eine von acht Einrichtungen ein Forschungsprojekt zum Thema „Sucht im Alter“ des Bundesgesundheitsministeriums durchgeführt.

Das Projekt „Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA)“ beschäftigte sich mit dem Gebrauch psychotroper Substanzen (besonders Alkohol, Tabak und Medikamente) im Alter. Es wurde bewusst der allgemeine Begriff des Substanzgebrauchs gewählt, um das Projekt nicht auf die Frage des Missbrauchs oder der Sucht einzuengen. In einem ersten Schritt sollten die wahrgenommene Problembelastung durch professionell Tätige im ambulanten und stationären Altenpflegebereich und im Bereich der ambulanten Suchtkrankenhilfe und deren Fortbildungsbedarf erfasst werden. In enger Kooperation mit einer Berufsfachschule für Altenpflege wurden dann Fortbildungsangebote entwickelt und auch umgesetzt. Der entstehende Austausch zwischen den unterschiedlichen professionellen Teams wurde dann genutzt, um die besondere Zugangsproblematik zur Gruppe der Senioren bezüglich des Themas Substanzgebrauch und -missbrauchs neu zu diskutieren und Konzepte aus der bisherigen Arbeit mit Suchtgefährdeten und -kranken auf ihre Anwendbarkeit bei Senioren zu überprüfen (wie z. B. bei der Frage nach den Zielen der Interventionen wie Abstinenz, kontrollierter Konsum oder anderen Konzepten). Aus dieser Bearbeitung wurden neue Angebote des niedrigschwelligen Zugangs zu den Senioren entwickelt, die deren spezifische Situation ausreichend berücksichtigen. Diese Angebote wurden dann über einen längeren Zeitraum erprobt, bewertet und sowohl in das Ausbildungscurriculum der Altenpflege integriert, wie auch auf weitere Einrichtungen in der Alten- und Suchtkrankenhilfe übertragen. (siehe dazu Drewes-Lauterbach et al. 2012, Drewes-Lauterbach & Telgen, Abschlussbericht NASIA, 2014).

Diese gemeinsamen Forschungs- und Fortbildungsbemühungen haben zur Entwicklung spezifischer Expertisen und Angebote im Bereich der Arbeit mit Senioren geführt, die einen problematischen Substanzgebrauch zeigen. Es finden sich an allen drei Standorten speziell fortgebildete Ansprechpartnerinnen, die bei diesbezüglichen Anfragen kompetent beraten und unterstützen.

Außerdem werden unsere Fortbildungsangebote für die professionellen Bereiche der Altenhilfe und der Suchtkrankenhilfe fortlaufend über unsere Internetpräsenz nachgefragt und gebucht.

3.8 Tabakentwöhnung - Nichtrauchertraining

Die Fachambulanz Sucht Emsland bietet ein modernes Tabakentwöhnungsprogramm an. Dabei handelt es sich um das „Rauchfrei-Programm“. Es wurde vom IFT (Institut für Therapiefor- schung), München in Zusammenarbeit mit der BZgA (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) entwickelt. Das Programm entspricht den Anforderungen der Krankenkassen und der Gesundheitsverbände und bietet in Kursen eine langfristige und erfolgreiche Unterstützung auf dem Weg in ein rauchfreies Leben. Eine finanzielle Förderung der entstehenden Kurskosten ist durch die Krankenkassen im Rahmen des SGB V § 20 möglich. Die Durchführung obliegt erfahrenen

und von der IFT-Gesundheitsförderung speziell ausgebildeten und zertifizierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Fachambulanz Sucht Emsland. Kurse werden ggf. in Kooperation mit anderen Trägern (z. B. Krankenkassen) durchgeführt. Die Rauchfrei-Kurse dauern je nach Terminplanung und Kursvariante (Rauchfrei-Standard oder Rauchfrei-Kompakt) zwischen 3 und 8 Wochen und umfassen sechs Kurseinheiten á 90 Minuten. Zudem werden die Teilnehmer/ Teilnehmerinnen mit zwei Telefoneinheiten á ca. 10 Minuten telefonisch individuell und intensiv betreut. Die Rauchfrei-Kurse werden in Gruppen von mindestens 8 und maximal 12 Teilnehmern/ Teilnehmerinnen durchgeführt, eine regelmäßige Teilnahme an den Kurseinheiten ist erforderlich, da diese aufeinander aufbauen. Das Angebot steht sowohl Einzelpersonen, wie auch geschlossenen Gruppen zur Verfügung und wird auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Das Programm arbeitet mit einem festgelegten Rauchstopp-Tag, ohne dass zuvor der Tabakkonsum reduziert wurde. Bei der Durchführung des Programms werden die vielfältigen Methoden der Verhaltenstherapie angewendet. Der Einsatz von Nikotinpräparaten zur Unterstützung des verhaltenstherapeutischen Vorgehens wird als Option berücksichtigt.

Inhaltlich orientiert sich das Rauchfrei-Programm unabhängig von der gewählten Kursvariante an dem folgenden Ablaufschema:

- Anregungen, sich mit dem Tabakrauchen allgemein und dem persönlichen Rauchverhalten auseinanderzusetzen
- Informationen zum Tabakrauchen
- Pro & Contra des Rauchens und des rauchfreien Lebens
- Der persönliche Gewinn durch das rauchfreie Leben
- Hindernisse auf dem Weg zum rauchfreien Leben
- Vorbereitung des 1. rauchfreien Tages
- Stopp-Tag
- Begleitung in das rauchfreie Leben und Stabilisierung.

3.9 Selbsthilfeförderung

Die Zusammenarbeit und Förderung der Selbsthilfegruppen ist eine unverzichtbare Aufgabe der Fachambulanz. Selbsthilfegruppen stellen neben der professionellen Hilfe in einer Beratungsstelle eine niedrighschwellige Möglichkeit zur Auseinandersetzung mit einer Abhängigkeitserkrankung dar. Darüber hinaus sind sie unersetzlich bei der Sicherung einer dauerhaften abstinenten Lebensführung. Manche Selbsthilfegruppen bieten neben den wöchentlichen Gruppentreffen auch gemeinsame Freizeitaktivitäten und Seminartage an.

Die Beratungsstelle lädt die Gruppenleiter regelmäßig zu Helferkreistreffen ein, deren Zweck es ist, die Zusammenarbeit und den fachlichen Austausch zu fördern. Mitarbeiter/innen der Fachambulanz bieten auch Seminare für Gruppenleiter an und die Einrichtung unterstützt ferner die Gründung neuer Selbsthilfegruppen, stellt Räumlichkeiten zur Verfügung und beteiligt sich an den Kosten für die Ausbildung der ELAS (Evangelische Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen in Niedersachsen) zum ehrenamtlichen Suchtkrankenhelfer. Einige der Mitarbeiter/innen sind auch selber in den Ausbildungskursen für die Selbsthilfe in der ELAS und bei der VHS tätig. Überdies werden viele Öffentlichkeitsveranstaltungen und Informationsveranstaltungen gemeinsam vorbereitet und durchgeführt.

Die regional ansässigen Selbsthilfegruppen von Anonyme Alkoholiker, Freundeskreisen und Kreuzbund bieten mit ihren regelmäßigen Gruppentreffen ein eigenständiges Hilfsangebot für Betroffene und Interessierte.

Die Ausbildung von neuen Suchthelfern und die Präsenz der Selbsthilfegruppen ist ein besonderes Anliegen und wird entsprechend gefördert. Nach erfolgreich abgeschlossenen ambulanten Rehabilitationen besteht auch immer wieder der Wunsch einzelner Patientinnen und Patienten, sich mit den anderen Rehabilitanden/innen aus der jeweiligen Therapiegruppe weiterhin in Form von Selbsthilfe zu treffen. Hier stellen wir allen Aktiven kostenlos unsere Räume zur Verfügung und begleiten diese neuen Selbsthilfegruppen dann regelmäßig.

3.10 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Die Zusammenarbeit mit Betrieben im regionalen Einzugsbereich hatte für die Suchtberatungsstellen der Diakonie seit ihrer Gründung in den 1980er Jahren stets eine große Bedeutung. Dabei war es das Ziel, Menschen mit einer sich entwickelnden oder manifesten Abhängigkeit mit dem Hilfeangebot möglichst noch vor dem Verlust ihres Arbeitsplatzes zu erreichen und nach Beratung und Rehabilitation wieder in das Berufsleben integrieren zu können. Aus einer meist einzel-fallbezogenen Zusammenarbeit mit Betrieben entwickelte sich seitdem eine zunehmend enge Kooperation zwischen den Beratungsstellen der Fachambulanz und den Betrieben in der Region.

Zur Intensivierung dieser Zusammenarbeit gründete die Fachambulanz Sucht Emsland DW-ELB mit der Fachstelle des Caritasverbandes Emsland im Jahr 2009 einen Arbeitskreis »Betriebliche Suchtprävention Emsland«. Es wurden strukturierte Informationen an die beteiligten Betriebe weitergeben und verschiedene gemeinsame Veranstaltungen initiiert. In vielen mittleren und großen Betrieben der Region konnten innerbetriebliche Suchtpräventionsprogramme installiert werden und die Betriebe sind dabei unterstützt worden, soziale Ansprechpartner auszubilden.

Auch bei der Beratungstätigkeit der Ansprechpartner in den Betrieben erfolgte Unterstützung durch die Beratungsstellen. Dadurch konnten in diesen Betrieben ein in vielen Fällen nahtloser Übergang zu den Suchtberatungsstellen erreicht werden. Seitdem sind durch Mitarbeiter der Beratungsstellen in vielen Betrieben Führungskräfte-schulungen zum Umgang mit suchtgefährdeten und suchtkranken Mitarbeitern durchgeführt worden. Durch diese intensive Zusammenarbeit hat sich die Zahl von Vermittlungen von betroffenen Mitarbeitern in Beratungsstellen aus Betrieben, die betriebliche Präventionsprogramme durchführen, deutlich erhöht.

Seit einigen Jahren hat sich der Blickwinkel der Zusammenarbeit zwischen Betrieben und Einrichtungen der Diakonischen Werke erweitert bis hin zur Einbeziehung von Menschen mit multiplen psychosozialen Problemen. Damit wird die Suchtprävention im Betrieb zunehmend Teil eines umfassenden Gesundheitsmanagements und stellt so einen wichtigen Teilaspekt einer ganzheitlichen Sichtweise dar.

3.11 Online-Beratung

Die Fachambulanz Sucht Emsland nutzt das Internet für ihre beraterische Arbeit. Das World Wide Web ist gerade für jüngere Hilfesuchende mittlerweile der wichtigste Ort, an dem sie nach ersten Informationen und Antworten suchen. Durch die sich progressiv erweiternde interaktive Struktur des Internets ist es inzwischen möglich, diese Informationen auch gezielt auf die individuelle Fragestellung des Users zu geben und dabei eine maximale Anonymität zu gewährleisten. Hierdurch und durch die gleichzeitig fast hundertprozentige Versorgung der deutschen Haushalte mit der

notwendigen technischen Infrastruktur erhoffen wir uns als Anbieter eine Verringerung der Zugangsbarrieren gerade bei jungen Menschen für die Angebote der Fachambulanz Sucht Emsland. Neben den genannten Chancen zur Kontaktherstellung ist die Nutzung des Internets für psychosozial-beraterische Zwecke auch mit Risiken behaftet. Insbesondere bei den sensiblen Themenstellungen der Beratung von Menschen mit einem problematischen oder abhängigen Substanzkonsum ist beim Umgang mit den Daten der User der höchstmögliche Sicherheitsstandard einzuhalten. Deshalb bieten die Fachstellen Beratung zunächst in Form von webbasierter Mailberatung auf gesicherten Servern an. User können diese auch ohne die Preisgabe ihrer netzrelevanten Daten nutzen. Dazu wird von uns gewährleistet, dass die Useranfragen zügig, d. h. in der Regel innerhalb von 48 Stunden, beantwortet werden. Außerdem müssen die antwortenden Personen des Fachteams gut in der Lage sein, die unterschiedlichsten Fragen auch zu beantworten.

Die hier eingesetzten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Fachkräfte der Suchthilfe und verfügen neben der suchtspezifischen Ausbildung auch über spezifische Kompetenzen in der webbasierten Arbeit mit ratsuchenden Menschen. Die Onlineberatung ist regional aufgebaut, sodass eine Weiterführung von Beratungsprozessen im direkten persönlichen Kontakt möglich und wünschenswert ist.

Der Zugang zur Onlineberatung erfolgt über die Homepage des Diakonieverbundes Sucht in der Region Osnabrück / Emsland unter der Domain www.suchtberatungsstelle.de, über die Domain der genutzten Beratungsplattform (zurzeit www.evangelische-beratung.info) sowie über entsprechende Verlinkungen und zusätzliche Webadressen. Je nach Nachfrage und Nutzen ist auch ein Ausbau durch Verwendung anderer Formen der Beratung möglich (z. B. Chatberatung, Voicechat oder Bildtelefonie über Internet). Auch diese müssen den genannten Datenschutzstandards entsprechen.

Eine Einbeziehung internetbasierter Interventionsmöglichkeiten (z. B. das Führen von Übergabegesprächen innerhalb des Kombi-Nord-Angebotes) ist mittlerweile über die DRV Braunschweig-Hannover auch möglich.

3.12 Migrationsspezifische Angebote

Unter dem Begriff ›Migranten‹ fassen wir sowohl diejenigen Personen, die im Ausland geboren worden sind und dann im Laufe ihrer Kindheit bzw. Jugend mit ihren Eltern nach Deutschland gekommen sind, wie auch diejenigen Menschen, die bereits in Deutschland geboren wurden, deren Eltern jedoch vor ihrer Geburt nach Deutschland immigriert sind. Der multikulturelle Hintergrund verlangt bei der Beratung und Behandlung besondere Beachtung.

Für abhängige Menschen mit Migrationshintergrund sehen wir folgende Besonderheiten:

- Selbstbild und Perspektiven sind bei dieser Klientel wesentlich geprägt durch die Migration und sich hieraus ergebenden Diskrepanzen von Erwartungen und Realität. Der Verlust der Heimat bedeutet oft auch ein Verlust an Sicherheit, haltgebenden Beziehungen und Identität. Die soziale Realität in Deutschland ist vielfach geprägt von enttäuschten Hoffnungen und Ausgrenzung. Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus können ebenso wie das Erleben der Fremdheit, des Nicht-dazu-Gehörens und Nicht-verstanden-Werdens als krankheitsunterhaltende Stressoren wirken.

- Bei Betroffenen, die bereits in Deutschland geboren wurden oder sehr jung nach Deutschland immigriert sind, finden sich vielfach Konflikte zwischen den Normen und Erwartungen der Herkunftsfamilie einerseits und den Normen und Rollenerwartungen des deutschen Umfeldes. Problemkonzepte, familiäre Normvorstellungen und persönliche Werte können deutlich von dem abweichen, was wir bei deutschen Betroffenen vorfinden.

Dieses gilt es bei der Beratung zu berücksichtigen. Wir erachten es für wichtig, die kulturellen Besonderheiten zu erkennen und zu respektieren, selbst wenn sie manchmal schwer nachvollziehbar sein mögen. Aufgrund der zumeist besonders engen familiären Bindungen von Migranten legen wir besonderen Wert auf die Einbeziehung der Familie in die Beratung. Dabei ist bei oft sehr wichtig, dass die Veränderungsziele auch von der Familie des Betroffenen unterstützt werden. Die kulturellen Übergänge werden mit dem Ziel thematisiert, eine versöhnliche Integration der unterschiedlichen kulturellen Aspekte in die eigene Persönlichkeit zu fördern. Dies ist als Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden multikulturellen Identität ebenso wie für eine gelingende Integration in unsere Gesellschaft zu verstehen.

Soziale Stressoren wie Unsicherheiten bezüglich des Aufenthaltsstatus sollten vordringlich geklärt werden, um ausreichend Raum für die Bearbeitung anderer wichtiger Themen zu lassen. Auch die Verbesserung der deutschen Sprachkenntnisse sehen wir als wichtige flankierende Maßnahme für die Bemühungen um eine verbesserte Integration, die die Grundlage eines gesunden Lebens darstellt. Eine besondere Berücksichtigung findet dabei die große Gruppe der Spätaussiedler aus der ehemaligen UDSSR. Seit vielen Jahren sind ca. 17 % unserer Ratsuchenden mit einem Migrationshintergrund aus den Sowjetrepubliken.

4 Theoretische Grundlagen der beraterischen und therapeutischen Arbeit mit abhängigen Menschen der Fachambulanz Sucht Emsland

4.1 Vorbemerkungen

Die folgenden Ausführungen zu einem theoretisch fundierten Konzept zur ambulanten Rehabilitation von abhängigkeitsgefährdeten oder -kranken Menschen beinhalten einige Vorentscheidungen und Grundlagen, die an dieser Stelle kurz erläutert werden sollen.

Als übergeordneter Beschreibungsrahmen für das gesamte Konzept wurde das bio-psycho-soziale Beschreibungsmodell der ICF (International Classification of Functioning; WHO 2006) zugrunde gelegt, das auch als Bezugsmodell für die medizinische Rehabilitation im Allgemeinen herangezogen wird (vgl. DRV 2008).

Weiterhin wurde die Entscheidung getroffen, das Konzept auf der Basis einer verhaltenstheoretischen Modellbildung zu formulieren, welches auch Elemente der theoretischen Entwicklungen in der systemischen Therapietheorieentwicklung einbezieht, soweit sie zur Aufklärung der komplexen Beziehung im bio-psycho-sozialen Modell der ICF beitragen oder konkrete methodische Vorgehensweisen erzeugen (vgl. dazu SCHWEITZER / v. SCHLIPPE 2006; DIESS. 2009). Die neuen Forschungsergebnisse aus den Bereichen der pharmakologischen und neurobiologischen Forschung im Suchtbereich werden am Ende des Kapitels als Rahmeninformationen zusammengefasst. Sie werden als ausgesprochen wichtig bewertet (siehe dazu Heinz et al. 2012), sind aber derzeit noch nicht als Ansatz zur Behandlung von Suchterkrankungen zu verstehen, die die psycho- und sozialtherapeutische Arbeit ersetzen. Auf die weitergehende Integration von tiefenpsychologischen Ansätzen wurde aufgrund der wissenschaftstheoretischen Problematik der pragmatischen Integration von Ansätzen mit unterschiedlicher Axiomatik (Inkommensurabilitätsannahme) verzichtet und es findet sich lediglich eine kurze Zusammenfassung am Ende der theoretischen Ausführungen (vgl. dazu auch die Stellungnahme in TRETTER / MÜLLER 2001).

Weiterhin beziehen sich die folgenden Ausführungen zur Suchtentstehung und -behandlung ausschließlich auf psychotrope Substanzen wie *legale Drogen* (Tabak, Alkohol), *illegale Drogen* (Cannabis, Opiate, XTC, Kokain etc.) und *Medikamente* (bes. Beruhigungs-, Schlaf- und Schmerzmittel). Natürlich gibt es mittlerweile eine intensive Diskussion über die Relevanz stoffungebundener Süchte bzw. Verhaltenssüchte, die sich am deutlichsten in der grundsätzlichen Akzeptanz des pathologischen Glücksspiels als Gesundheits- und Abhängigkeitsproblem niederschlägt. Die Frage nach der ätiologischen und diagnostischen Einordnung wird jedoch weiterhin sehr kontrovers diskutiert (vgl. etwa MEYER / BACHMANN 2011; FIEDLER 2009). Diesbezüglich wurden und werden jedoch in der Regel eigene, von den Leistungsträgern akzeptierte Behandlungskonzepte erstellt, sodass sie auch separat dargestellt werden. Dies ist für unsere Einrichtung auch der Fall und ein neues Konzept wurde gerade eingereicht.

Schließlich möchten wir festhalten, dass diese konzeptuellen Ausführungen keinen Anspruch auf eine vollständige Abbildung des derzeitigen verhaltenstheoretischen und systemtherapeutischen Forschungsstandes erheben, sondern eine bewusste Auswahl im Sinne einer Konkretisierung von theoretischen Ideen auf ein praktikables ambulantes Behandlungssystem. Hilfreich waren dabei das Buch zur »Psychologischen Therapie der Sucht« von TRETTER / MÜLLER (2001) und die aktu-

elle Zusammenfassung der verhaltenstheoretischen Forschungen zur Sucht und Suchtbehandlung bei psychotropen Substanzen von BÜHRINGER / METZ (2009). Als letztes noch eine begriffliche Anmerkung. Da in der vorhandenen Literatur in der Mehrheit der Begriff der „Sucht“ benutzt wird, ist dieser in diesen Ausführungen trotz der aktuellen Diskussionen noch häufiger anzutreffen, um die Formulierungen der Forscher authentisch wiederzugeben.

4.2 Phänomenologie des Konsums psychotroper Substanzen und Definition süchtiger Verhaltensweisen

Wie schon in den Vorbemerkungen benannt, können grundsätzlich alle menschlichen Verhaltensweisen den Rahmen ›normaler Aktivität‹ verlassen und durch die exzessive Ausführung zu einem Problem für die ausführende Person und / oder deren Umwelt werden. Klassische Beispiele dafür sind die Aktivitäten Arbeit und Sex, die dann mit den Begriffen Arbeitssucht und Sexsucht belegt werden. Interessant ist dabei die Analyse, an welchen Punkten externe Beobachter dabei aus einem erwünschten bzw. biologisch verankerten Verhalten ein Problemverhalten entstehen sehen. Wesentlich erscheinen dabei quantitative Parameter, die sich auf ein Zuviel bezüglich der Menge, der Dauer und der Häufigkeit des Verhaltens beziehen. Andererseits werden solche Verhaltensweisen auch nach den Auswirkungen auf die Umwelt der ausführenden Person beurteilt, d. h., wenn jemand nur noch arbeitet, kann er selbst damit sehr zufrieden sein, aber sein soziales Umfeld wird dieses Verhalten möglicherweise zunehmend negativ beurteilen und als Problem definieren. In diesem Sinne ist süchtiges Verhalten als ein universelles Phänomen zu betrachten, das sich nicht nur auf die Einnahme psychotroper Substanzen beschränkt.

Für die vorliegenden Ausführungen müssen wir das aus den bereits genannten Gründen tun und definieren zunächst den Begriff ›psychotrope Substanz‹. Damit sind natürliche oder chemische Stoffe gemeint, die

1. zentralnervös auf den Organismus einwirken
2. das subjektive körperliche und emotionale Wohlbefinden steigern
3. dadurch die Wahrscheinlichkeit für eine kontinuierliche Einnahme zur Aufrechterhaltung dieses Zustands zunehmen lassen
4. das Verhalten trotz erlebter akuter und chronischer negativer Auswirkungen nicht beenden, sondern fortführen und oft noch steigern
(nach BÜHRINGER / METZ 2009, leicht modifiziert)

Wesentlich für den Reiz, aber auch für die Gefahr dieser Substanzen ist die Fähigkeit zur Steigerung des körperlichen, gedanklichen und emotionalen Wohlbefindens und der dadurch ausgelösten Dynamik. In der praktischen Arbeit wird bei diesen Substanzen grundsätzlich zwischen legalen (Alkohol, Medikamente, Tabak) und illegalen Substanzen (Drogen wie Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetamine etc.) unterschieden. Dabei ist diese Unterscheidung vorrangig als gesellschaftlicher und historischer Prozess zu betrachten. So hat sich etwa die gesellschaftliche und fachliche Bewertung des Tabakkonsums deutlich verändert und er wird zunehmend auch bei der diagnostischen Beschreibung von Suchtproblemen vermerkt und codiert.

Außerdem wird durch die Unterscheidung in legale und illegale Substanzen auch deutlich, dass der Konsum psychotroper Substanzen gesellschaftlich auch positiv sanktioniert wird und Teil unserer Kultur ist. Andererseits suggeriert die Definition von psychotropen Substanzen schon eine

Problematik im Konsum, die aus unserer Sicht zunächst nicht gegeben ist. Vielmehr muss das Konsumverhalten weiter differenziert werden. TRETTER/MÜLLER (2009) haben das getan:

gelegentlicher (unproblematische) Konsum	Episodisch
Gewohnheitskonsum	Regelmäßig
missbräuchlicher Konsum	exzessiv, jedoch noch zeitlich begrenzt
riskanter Konsum	dauerhaft mit dem Risiko negativer Folgen
schädlicher Konsum	dauerhaft mit gesicherten negativen Folgen
abhängiger Konsum	dauerhaft, negative Folgen, Entzug, Kontrollverlust etc.

Abb. 1:

*Quantitatives und qualitatives Spektrum des stoffgebundenen Konsumverhaltens
(nach TRETTER / MÜLLER 2001, modifiziert)*

Aufgrund der kritischen Vermengung von quantitativen und qualitativen Merkmalen in dieser Unterscheidung schlägt TRETTER (2001) für die praktische Arbeit eine vierstufige Unterscheidung vor:

- *unproblematischer Konsum*
- *riskanter Konsum*
- *schädlicher Konsum*
- *abhängiger Konsum*

Die beiden letzten Stufen korrespondieren dabei mit den Unterscheidungen des »Schädlichen Gebrauchs« und der »Abhängigkeit« von psychotropen Substanzen in der ICD-10 der WHO (vgl. WHO 2005), das auch die diagnostische Grundlage für die medizinische Rehabilitation abhängiger Menschen darstellt. Festzuhalten bleibt, dass ein unproblematischer Konsum psychotroper Substanzen möglich ist, ohne dass der schädliche oder abhängige Konsum eine zwingende Folge dessen ist. Für diesen Fall müssen vielmehr weitere vermittelnde Prozesse angenommen werden.

Konsens besteht jedoch hinsichtlich der Einschätzung, dass die Abhängigkeit von psychotropen Substanzen als deutliches gesundheitliches Problem für den Menschen und sein betroffenes soziales Umfeld zu betrachten ist. Als Arbeitsdefinition des Abhängigkeitssyndroms von psychotropen Substanzen möchten wir folgende Beschreibung von EDWARDS / GROSS (1976) heranziehen:

- Einengung des Konsumrepertoires auf ein regelmäßiges Muster mit hohen regelmäßigen Konsummengen
- zunehmende Bedeutung der Substanzeinnahme im Verhältnis zu anderen Verhaltensweisen
- Toleranzbildung und Konsumsteigerung (mit Deckeneffekten)
- Auftreten von physischen und psychischen Entzugssymptomen
- fortgesetzter Konsum, um Entzugssymptome zu vermeiden
- Entwicklung eines Zwangs zum Substanzgebrauch

- erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sich das genannte Syndrom nach Phasen der Abstinenz bei erneutem Substanzkonsum schnell wieder reaktiviert.
(zit. nach BÜHRINGER / METZ 2009, leicht modifiziert)

Die Konsequenzen einer Abhängigkeit können dabei je nach Substanz, Alter, sozialen und persönlichen Kontextvariablen stark variieren, allerdings belegen auch die neuesten statistischen Veröffentlichungen (vgl. das DHS-Jahrbuch Sucht 12, 2012), dass die Zahl der abhängigen Menschen ungebrochen hoch ist und auch die persönlichen, sozialen, gesellschaftlichen und volkswirtschaftlichen Kosten weiterhin enorm sind. Deshalb sollte es ein dringendes Anliegen sein, den betroffenen Menschen effektive und effiziente Unterstützung zukommen zu lassen.

4.3 Bio-psycho-soziales Rahmenmodell der ICF und medizinische Rehabilitation

Nach der 1968 für die Alkoholabhängigkeit erfolgten sozialrechtlichen Anerkennung als Krankheit und der damit verbundenen Zuordnung zum Bereich der medizinischen Rehabilitation waren die Voraussetzungen für den Aufbau eines professionellen Systems der medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken geschaffen. Dieses beschränkte sich zunächst jedoch auf die stationäre Behandlung und Nachsorge abhängiger Menschen. In den 1990er Jahren wurde zunehmend die ambulante Rehabilitation gestärkt und in eine Empfehlungsvereinbarung ambulante Rehabilitation Suchtkranker verschriftet (vgl. DRV 2001; DRV 2008). Diese wurde die Grundlage der ambulanten rehabilitativen Arbeit mit abhängigen Menschen, auf welche sich dieses Behandlungskonzept bezieht.

Darin wird als »Ziel der medizinischen Rehabilitation« benannt, »die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft (*aufgrund des schädlichen Gebrauchs / der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen*) durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern« (DRV 2008).

Weiter sollen »die Rehabilitanden durch die Rehabilitation befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und / oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als ›normal‹ (für seinen persönlichen Lebensstil typisch, ICF) erachtet werden. Weitere wichtige Rehabilitationsziele können der weitgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbstständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit sein«. (ebd.)

Es wird deutlich, dass die Begriffe der Aktivität und Teilhabe für die medizinische Rehabilitation wesentliche Bedeutung haben. Diese leitet sich aus der ICF der WHO (dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; vgl. WHO 2006) und dem dort formulierten bio-psycho-sozialen Modell der funktionalen Gesundheit ab. Dieses Modell lässt sich wie folgt skizzieren:

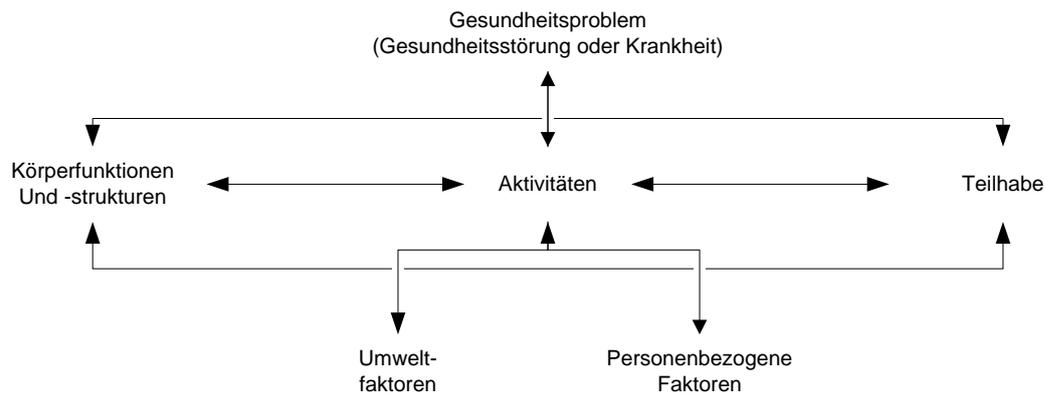


Abb. 2:

Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF nach SCHUNTERMANN 2007

Im Folgenden sollen die einzelnen Komponenten des Modells erläutert werden, um es dann als heuristischen Rahmen für die weiteren konzeptionellen Darstellungen zu nutzen (vgl. hierzu ausführlich SCHUNTERMANN 2007).

Gesundheitsprobleme:

Hierunter sind grundsätzlich alle bekannten Krankheiten bzw. Gesundheitsstörungen zu fassen, so wie sie z. B. im ICD-10 benannt sind, so auch alle Abhängigkeitserkrankungen F10.xx bis F19.xx.

Kontextfaktoren:

- *Umwelt:* die gesamte materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt, in der Menschen leben und ihr Dasein entfalten.
- *Person:* der Lebenshintergrund und die Lebensführung einer Person (ihre Eigenschaften und Attribute), die nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands sind.

Körperfunktionen:

Damit sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen gemeint (einschließlich psychologischer Funktionen).

Körperstrukturen:

Damit sind die anatomischen Teile des Körpers gemeint, wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile.

Schädigung ist der Oberbegriff für eine Beeinträchtigung der Körperstrukturen und -funktionen und beide Bereiche sind in acht parallelisierte Bereiche aufgeteilt. Im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen findet man eine Vielzahl von Schädigungen der Körperstrukturen wie z. B. Schädigungen des Nervensystems, des kardiovaskulären oder endokrinen Systems, die auch entsprechende Funktionsstörungen zur Folge haben.

Aktivität:

Eine Aktivität meint die Durchführung einer Handlung oder Aufgabe durch eine Person. Dem zugrunde gelegt ist eine Handlungstheorie, die eine Handlung als das Zusammenwirken der grund-

sätzlichen Leistungsbefähigung der Person, den äußeren Gegebenheiten zur Ermöglichung der Handlungsabsicht und der Handlungsbereitschaft der Person auffasst (vgl. NORDENFELT 2003). Weiterhin existiert ein enger Bezug zwischen Aktivität auf der einen Seite und Leistung und Leistungsfähigkeit auf der anderen.

Teilhabe:

Damit ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation oder einen Lebensbereich gemeint. Dabei wird das Konzept der Teilhabe unter den Aspekten der *Menschenrechte* und dem *subjektiven Einbezogensein* gedeutet. Unter Ersterem versteht man

- Zugang zu Lebensbereichen wie Erwerbsleben oder Selbstversorgung zu haben
- in Lebensbereichen integriert zu sein, um an ihnen teilzuhaben
- sein Dasein in Lebensbereichen entfalten zu können
- ein unabhängiges, selbstbestimmtes und gleichberechtigtes Leben in diesen Bereichen führen zu können (vgl. entsprechend §1 SGB IX)

Mit dem Aspekt der subjektiven Erfahrung ist gemeint

- eine Zufriedenheit in den Lebensbereichen der Teilhabe
- erlebte gesundheitsbezogene Qualität in Lebensbereichen der Teilhabe
- erlebte Anerkennung und Wertschätzung in Lebensbereichen der Teilhabe (vgl. UEDA / SALEEBY 2003)

SCHUNTERMANN (2007) merkt zum Konzept der Teilhabe und Aktivität abschließend an, dass aus seiner Sicht jegliche Klassifikation grundsätzlich sowohl unter dem Aspekt der Aktivität als auch unter dem Aspekt der Teilhabe erfolgen kann. Dabei sei im Verlauf einer medizinischen Rehabilitation jedoch zumeist eine stete Verschiebung der kurativen Maßnahmen vom Abbau der Aktivitätseinschränkung hin zu einer Verbesserung der Teilhabe festzustellen.

Lebensbereiche:

Die Lebensbereiche sind Bereiche menschlicher Tätigkeiten, Handlungen und Aufgaben (Aktivitätskonzept) und / oder menschlicher Daseinentfaltung (TeilhabeKonzept) und werden in neun Hauptkapitel unterteilt:

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktion und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Unter die bedeutenden Lebensbereiche fallen auch die Erwerbstätigkeit und die wirtschaftliche Unabhängigkeit als wichtiger Bereich der Teilhabe, welcher wiederum bei entsprechender Beeinträchtigung die Grundlage für die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation darstellt.

Die beschriebenen Konstrukte stehen in einer komplexen Interaktion und bilden zusammen das Beschreibungsmodell für die funktionale Gesundheit: Eine Person gilt gemäß der ICF als funktional gesund, wenn vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Kontextfaktoren der Umwelt und Person)

1. ihre körperlichen Funktionen und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen
2. sie alles das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsprobleme (im Sinne des ICF) erwartet wird (Aktivität)
3. sie in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in Lebensbereichen in einer Weise und Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen unter Bedingung 1 und 2 erwartet werden kann (Teilhabe)

Damit ermöglicht die ICF eine beschreibende Abbildung komplexer Zusammenhänge der funktionalen Gesundheit und stellt so einen heuristischen Rahmen für die Beschreibung der ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängiger Menschen zur Verfügung. Die Kodierungsmöglichkeiten der ICF werden dagegen bisher erst in ersten Ansätzen genutzt. Zur Erklärung abhängiger Verhaltensweisen werden im nächsten Abschnitt entsprechende Modelle vorgestellt.

4.4 Verhaltenstheoretische Modelle zur Entstehung abhängiger Verhaltensweisen

Um den Konsum psychotroper Substanzen und die Entwicklung von Abhängigkeiten beschreiben zu können, wird auf das historische SORKC-Grundmodell von KANFER / SASLOW (1965) zurückgegriffen, welches um die modernen kognitiven und systemischen Beschreibungsdimensionen erweitert worden ist (vgl. dazu etwa KANFER et al. 2006; REINECKER 1999; SCHULTE 2005) wurde. Das Modell besteht aus den Komponenten:

- S** die vorausgehenden situativen Bedingungen
- O** begleitende organismische Zustände
- R** Reaktion, d. h. das gezeigte Verhalten
- K** Kontingenzen (Menge, Dauer, Intensität der erlebten Konsequenzen)
- C** die erlebten Konsequenzen

Mittlerweile werden alle Variablen dieser Verhaltensanalyse sehr differenziert beschrieben, in den weitergehenden Lebenskontext der handelnden Person eingebettet und in multiple Bedingungsanalysen (vgl. CASPAR 2009; TUSCHEN-CAFFIER / V. GEMMEREN 2009) integriert. Dadurch findet eine immer größere Annäherung an die Modellbildung in der systemischen Therapie statt und insgesamt wird die Betrachtung auch kompatibel mit dem bio-psycho-sozialen Grundmodell der ICF. Bezüglich des grundsätzlichen Vorgehens sei ein kurzes Beispiel gegeben:

1. Sequenz

S	O	R	K	C _{kurz}	C _{mittel}
Anspannung	musk. Verspannungen automat. Gedanken	Alkoholtrinken Rückzug	Entspannung + innere Ruhe +		Schuldgefühle ⁺ Angst vor Entdeckung ⁺

2. Sequenz

S ^D	O	R	K	C _{kurz}	C _{mittel}
Entspannung und Angst (neg./pos.)	kognitive Dissonanz automat. Gedanken	vermehrtes Trinken		Entspannung + Dämpfung +	Schuldgefühle (neg.)- Rauschzustand +/-

Grundsätzlich müssten jetzt noch Informationen zum psychosozialen Status der Person (Auf wen bezogen hat sie Schuldgefühle?), der weitergehenden Situationsbedingungen (Trinkt sie morgens, mittags, abends?) und vieles anderes erhoben und dargestellt werden, um eine umfassende verhaltensanalytische Beschreibung einer eskalierenden Trinksituation einer Person zu bekommen. KANFER et al. (2006) haben dieses Vorgehen ausführlich in ihrem System-Modell menschlichen Verhaltens beschrieben; dieses stellt die Grundlage unserer verhaltensanalytischen Herangehensweise dar.

Im Rahmen der verhaltenstheoretischen Modellbildung wird jede Form des schädlichen Gebrauchs und der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen als gelerntes Verhalten betrachtet. Dabei macht es keinen grundlegenden Unterschied, ob diesbezüglich eine genetische Prädisposition angenommen wird, da dadurch lediglich die Relevanz bestimmter Reize bzw. Trigger verändert wird, nicht der zugrunde gelegte Lernprozess. Hinsichtlich der Lernmechanismen wird Bezug auf folgende grundlegende Lerntheorien genommen:

- Operantes Konditionieren (SKINNER 1973)
- Klassisches Konditionieren (PAWLOW 1953)
- Lernen am Modell (BANDURA 1976)
- kognitive Lerntheorien (BANDURA 1979; BECK et al. 1997; KANFER et al. 2006, LAZARUS 1984; TRETTER / MÜLLER 2001).

Ohne an dieser Stelle ausführlich auf die Grundlagen der verschiedenen Lerntheorien eingehen zu können, sollte kurz die suchtspezifische Relevanz der einzelnen Ansätze vorgestellt werden:

Das *operante Konditionieren*, auch als Lernen am Erfolg umschrieben, steht im Zentrum der Entwicklung einer Abhängigkeit, da in Übereinstimmung mit vielen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Grundlage für den wiederholten Konsum psychotroper Substanzen in der positiv erlebten Wirkung der Substanz zu sehen ist, also eine Verstärkung des Verhaltens erfolgt, also erneuter Konsum. Grundsätzlich wird dabei zwischen der positiven Wirkung (C+) und dem Wegfall einer negativen Bedingung (Wegfall von C-) unterschieden. Konkret kann eine Person primär die positiven Wirkungen von Ecstasy benennen, wie z. B. Glücksgefühle, oder auch die Unterdrückung negativer Bedingungen, wie z. B. die Überwindung von Hemmungen beim Tanzen. Abgeleitet aus diesem Steuerungsmechanismus wurde auch das Konzept der Selbstmedikation entwickelt, das, kurz gesagt, davon ausgeht, dass eine Gruppe von Konsumenten psychotroper Substanzen diese im Schwerpunkt benutzt, um vorher schon bestehende Einschränkungen, Symptome oder Probleme zu verändern bzw. zu ›behandeln‹. Es steht deshalb weniger eine Rauschidee im Vordergrund als die Veränderung negativer Zustände (vgl. auch die Ausführungen zur Komorbidität in Abschnitt 4.5.3).

Das *klassische Konditionieren* beschreibt im Schwerpunkt Vorgänge, in denen im Kontext von wiederholten Reiz-Reaktionsverbindungen ehemals neutrale situative Reize zu auslösenden Reizen werden können. Grundsätzlich ist dies bei allen wiederkehrenden Konsumsituationen psycho-

troper Substanzen möglich und die Grundidee ist, dass bei ausreichender Wiederholung ein situativer Hinweisreiz in der Lage ist, die Konsumreaktion auszulösen (wie z. B. bestimmte Musik, die immer in Konsumsituationen gehört wurde). Grundsätzlich können so Situationen von plötzlichem ›Suchtdruck‹ bei bestehender Abstinenzabsicht erklärt werden. Besonders in Konsumbereichen, die sich aufgrund ihrer Illegalität in subkulturellen ›Szenen‹ organisieren, wird davon ausgegangen, dass solche situativen ›Cues‹ eine wichtige Rolle bei der Auslösung von Rückfällen spielen. Deshalb weisen viele Programme zur Rückfallprävention explizit Übungen zur Entkopplung dieser konditionierten Verbindung auf, wobei aufgrund der hohen Individualisierung und auch Automatisierung dieser Reiz-Reaktionsverbindungen eine genaue Erfassung oft schwierig ist (vgl. auch ALTMANNBERGER 2004; FRANKE / SCHILDBERG 2004).

Das *Lernen am Modell* wird für die Erklärung verschiedener Phänomene im Bereich des Konsums psychotroper Substanzen herangezogen. Eine große Rolle spielt es bei der Analyse förderlicher und hinderlicher Sozialisationsbedingungen bei der Entwicklung einer Abhängigkeit (z. B. die Rolle kiffender Vorbilder, trinkender Väter und Mütter etc.), aber auch bei differenzierten Analysen der Wirkungserwartung, die zu Beginn des Konsums und oft auch in der chronischen Konsumphase abgekoppelt von der tatsächlich erlebten Wirkung erscheint (vgl. auch VOLLMER / KRAUTH 2001).

Aufbauend auf diesen grundlegenden Formen menschlichen Lernens erlebte die Verhaltenstheorie und -therapie seit den 1970er Jahren eine kognitive Wende. Es wurde erkannt, dass zwischen den auslösenden Reizen und der Reaktion des Menschen Kognitionen und Emotionen eine zentrale vermittelnde Rolle spielen, ohne deren Berücksichtigung menschliches Verhalten nur unzureichend erfasst wird (vgl. BANDURA 1979). Zusätzlich fanden viele Ergebnisse der kognitiven und experimentellen Psychologie und der Sozial- und Ökopsychologie Eingang in die Modellbildung (vgl. KANFER et al. 2006). Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Darstellungen zur verhaltenstheoretischen Modellbildung in der Suchtforschung, indem sowohl TRETTER / MÜLLER (2001) als auch BÜHRINGER / METZ (2009) zu der Einschätzung gelangen, dass die kognitiven Modelle den derzeitigen »state of the art« der Theorienbildung darstellen.

Dabei charakterisieren TRETTER / MÜLLER (2001) die kognitive Modellierung als auf den grundlegenden Lernprozessen aufbauend mit einer »Betonung der Rolle von Wahrnehmung, Erwartung, automatisierten Denkabläufen, Bewertungsprozessen und intentionalen Handlungsplänen bei der Entwicklung und Steuerung von Verhalten, somit auch der Drogensucht«. Besonders der Bereich der Erwartungsbildung wurde, ausgelöst durch das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung von BANDURA (1979), ausführlich erforscht und nimmt derzeit eine zentrale Stellung bei der Formulierung von Veränderungszielen in der Suchtbehandlung ein. Kurz gefasst besagt dieses Konstrukt, dass die Verhaltenswahrscheinlichkeit einer spezifischen Reaktion maßgeblich vom Wissen um die effektive Zielerreichung durch das Verhalten und von der Einschätzung der persönlichen Ausführbarkeit des Verhaltens bestimmt wird. Das Zutrauen in die eigene Fähigkeit, entsprechende Verhaltensweisen zu zeigen, variiert natürlich je nach Situation, allerdings kommt es im Kontext der Suchtentwicklung häufig zu generalisierten Einschätzungen der eigenen Selbstwirksamkeit. Weiterhin gibt es ein ganzes Bündel sozialpsychologischer Konstrukte, die in diesem Kontext berücksichtigt werden, wie z. B. die Attributionstheorie oder der self-handicapping-Ansatz (vgl. ausführliche Kapitel in MARGRAF / SCHNEIDER 2009, Bde. 1 und 2).

Als integrative Modelle bezüglich des Bereichs der Abhängigkeitsentwicklung werden derzeit das kognitive Modell der Substanzstörung von BECK et al. (1997) und das Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung von FEUERLEIN et al. (1998) sowie seine Weiterentwicklung durch TRETTER (1998; 2000) bzw. TRETTER / MÜLLER (2001) diskutiert (vgl. hierzu auch BÜHRINGER / METZ 2009). Diese Modelle stellen den heuristischen Rahmen für das vorliegende Behandlungskonzept dar, da eine stringente theoretische Ableitung noch nicht möglich ist. Allerdings liegen für Teilaspekte der Modellierungen ausreichende empirische Evidenzen vor.

BECK et al. (1997) gehen in ihrem kognitiven Modell davon aus, dass es bei Erfassung und Veränderung beobachtbarer Verhaltensweisen zwischen der Auslösersituation (z. B. Gefühle der Einsamkeit) und der beobachtbaren Reaktion (z. B. Trinken von Alkohol) eine ganze Reihe kognitiver und affektiver Prozesse gibt, die berücksichtigt und verstanden werden müssen, um die Gesamtsituation verändern zu können. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass es, bezogen auf die Auslösersituation, »generalisierte Grundannahmen« der Person gibt, die von spezifischen emotionalen Prozessen begleitet werden (»Ich bin nichts wert«; depressive Gefühle). Dies löst weitere »automatische Gedanken« aus, die wiederum »kompensatorische Strategien« (»Etwas trinken wäre gut«) und entsprechende Gefühle evozieren, wobei die affektive Ebene oft von ambivalenten Gefühlen geprägt ist (Verlangen und Angst / Scham). Kommen dann noch »erlaubende Gedanken« dazu, ist das Trinken von Alkohol sehr wahrscheinlich.

Dieser schematisch dargestellte Prozess stellt ein Ergebnis oft wiederholter Handlungserfahrung dar, integriert die weiter oben beschriebenen basalen Lernprozesse und interagiert mit der Extraktion generalisierter Überzeugungen aus anderen Erfahrungsbereichen.

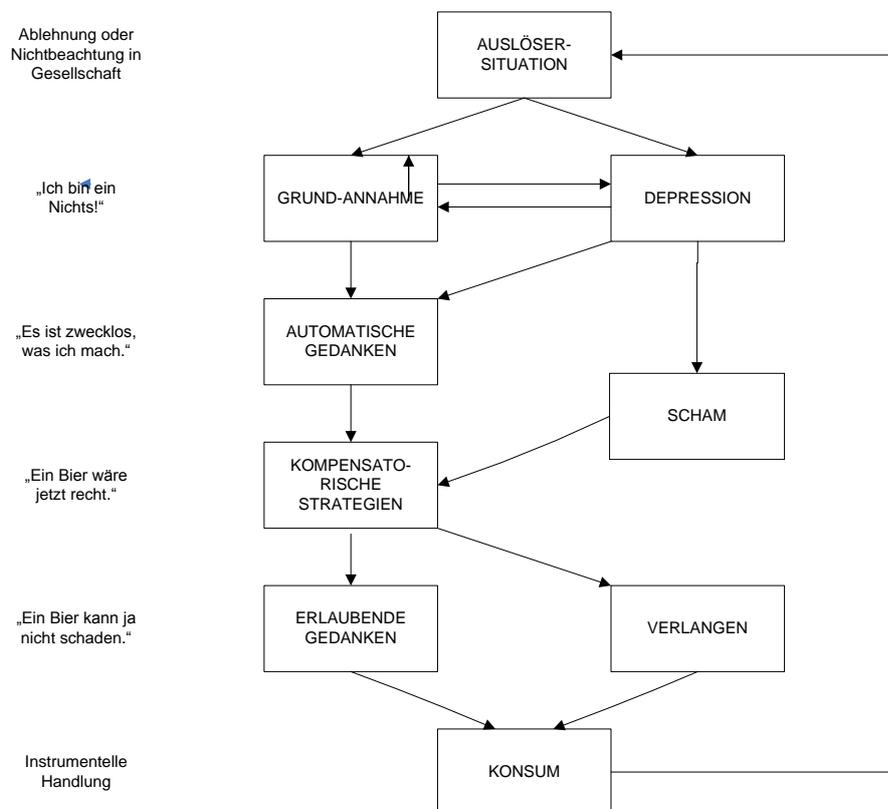


Abb. 3:

Modell der Suchtentwicklung von BECK et al. (1998) nach TRETTER / MÜLLER 2001, 55.

Als weiteres Modell wird das Drei-Faktoren-Modell der Suchtentstehung von FEUERLEIN et al. (1998) und seine Weiterentwicklungen von TRETTER (1998; 2000) bzw. TRETTER / MÜLLER (2001) beschrieben. TRETTER / MÜLLER selbst sehen diese Modellierung als »allgemeines Rahmenmodell für die klinische Praxis, dass alle Aspekte, also die biologischen, die psychologischen und die sozialen Faktoren gemeinsam berücksichtigt« (aaO 61).

Dabei wird nach FEUERLEIN et al. (1998) die Sucht gesehen als Ergebnis einer länger währenden Wechselwirkung von Merkmalen

- der *Person* (z. B. genetische Risikofaktoren wie suchtkranke Eltern oder psychische Risikofaktoren wie Belohnungsabhängigkeit oder exzessive Neugierde)
- der *Umwelt* (Risikokonstellationen im sozialen Umfeld wie einfache Zugänglichkeit zu psychotropen Substanzen) sowie
- der *Droge* (spezifische Beschaffenheit der jeweiligen psychotropen Substanz)

TRETTER / MÜLLER ergänzen das Modell um eine ökologische Dimension, die die Beziehungen der drei Grundgrößen Person, Droge und Umwelt zum Ausgangspunkt nimmt und die Wechselwirkungen dieser Variablen analysiert: »Mit anderen Worten gesagt, wird die unzulängliche Passung zwischen Merkmalen der Person und der Umwelt als Ursache von Spannungen angesehen, die durch den Drogenkonsum subjektiv gemindert werden« (aaO 63). Weiter kann diese Modellierung zum Ausgangspunkt für weitere Differenzierungen genutzt werden, die den Ausbau eines Strukturmodells ermöglichen. Der Faktor Umwelt kann etwa personenbezogenen aufgegliedert werden nach Lebensbereichen (wie Arbeit, Familie, Freizeit, Wohnen etc.) und den darin zu findenden personellen und sozialen Bezugsgrößen und typischen Interaktionsbeschreibungen.

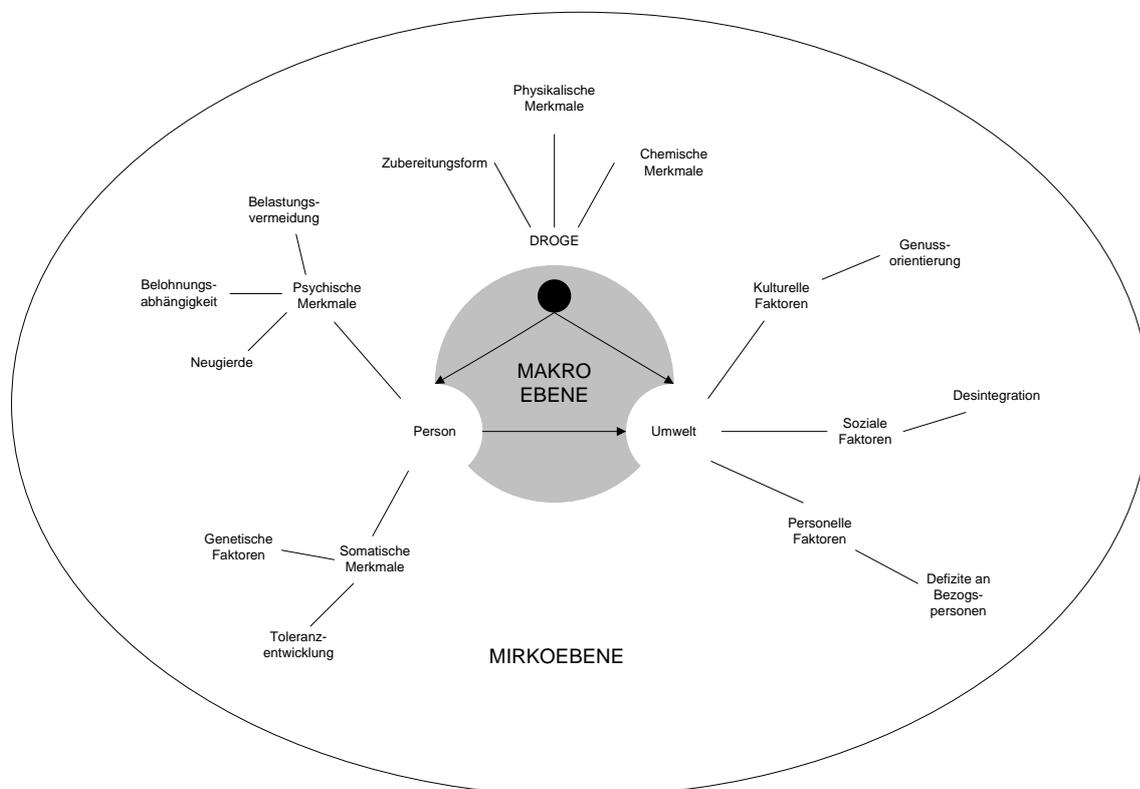


Abb. 4:

Drei-Faktoren-Modell der Sucht von FEUERLEIN et al. 1998 mit seiner Erweiterung durch TRETTER / MÜLLER 2001, 62

Im Rahmen eines Perspektivenwechsels auf die Person formulieren TRETTER / MÜLLER zusätzlich eine prozessorientierte Betrachtung mit vier wichtigen Parametern:

- die *Lebensbedingungen* als konkrete Konstellation der Umweltfaktoren, die als Ist-Werte wirken und mithilfe des Strukturmodells beschrieben werden können
- das *Lebenskonzept* als Gefüge von Soll-Werten, die die Handlungsplanung darstellen
- das *Lebensgefühl* als zentrale, aus dem Ist- Soll-Wert Vergleich resultierende psychische Variable
- der *Lebensstil* als komplexes Handlungsmuster und wichtiger Beschreibungsparameter des Lebensgefühls

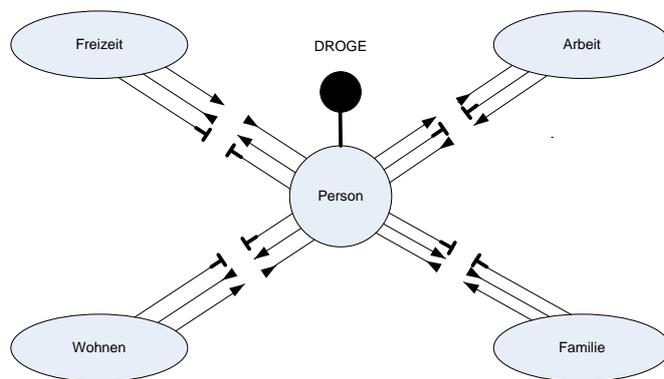


Abb. 5:
TRETTER / MÜLLER 2001, 63

Schließlich wird noch auf einen wichtigen Beitrag der systemtheoretischen Forschung zur Entstehung und Aufrechterhaltung verwiesen (vgl. TRETTER / MÜLLER 2001), der in der Einführung der zirkulären Kausalität und der ausführlichen Analyse von Regelkreissystemen in der menschlichen Interaktion besteht (vgl. auch SCHIEPEK 1999). Der Bezug zur Suchtbeschreibung wird deutlich, wenn man die Thematisierung von »Teufelskreisen der Sucht« als Beispiele entsprechender systemtheoretischer Analysen auffasst. So sprechen heroinabhängige Menschen oft davon, dass sie wegen der Entzugssymptome weiter Heroin konsumieren und gleichzeitig haben sie Entzugssymptome, weil sie Heroin konsumieren. Oder: Eine Person trinkt Alkohol, weil sie sich einsam fühlt; einsam fühlt sie sich aber, weil sie sich von ihrer Umwelt abgewertet fühlt. Gefragt danach, warum die anderen sie abwerten, wird geantwortet: »weil ich trinke«.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Erklärung süchtiger Verhaltensweisen nur auf der Basis eines komplexen Modells möglich ist, welches biologische, personenbezogene, umweltbezogene, substanzbezogene und gesellschaftliche Prozesse und Strukturen aufeinander bezieht. Als Grundlage für die gesamte Problemgenese ist dabei die positive Wirkung der jeweiligen psychotropen Substanz zu betrachten. Diese lässt sich neurobiologisch beschreiben, erklärt aber nicht allein die weitere Entwicklung. Auf der Basis der operanten Konditionierung kommt es zu einer Wiederholung des Konsums, wobei an dieser Stelle schon Wirkungserwartungsprozesse eine Rolle spielen. Im Kontext der jeweiligen chemischen, persönlichen, familiären und sozialen Bedingungsfaktoren werden die Effekte eher gedämpft oder gefördert und das Konsumverhalten breitet sich in Menge, Dauer, Häufigkeit und Intensität aus. Dazu setzen Regelkreisprozesse der Toleranzbildung und Dosissteigerung ein. Prozesse der Stimuluskonditionierung verstärken sich und

kritisch ist die Frage, ob eine weitere Funktionalisierung des Konsums eintritt (trinken, um zu vergessen; kiffen, um endlich abzuschalten). Gleichzeitig steigt durch die Toleranzbildung-Dosissteigerung-Spirale die Auftretenswahrscheinlichkeit negativer Konsequenzen des Konsums psychotroper Substanzen, die ein ganzes Bündel kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Veränderungen bei der Person nach sich ziehen und zu chronischen Veränderungen in den kognitiven und auch neuronalen Strukturen führen. Das gesamte Verhaltensrepertoire der Person orientiert sich zunehmend an der Aufrechterhaltung des Substanzkonsums und die negativen Konsequenzen in allen anderen Lebensbereichen nehmen so stark zu, dass die Aktivität und Teilhabe der Person in wesentlichen Lebensbereichen beeinträchtigt ist. In dieser Situation wird in der Regel von einer Sucht gesprochen und möglicherweise eine Veränderung angestrebt.

4.5 Theoretische Konzepte bezüglich Genese und Umgang mit Rückfällen

Kaum ein anderer Erfahrungsbereich hat auf allen betroffenen Ebenen zu solchen Kontroversen geführt wie die Frage nach den Ursachen und Folgen von Rückfällen bei abhängigen Menschen (vgl. auch KÖRKEL 2001; KÖRKEL / KRUSE 2000). Interessant ist es, über die Ursachen dieser Aufregung zu spekulieren, wobei ein Erklärungszugang möglicherweise in der Frage zu finden ist, wie viel Verantwortung der betroffenen Person für die Entwicklung und die Aufrechterhaltung des Problems zugeschrieben wird. Dabei gehören abhängige Menschen häufig in der Wahrnehmung anderer Personen zu den Selbstverursachern, wohingegen die depressiven oder ausgebrannten Personen eher als Opfer und die psychotischen Personen eher als genetisch gestört beurteilt werden. Empirische Daten belegen allerdings, dass diese Personen mindestens genauso häufig rückfällig im Sinne eines erneuten Auftretens ihrer Erkrankungssymptome werden wie abhängige Menschen (vgl. KÖRKEL 2001).

Zum Zweiten ist im Suchtbereich häufig die Veränderungsbereitschaft als eine kritische Variable zu betrachten. So stellen BÜHRINGER / METZ fest, »ein auffälliges Merkmal von Abhängigen ist die Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach erneutem Substanzmissbrauch und Abstinenz« (2009, 354). Dabei begründen sie diesen Wunsch primär über die erwartete positive Wirkung der Substanz. Allerdings scheint dazu auch eine genauere Analyse des Zustandekommens der Behandlungsmotivation notwendig, die nicht immer auch mit einer Veränderungsmotivation gleichzusetzen ist, da die Rehabilitationen von abhängigen Menschen sehr oft in »Zwangskontexten« stattfinden, die keinen unmittelbaren Rückschluss auf den Inhalt des persönlichen Veränderungswunsches zulassen.

Als drittes hat die Illegalität vieler psychotroper Substanzen und die oft intensiven Erfahrungen der abhängigen Menschen in der Geheimhaltung ihrer tatsächlichen Absichten eine Atmosphäre des Misstrauens und der Kontrolle geschaffen.

Viertens muss auch über das Dogma der Substanzabstinenz als alleinige Lösungsmöglichkeit im Kontext der Rehabilitation abhängiger Menschen gesprochen werden, da sich viele Diskussionen an dieser Setzung entzünden. Da diesbezüglich sehr unterschiedliche wissenschaftliche, politische, rehabilitative und ideologische Stellungnahmen existieren, würde eine ausführliche Diskussion an dieser Stelle leider zu weit führen. Außerdem wird in der Rehabilitation von Abhängigen bis auf den Substitutionsbereich noch ausschließlich mit dem Abstinenzkriterium gearbeitet.

Und schließlich wird »der Rückfall« oft zum Prüfstein für die Effektivität der durchgeführten Maßnahme erhoben und führt zur Vermengung verschiedener Beurteilungsebenen.

Anhand dieser fünf Reflexionspunkte wird deutlich, dass es sich bei der Erklärung, Bewertung und praktischen Bearbeitung von Rückfällen um ein komplexes Geschehen handelt, zu dem jede Rehabilitationseinrichtung einen Standpunkt beziehen muss.

Suchthistorisch lässt sich in den letzten 30 Jahren eine deutliche Liberalisierung in der Beurteilung von Rückfällen in der Behandlung von abhängigen Menschen finden, die wir sehr begrüßen und die durch zwei theoretische Entwicklungen maßgeblich beeinflusst wurde:

Zum einen wurde durch das transtheoretische Modell der Veränderung von PROCHASKA / DICLEMENTE (1983) der Fokus auf die Dynamik der Veränderungsbereitschaft abhängiger Menschen gelegt. Dabei haben sie folgende sechs Stufen formuliert:

- *Stadium der Absichtslosigkeit* –
es besteht beim Konsumenten noch kein Problembewusstsein
- *Stadium der Absichtsbildung* –
der Konsument macht sich erste Gedanken und beginnt den Konsum auch als Problem zu erleben
- *Stadium der Vorbereitung* –
es entstehen Wünsche nach Veränderung des Konsumverhaltens
- *Stadium der Handlung* –
eine Abstinenz wird hergestellt, aber liegt noch nicht länger als sechs Monate vor
- *Stadium der Aufrechterhaltung* –
die Abstinenz liegt schon länger als sechs Monate vor
- *Stadium des Rückfälligseins* –
es gibt eine erneute Konsumsituation der Substanz.

Die Autoren konzipierten dieses Modell als Kreisprozess, der in der Regel bei den betroffenen Menschen mehrere Durchläufe erlebt, bis tatsächlich eine längerfristige Abstinenz eintritt. Insgesamt sensibilisiert diese Betrachtungsweise für eine differenzierte Wahrnehmung der Veränderungsbereitschaft bei den betroffenen Menschen und erzeugt realistischere Erwartungen hinsichtlich der Wirksamkeit von Veränderungsinterventionen.

Zum anderen stellte das kognitiv-behaviorale Modell des Rückfallprozesses von Marlatt (MARLATT 1985; DERS. 1996; MARLATT / GORDON 1985) einen Meilenstein in der Auseinandersetzung mit dem Rückfallgeschehen bei abhängigen Menschen dar:

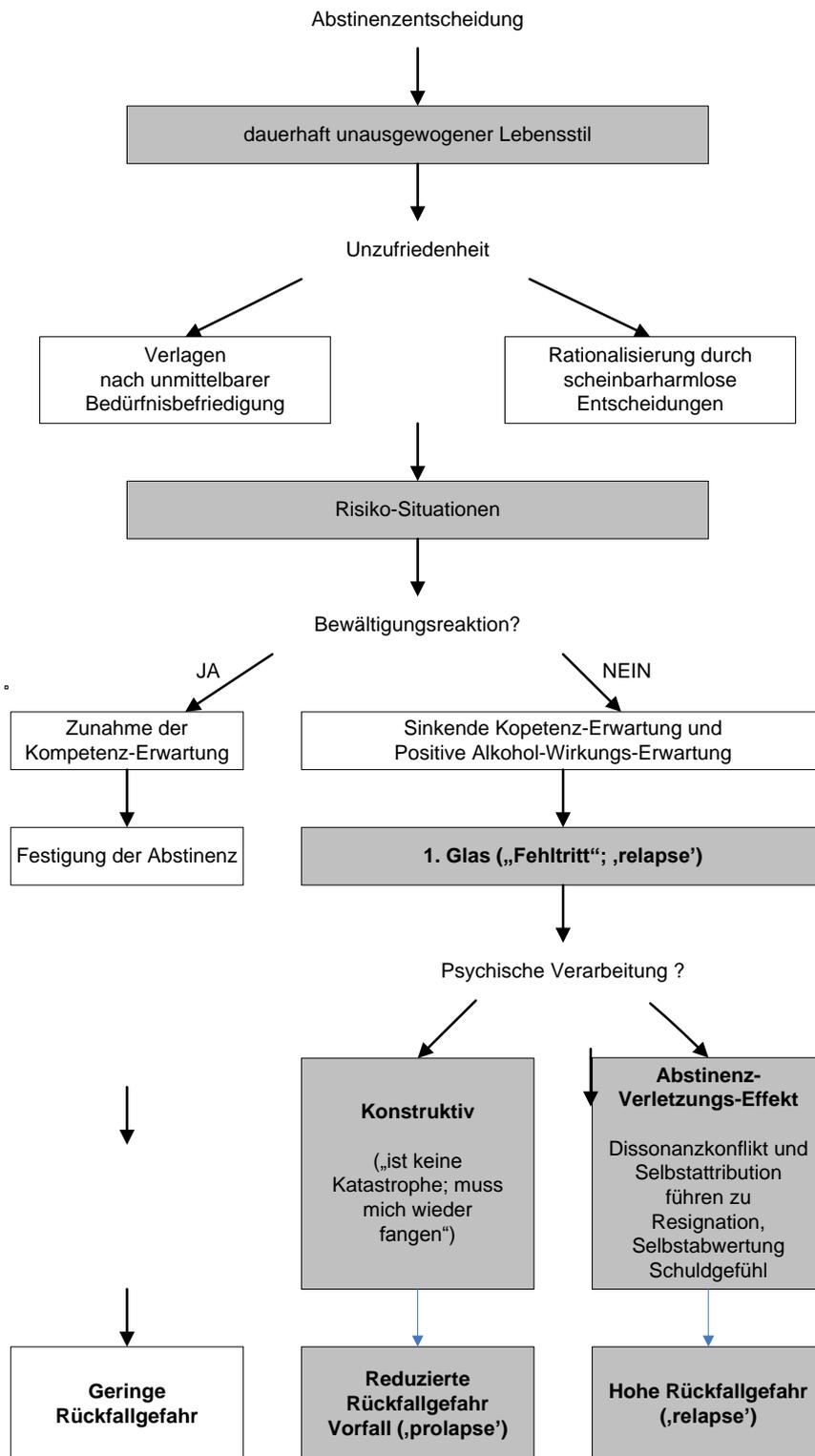


Abb. 6:
Rückfallmodell nach MARLATT / GORDON 1985 in Adaption von ALTMANNBERGER 2004, 23

Dieses Modell führte dazu, wesentliche Aspekte eines Rückfalls neu und genauer betrachten zu können. Als erstes ist postuliert worden, dass es bei jedem Rückfall einen vorlaufenden Prozess gibt, den es genau und individuell zu erfassen gilt. Als zweites ist eine differenzierte Definition für Rückfälle eingeführt worden, die zwischen dem einmaligen oder sehr zeitbegrenzten Konsum der psychotropen Substanz (»lapse«), einem fortgesetzten Konsum (»relapse«) und einem konstruktiv bewältigten Konsum bzw. lapse (»prolapse«) unterscheidet. Als drittes ist dargestellt worden, dass es nach dem Substanzkonsum hoch relevante kognitiv-emotionale Prozesse zu erfassen gilt, die entscheidend für die weitere Problementwicklung der betroffenen Person sein können. Viertens ist deutlich geworden, dass ein Rückfall eine intensive Bearbeitung erfordert, um daraus positive Anregungen für die neuerliche Abstinenzstabilisierung der Person abzuleiten. Und schließlich hat dieses Modell viele Forschungsbemühungen und praktische Veränderungen in der Arbeit mit Abhängigen initiiert (vgl. zusammenfassend dazu ALTMANNBERGER 2004; BÜHRINGER / METZ 2009; KÖRKEL 2001), die sich in den oben beschriebenen Veränderungen in der praktischen Arbeit mit Rückfällen widerspiegeln. Deshalb wird dieses Modell auch als tragend für die vorliegende Konzeption herangezogen.

4.6 Konsequenzen des verhaltenstheoretischen Modells süchtiger Verhaltensweisen für die psycho- und sozialtherapeutische Behandlung abhängiger Menschen

Grundsätzlich haben die bisherigen Ausführungen zur Genese und Aufrechterhaltung abhängiger Verhaltensweisen aus dem Blickwinkel der Verhaltenstheorie und kognitiven Psychologie ein komplexes Bild entstehen lassen. Dieses Bild legt unter anderem zwei Feststellungen nahe:

1. Die dargestellte Theorienbildung ist deutlich kompatibel mit den Modellkomponenten des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells der ICF und den Schwerpunkten auf der Beseitigung der Einschränkungen bei der Aktivität und Teilhabe im Erwerbsleben und im Alltag.
2. Es bleibt allerdings die Frage bestehen, in welcher Form diese theoretischen Betrachtungen Eingang in die praktische Arbeit finden können.

Deshalb sollen abschließend drei wesentliche Konsequenzen der dargestellten theoretischen Entwicklungen für die Behandlung abhängiger Menschen dargestellt werden, um dann im nächsten Kapitel die konkreten Umsetzungen dieser Ideen in unserem Konzept der ambulanten Rehabilitation abhängiger Menschen zu beschreiben. Grundlage für den gesamten Diagnose- und Rehabilitationsprozess bilden dabei alle verhaltenstherapeutischen Vorgehensweisen und Methoden, die aufgrund der Vielfalt an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden können (zur ausführlichen Darstellung vgl. MARGRAF / SCHNEIDER 2009, Bde. 1 und 2).

BÜHRINGER / METZ (2009) benennen drei zentrale Auswirkungen der Entwicklungen der Verhaltenstheorie auf die Behandlung abhängiger Menschen, die zusätzlich zu der Verwendung verhaltenstherapeutischer Standardmethoden von spezifischer Wichtigkeit erscheinen:

1. die Klärung und Förderung der Behandlungsmotivation
2. die Durchführung von Rückfallprävention
3. die Behandlung der somatischen, emotionalen und sozialen Störungen, die als Folge der Substanzstörung in sehr unterschiedlichem Ausmaß auftreten können, sowie der komorbiden Störungen

Im Folgenden wird skizziert, in welcher Form diese Punkte in der vorliegenden Konzeption integriert worden sind.

4.6.1 Die Klärung und Förderung der Behandlungsmotivation

Hier werden die Erfahrungen aufgegriffen, dass sich im Kontext der Beratung und Behandlung von Menschen, die psychotrope Substanzen konsumieren, häufig Situationen finden, die sich von vielen anderen Behandlungsbereichen psychischer Gesundheit deutlich unterscheiden:

- Viele Personen zeigen sich deutlich ambivalent hinsichtlich der Frage, ob sie den Konsum der psychotropen Substanz(en) tatsächlich einstellen wollen
- Häufig gibt es externe Veranlassungen für die ersten Beratungskontakt, die als Zwangskontext aufzufassen sind wie z. B. Bewährungsaufgaben, Führerscheinentzug mit MPU-Auflage, drohender oder vollzogener Arbeitsplatzverlust, eheliche Krisen etc.
- Der Beratungsprozess muss wesentliche Voraussetzungen für die Behandlung schaffen wie z. B. die akute Symptomfreiheit (d. h. die psychotrope Substanz nicht weiter zu konsumieren), die im eigentlichen Sinne als zentrale Aufgaben der Behandlung bzw. Rehabilitation aufzufassen sind; somit findet eine Vermengung von Beratung und Behandlung statt, die verschiedene Probleme erzeugt
- Die zumeist geforderte akute Symptomfreiheit als Behandlungsvoraussetzung unterscheidet die Behandlung abhängiger Menschen von allen anderen Behandlungen psychischer Störungen
- Im Behandlungsprozess werden aufgrund der Abstinenzkriterien (die oft externen Ansprüchen genügen müssen, z. B. dem Gericht) Behandlung und Kontrolle vermengt
- Aufgrund der multiplen Konsequenzen süchtigen Verhaltens spielen Verheimlichung, Misstrauen, Scham und Schuld eine erhebliche Rolle in der Beziehungsgestaltung zu anderen Menschen
- Rückfälle in das alte Problemverhalten werden vielschichtig bewertet und führen mitunter zur Behandlungsbeendigung

Diese Liste ließe sich noch um einiges verlängern, macht aber auch so deutlich, dass die therapeutische Beziehungsgestaltung von hervorgehobener Bedeutung ist. Oben wurde schon das Phasenmodell der Veränderungsbereitschaft von PROCHASKA / DICLEMENTE (1983) sowie das Modell zur Rückfallbearbeitung von MARLATT (1985; 1996) beschrieben, welche beide die Bedeutung der Motivationsklärung hervorheben, sodass an dieser Stelle noch auf zwei weitere Aspekte eingegangen werden soll: die Beratung abhängiger Menschen als integrierter Teil der Rehabilitation und das grundlegende Modell der therapeutischen Beziehungsgestaltung.

4.6.1.1 Die Beratung abhängiger Menschen als integrierter Teil der Rehabilitation

Die Arbeit mit abhängigen Menschen muss grundsätzlich als integrierter Gesamtprozess betrachtet und durchgeführt werden, an dem verschiedene Berufsgruppen aus dem medizinischen und psychosozialen Spektrum beteiligt sind. Es finden verschiedene Phasen statt (Vorbereitungs- bzw. Motivationsphase, Entzug, stationäre und / oder ambulante Rehabilitation, Adaption, Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation, Nachsorge, Betreuung), die in ihrem Bezug aufeinander deutlich variieren können und die oft beinhalten, dass sich die betroffene Person auf ganz unterschiedliche Bezugspersonen einstellen muss.

Im Kontext der dargestellten theoretischen Entwicklungen ist es aus unserer Sicht als ambulante Einrichtung unbedingt notwendig, den Teil des Beratungsprozesses, der sich nach der Absichts-

bildung zur Vorbereitung der Abstinenz (Stufe 3 zu 4; vgl. PROCHASKA / DICLEMENTE 1983) bewegt, als integralen Teil der Rehabilitation zu betrachten. Hier werden grundlegende Arbeitsbeziehungen aufgebaut, zentrale Aspekte der Veränderungsmotivation im Kontext der Entwicklungsstände in den verschiedenen Lebensbereichen der betroffenen Person erfasst und auch diagnostische Bewertungen vorgenommen. Außerdem werden Menschen bei der Herstellung der Abstinenz begleitet und gemeinsam Pläne entwickelt, diesbezügliche Probleme zu bewältigen. Damit finden wesentliche Aspekte der Motivationsklärung und des therapeutischen Beziehungsaufbaus schon während der ›Beratungsphase‹ statt. Deshalb sollten auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in diesem Aufgabenbereich entsprechend geschult sein und die durch den Prozess der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben und entsprechenden Kostenübernahmen notwendigerweise künstliche Trennung zwischen Beratung und Rehabilitation im Sinne der kompetenten Unterstützung der betroffenen Menschen relativieren. Aus verhaltenstheoretischer Sicht beginnt Therapie beim ersten Klärungsgespräch bezüglich möglicher Veränderungswünsche. Unabhängig von der Frage der Kostenübernahme, die an dieser Stelle nicht diskutiert werden soll.

4.6.1.2 Grundmodell der therapeutischen Beziehungsgestaltung

Als grundlegendes Modell zur Gestaltung des therapeutischen Prozess in der Verhaltenstherapie wird häufig das 7-Phasen-Modell von KANFER et al. (2006) im Rahmen der Formulierung ihres Modells der Selbstmanagementtherapie herangezogen. Diesbezüglich greifen BÜHRINGER / METZ (2009) im Besonderen die ersten vier Phasen des Modells auf (nach KANFER et al. 1991, 151, leicht gekürzt):

Phase 1: Schaffung günstiger Ausgangbedingungen

Ziele: Rollenstrukturierung, Bildung einer kooperativen Arbeitsbeziehung, Beginn der ersten problembezogenen Informationssammlungen, Gestaltung der ›äußeren‹ Behandlungssituation, erste Veränderungsüberlegungen.

Phase 2: Aufbau von Veränderungsmotivation und erste Auswahl von Veränderungsbereichen

Ziele: Reduktion von negativen Selbstverbalisierungen, Abwertungen, Gefühlen der Hoffungslosigkeit, Anwendung der Ziele- und Werteklä rung, Einsatz spezieller Motivierungstechniken etc.

Phase 3: Verhaltensanalyse

Ziele: Situative Verhaltensanalyse von der Makro- zur Mikroebene, kontextuelle Verhaltensanalyse, gemeinsame Erstellung eines vorläufigen funktionalen Bedingungsmodells und Förderung der Veränderungsmotivation durch die Einsicht in diese Zusammenhänge.

Phase 4: Vereinbaren therapeutischer Ziele

Ziele: Klären von Therapiezielen, gemeinsame Zielanalyse und Prioritätensetzung, Übernahme der Verantwortung für die Erreichung der Ziele durch den/die Klient/in.

Ergänzt wird dieses Modell von einer ganzen Reihe spezifischer kognitiver Verfahren zur Motivationsförderung, die bei BÜHRINGER / METZ (2009, 362) nachzulesen sind.

Auf der Basis dieses Modells zur strukturierten Gestaltung einer positiven therapeutischen Beziehung im Rahmen der Arbeit mit abhängigen Menschen möchten wir noch auf spezifische Konzepte der Gesprächsgestaltung verweisen, denen wir uns in unserer Arbeit verpflichtet fühlen, die je-

doch je nach Situation, Klient/-in und Mitarbeiter/-in in unterschiedlichem Ausmaß Eingang in die Arbeit finden.

Da ist zum einen das Konzept der motivierenden Gesprächsführung von MILLER / ROLLNICK (2009) zu nennen, das eine intensive Rezeption im deutschsprachigen Raum erlebt hat. An dieser Stelle seien nur kurz dessen vier wesentlichen Prinzipien benannt:

1. der *Ausdruck von Empathie*, der reflektierendes Zuhören und grundsätzlich Respekt gegenüber den grundlegenden persönlichen Ansichten des Gesprächspartners respektive der Gesprächspartnerin beinhaltet
2. die *Entwicklung von Diskrepanzen*, um durch das Herausstellen von Unterschieden zwischen den gegenwärtigen Verhalten und wichtigen Zielen der Person Argumente für eine Veränderung zu erzeugen
3. *Widerstand aufnehmen* als grundsätzlicher Respekt gegenüber den Bedenken und Befürchtungen der Gesprächspartnerin respektive des Gesprächspartners bezüglich möglicher Veränderungen. (Damit soll die Basis der freien Entscheidung des Gegenübers für oder gegen Veränderung betont werden.)
4. die *Förderung der Selbstwirksamkeitserwartung*, die als zentrale Variable für die Entwicklung einer Veränderungsbereitschaft dient. (Die gesamte Gesprächsführung soll auf die Förderung dieser Erwartung ausgerichtet sein.)
(nach BÜHRINGER / METZ 2009, 361, gekürzt)

Zum anderen ist auf das gesamte Spektrum der Fragetechniken der systemischen Therapie zu verweisen, das sich mittlerweile zu einem universellen Fundus für alle therapeutische Ansätze entwickelt hat. (vgl. LIEB 2009; SCHMIDT 1996; DERS. 2004; SCHWEITZER / V. SCHLIPPE 2006; DIESS. 2009).

SCHWEITZER / V. SCHLIPPE (2009) formulieren diesbezüglich eine Reihe von Kernkompetenzen der systemischen Therapie, die aus unserer Sicht noch einmal verdeutlichen, dass es bezüglich der Behandlung abhängiger Menschen intensive Berührungspunkte gibt. Diese sollen hier kurz benannt werden.

1. *Fokus auf Kommunikation* –
Psychische und körperliche Prozesse sind nur indirekt Ziel ihrer Interventionen
2. *Mehrpersonensettings* –
Die systemische Therapie ist historisch aus der Arbeit mit mehreren Personen entstanden und sehr versiert darin, im Therapieverlauf Settings zu wechseln
3. *Kontext- und Auftragsklärung* –
Die Umwelt, in der ein Problemverhalten definiert ist (Familie, Vorbehandler, Arbeitgeber etc.), wird betrachtet und bei der Auftragsklärung berücksichtigt
4. *Achtung vor der Autonomie des zu behandelnden Systems* –
Bei dieser Sichtweise kann das zu behandelnde System als Einzelperson, Ehe, Familie oder auch in größeren Einheiten betrachtet werden und grundsätzlich wird deren Autonomie als Grundlage der Veränderungsbemühungen herangezogen

5. *Wertschätzung* –
Gemeint ist Wertschätzung als ein Bemühen, für alle am Veränderungsprozess beteiligten Personen wertschätzende Beschreibungen zu finden – gemäß dem Motto: Lösungen haben nur dann Bestand, wenn alle etwas gewinnen
6. *Veränderungsoptimismus und positive Akzeptanz der Nichtveränderung* –
Es findet sich eine starke Orientierung darauf, dass Veränderung möglich ist und oft schneller passieren kann, als man es erhofft, glaubt oder befürchtet hat. Auch die Nichtveränderung wird als Teil der Bemühungen positiv beschrieben und als Ressource aufgefasst
7. *Verflüssigung einengender Überzeugungen, Glaubenssätze und Krankheitstheorien* –
Diese Haltung bildet sich in dem Grundsatz ab, gegenüber den Menschen Respekt zu gewährleisten, aber gegenüber jedweder Idee und Überzeugung kritisch zu sein und sie in Frage zu stellen
8. *Betonung dessen, was möglicherweise sein könnte, gegenüber dem, was wirklich ist* –
Hier spiegelt sich der Einfluss lösungsorientierter Konzepte, die darauf fokussieren, was ein Mensch erreichen möchte und wie er es realisieren kann, statt nach dem Warum und der Vergangenheit des Problems zu forschen
9. *Fokus auf Kooperation* –
Mit allen Beteiligten soll eine Kooperationsbeziehung entwickelt werden, in der der Behandler eher als kompetenter und freundlicher Moderator und Veränderungsbegleiter gesehen wird
(nach SCHWEITZER / V. SCHLIPPE 2009, 39f., gekürzt)

Auch wenn man als Verhaltenstherapeut/-in nicht allen der formulierten Stärken zustimmen wird und manches auch eher zu allgemeinen Bestandteilen einer psychotherapeutischen Arbeit geworden ist (vgl. GRAWE 1998; GRAWE et al. 1994), zeigen die verschiedene Punkte einen deutlichen Bezug zur Behandlungssituation von abhängigen Menschen auf und die Fülle der Methoden und Zugänge wird als sinnvolle Ergänzung für das verhaltenstheoretische Modell betrachtet.

4.6.2 Die Durchführung von Rückfallprävention

Die Basis für die Durchführung von Maßnahmen der Rückfallprophylaxe und der Bearbeitung eines Rückfallgeschehens, wenn es eingetreten ist, stellt das weiter oben beschriebene kognitiv-behaviorale Modell von MARLATT (1985; 1996) dar. Zentrale Bestandteile des Vorgehens lassen sich in vier Stufen einteilen:

1. Erarbeitung eines Lebensstils, der balanciert ist und kritische Auslöser vermeidet
2. Modifizierung der Auslöserqualität (Löschung im Sinne des klassischen Konditionierens)
3. Aufbau alternativer Verhaltensweisen zum Umgang mit nicht vermeidbaren Auslösern
4. Maßnahmen zur Aufarbeitung einer Konsum- bzw. Rückfallsituation, um den Konsumprozess zu unterbrechen bzw. die Abstinenz wieder zu stabilisieren

Bezüglich der Umsetzung dieser vier Bestandteile einer Rückfallprävention und -bearbeitung gibt es mittlerweile eine ganze Reihe strukturierter Trainingsmanuale und -techniken für den Alkoholbereich und auch für den Bereich der illegalen Substanzen (besonders Opiate und Cannabis), die

in unseren Einrichtungen standardmäßig Anwendung finden (vgl. dazu ALTMANNBERGER 2004; FRANKE / SCHILDBERG 2004; HOCH et al. 2011; KÖRKEL / SCHINDLER 2003).

Aber auch in unseren Einrichtungen ist trotz der Durchführung dieser Manuale der Ausrutscher / Rückfall / Vorfall ein stets gegenwärtiger Teil unserer Arbeit und wird gemäß der grundlegenden Modellvorstellungen von MARLATT in Form einer schnellen, intensiven und ausführlichen Krisenintervention bearbeitet. Dabei stehen zunächst die Beendigung des Substanzkonsums und die eventuelle Einleitung weiterer Maßnahmen zum Schutz bzw. zur Unterstützung der betroffenen Person (Entgiftung, stationäre Behandlung etc.) im Vordergrund. Konnte die Abstinenz bereits wieder hergestellt werden, wird gemeinsam eine möglichst detaillierte Analyse des Rückfallgeschehens im Einzel- und Gruppensetting begonnen. Diese erfolgt nach den Regeln einer respektvollen Kommunikation zur weiteren Stabilisierung der Abstinenz und als Möglichkeit, einen intensiven Lernprozess zu initiieren, damit es die Person schafft, zukünftig ihren Wunsch nach einem neuerlichen Substanzkonsum besser zu kontrollieren. Alle weiteren Maßnahmen werden auf der Basis der Ergebnisse dieser Bearbeitung entschieden. Eine Beendigung der Maßnahme zur ambulanten medizinischen Rehabilitation aufgrund *eines* Rückfalls erscheint auf der Basis der dargestellten theoretischen und praktischen Entwicklungen in der Regel als nicht sinnvoll.

Eine gute zusammenfassende Beschreibung der breiten Palette der einzusetzenden verhaltenstherapeutischen Methoden findet sich bei BÜHRINGER / METZ 2009, 362f.

4.6.3 Die Behandlung der somatischen, emotionalen und sozialen Folgestörungen und der komorbiden Störungen

Als dritter Bereich wurden von BÜHRINGER / METZ (2009) die somatischen, emotionalen und sozialen Folgestörungen und die komorbiden Störungen benannt. Dabei sind erstere als mehr oder weniger direkte oder mit dem Prozess des zunehmenden Substanzmissbrauchs assoziierte Störungen aufzufassen, die allerdings im Sinne der oben formulierten Regelkreisprozesse der Suchtentwicklung im Verlauf auch auslösende Qualität erlangen können. (Z. B. bekommt eine Person durch ihren Alkoholkonsum und den dadurch ausgelösten Leistungsproblemen zunehmend Probleme am Arbeitsplatz und die Kollegen und Vorgesetzten reagieren entsprechend auf diese Person, die sich dadurch zunehmend schlecht behandelt fühlt und dieses wiederum zum Anlass für vermehrten Alkoholkonsum nimmt usw.)

Grundsätzlich lassen sich die **Folgestörungen** sinnvoll im Rahmen des bio-psycho-sozialen Modells der ICF beschreiben, indem die weitergehenden Beeinträchtigungen als solche der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivität und der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen (Erwerbsleben, Familie, Freizeit etc.) betrachtet werden. Ein Spezifikum von Abhängigkeit ist dabei, dass diese Beeinträchtigungen massiv und oft umfassend sind. Auf der anderen Seite ist die Gefährdung bzw. Beeinträchtigung der Teilhabe am Erwerbsleben die Grundbedingung für die Einleitung einer Rehabilitationsmaßnahme. Insofern muss in der ambulanten medizinischen Rehabilitation immer ein Kompromiss zwischen dem rehabilitativen Auftrag im engeren Sinne und der Komplexität der Abhängigkeitserkrankung im Allgemeinen gefunden werden. Diese spiegelt sich auch im Begriff des »unbalanced lifestyle« von MARLATT / GORDON (1985), der den durch die vielen Folgestörungen aus der Balance gekommenen Lebensstil der betroffenen Menschen als Ausgangspunkt für mögliche Rückfälle beschreibt. Außerdem findet sich in diesem Bereich eine

deutliche Verschränkung psychotherapeutischer, edukativer und sozialarbeiterischer Maßnahmen durch die Einrichtung, die zusammen zur Stabilisierung der Lebenssituation und Erwerbstätigkeit der betroffenen Person dienen. Diese Vielfalt wird durch die integrierten Angebote der Einrichtung, wie sie oben benannt worden sind, gewährleistet und ständig in der alltäglichen Auseinandersetzungen der betroffenen Personen mit ihrem Lebensalltag erprobt.

Davon unterschieden werden die **komorbiden Störungen** einer Person, das heißt die eigenständigen psychischen Störungen der Person, die nicht aus der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung heraus erklärt werden können, sondern häufig schon vor dieser Erkrankung bestanden und symptomatisch belastend wirkten. In der Vergangenheit wurde in diesem Kontext auch häufiger von Doppeldiagnosen als Spezialfall der Komorbidität gesprochen (vgl. dazu ausführlich MOGGI / DONATI 2004; SCHWOON 2001), wobei die Frage erlaubt ist, warum der Bereich der substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankungen überhaupt ein Spezialfall darstellt. Tatsächlich werden manche Erkrankungen als Kontraindikation für eine ambulante Rehabilitation betrachtet (Psychosen) und andere psychiatrische Erkrankungen und psychische Störungen (wie z. B. Ängste, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen) werden mittlerweile in einem Erklärungsansatz der Selbstmedikation mit der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen verbunden und in multiplen „Teufelskreis“-modellen dargestellt (vgl. MOGGI 2002). Wieder andere Störungen gelten als generell verbunden mit Abhängigkeitserkrankungen, wie z. B. spezifische Persönlichkeitsstörungen (besonders dissoziale und emotional instabile Persönlichkeitsstörungen). Weiterhin finden die komorbiden Störung und ihre Auswirkungen Eingang in die Erklärung spezifischer Reaktions- und Bewertungsunterschiede bei der Herstellung von Substanzabstinenz (z. B. bei Menschen mit posttraumatischen Belastungsstörungen). Insgesamt bietet das Werk MOGGI / DONATI 2004 einen guten Überblick über die Vielfalt der Forschungsbemühungen.

BÜHRINGER / METZ (2009) führen zudem an, dass bezüglich der Behandlung der Folgeschäden der Suchterkrankung keine spezifischen suchtbezogenen Methoden zum Einsatz kommen, sondern das gesamte Repertoire der Erklärungsmodelle und verhaltenstherapeutischen Maßnahmen genutzt wird. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in der Vielzahl der indikativen Angebote bzw. der Indikationsgruppen wider, die in unseren Behandlungseinrichtungen angeboten werden. Dabei herrschen Trainingsprogramme zum Erlernen sozialer Kompetenzen (vgl. z. B. HINSCH / PFINGSTEN 2007) und zur Verbesserung der Stressbewältigungsstrategien (vgl. KALUZA 2004; LAZARUS 1981; MEICHENBAUM 2003) sowie Übungen zum Umgang mit Konflikten vor. Gleichzeitig steigert die Fragestellung nach den komorbiden Störungen auch die Anforderungen an eine entsprechende diagnostische Erfassung dieser Störungen im Sinne der Verhältnismäßigkeit zu dem infrage stehenden Auftrag. Entsprechende Diagnosemanuale werden vorgehalten und in enger Abstimmung mit dem zuständigen Facharzt werden entsprechende Zusatzdiagnosen gestellt und entsprechend der Möglichkeiten der Einrichtung behandelt. Dies geschieht immer im Rahmen der Fallkonferenz als einzelfallbezogene Entscheidung.

Abschließend möchten wir das spezifisch für die Belange der Suchtbehandlung entwickelte Therapieprogramm »Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch« von NAJAVITS (2009) hervorheben, da es zu den wenigen strukturierten Zugängen in einen schwierigen Behandlungsbereich gehört, dessen Relevanz (theoretisch und praktisch) immer mehr zunimmt. Es ist wünschenswert, wenn solche Projekte auch für die Bereiche der Behandlung von Ängsten, De-

pressionen, Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung und psychotischen Störungen bei vorliegender Substanzstörung vorangetrieben würden, da das Vorliegen einer Abhängigkeit oft als Ausschlusskriterium für andere Behandlungsformen benutzt wird und dadurch der Handlungsdruck auf das suchtherapeutische System als Akutversorgung weiter steigt.

4.7 Zusätzliche Beiträge aus anderen wissenschaftlichen Forschungsbereichen

4.7.1 Neurobiologische Grundlagen der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen

Grundsätzlich sind für die Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung immer auch genetische, biochemische und neurobiologische Prozesse von Bedeutung. Da die genetischen Aspekte nur marginalen Einfluss auf die therapeutische Arbeit haben, sollen sie hier einleitend nur kurz berührt werden. Wie in epidemiologischen Langzeitstudien gezeigt werden konnte, gibt es genetische Faktoren, die die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bei Kindern von süchtigen Eltern deutlich begünstigen (vgl. KLEIN 2001; QUINTEN / KLEIN 1999). Es werden dabei Zahlen von einem siebenfach erhöhten Risiko, selbst alkoholkrank zu werden, genannt, wenn ein Elternteil erkrankt ist; es besteht gar eine 15-fache Erhöhung, wenn beide Eltern erkrankt sind. Das bedeutet aber auch, dass es neben den genetischen Faktoren protektive bzw. salutogenetische Faktoren geben muss, die vor einer Erkrankung schützen.

Von größerer Bedeutung für die Entstehung von Suchterkrankungen sind die neurobiologischen Grundlagen unseres Erlebens und Verhaltens, in der sich alle relevanten Lebenserfahrungen abbilden und die gleichsam die Grundlage aller Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten darstellen. Diese Situation stellt auch ein grundsätzliches wissenschaftstheoretisches Dilemma dar, da es sich um wissenschaftliche Beschreibungsprozesse auf verschiedenen phänomenologischen Ebenen handelt, die sich nicht aufeinander reduzieren lassen, denn um denken zu können, muss ich nicht wissen, wie mein Gehirn funktioniert (vgl. auch TRETTER 2001, 75). Gleichwohl sind die Erkenntnisprozesse der neurobiologischen und -psychologischen Forschungen von erheblicher Tragweite für das Verständnis fundamentaler Prozesse der Abhängigkeitsentstehung, -aufrechterhaltung und -behandlung. An dieser Stelle sollen allerdings nur einige wenige Grunderkenntnisse dieser Forschungsbemühungen dargestellt werden, da die Erkenntnisprozesse äußerst komplex sind, eine spezifische wissenschaftliche Sprache und Darstellungsform benötigen. Zum besseren Verständnis wird ausdrücklich auf die Veröffentlichung von Heinz, Batra, Scherbaum und Gouzoulis-Mayfrank: Neurobiologie der Abhängigkeit (2012) verwiesen.

Zum näheren Verständnis dieser Prozesse muss man sich einen genaueren Überblick über die beteiligten Subsysteme des Gehirns bei der Entstehung von Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen verschaffen (Kortex, limbisches System [Nukleus Accumbens], Striatum, Thalamus, Stammhirn [ventrales Tegmentum] und viele weitere strukturelle Elemente). Desweiteren müssen Grundvorstellungen über die Neurotransmission von Information im Gehirn existieren (vgl. Heinz et al., 2012, TRETTER 2001). Dies beinhaltet Wissen über die Funktionsweise von neuronalen synaptischen Prozessen und den beteiligten Neurotransmittersystemen, die für die zentralen exzitatorischen und inhibitorischen Mechanismen zuständig sind. TRETTER (2001) benennt sieben wichtige Transmittersysteme, die sich noch in verschiedene Substanzgruppen aufteilen:

- das noradrenerge System
- das dopaminerge System
- das serotonerge System

- das cholinerge System
- das glutamaterge System
- das GABA-erge System
- das endophinerge / enkephalinerge System

Wesentlich ist dabei, dass alle psychotropen Substanzen, die bei der Arbeit mit abhängigen Menschen eine Rolle spielen, in diese komplexen Prozesse eingreifen und sie destabilisieren. Es findet eine Anpassung an die Substanzwirkung im Sinne einer Toleranzentwicklung statt und beim Absetzen der Substanz treten Entzugssymptome auf (vgl. EDWARDS 1990). Störungen im frontalen Kortex, dem Thalamus und den Basalganglien (vgl. VOLKOW / FOWLER 2000) tragen zu Veränderungen der Handlungsplanung und zum Auftreten eines repetitiv und stereotyp ablaufenden Substanzkonsum bei. Häufig werden synaptische Rezeptoren von den spezifischen psychotropen Substanzen besetzt oder blockiert und es entsteht eine neue Neurotransmitterbalance, die ohne diese externe Substanz nicht mehr funktioniert. TRETTER hat diese Situation anschaulich mittels neurochemischer »Mobiles« dargestellt, die sich in dieser Form für alle Substanzgruppen erstellen lassen. Diese Darstellungsform ermöglicht auch eine einfache Abbildung der hochinteressanten Forschungsergebnisse, die zeigen, dass allein die neuerliche Balancierung dieser Neurotransmitterprozesse durch die Zuführung psychotroper Substanzen eine verhaltenssteuernde Wirkung hat, ohne dass dieser Prozess subjektiv noch als angenehm erlebt wird (»wanting, not liking«; vgl. ROBINSON / BERRIDGE 1993).

Der enorme Wissenszuwachs in den Neurowissenschaften hat sehr viel mit den durch die digitale Datenverarbeitung revolutionierten Erfassungs- und Abbildungsmöglichkeiten der Erregung spezifischer verschiedener Neuronen bzw. Neuronenverbände im Gehirn durch bildgebende Verfahren (CT, MRT etc.) zu tun. Trotzdem ist die Vernetzung der Hirnareale von Hirnstamm, Zwischenhirn, Mittelhirn und Großhirnrinde so komplex, dass vor allem im zellulären und biochemischen Bereich längst nicht alle Zusammenhänge bekannt sind. Es soll hier aus konzeptueller Sicht also nur auf die Aspekte eingegangen werden, die bei der therapeutischen Arbeit mit suchtkranken Menschen relevant sind. Zur erfolgreichen Behandlung erscheint es uns wichtig, dass unsere Rehabilitanden/innen die neurobiologischen Grundlagen ihrer Erkrankung so vermittelt bekommen, dass sie sie verstehen können. Dies fördert die therapeutische Beziehung und eine dauerhafte Veränderungsbereitschaft.

Zunächst soll erläutert werden, wie es zu einer Toleranzentwicklung kommt. Bei einer akuten Alkoholintoxikation steht eine sedierende Wirkung im Vordergrund, da Alkohol den Neurotransmitter Glutamat hemmt (vgl. NILLE 2000). Durch täglichen Alkoholkonsum reagiert das Gehirn jedoch mit einer Gegenregulation, indem es die Anzahl der Glutamatrezeptoren erhöht, was zu einer erhöhten zentralnervösen Aktivierung führt. Dadurch kommt es bei immer höherer Alkoholmenge zu einer immer geringer werdenden sedierenden Wirkung. Das bedeutet aber auch, dass ohne Alkoholkonsum Nervosität und innere Unruhe in zunehmendem Maße auftreten. Die Gehirnzellen haben sich an den anhaltend erhöhten Alkoholspiegel im Serum gewöhnt, die Toleranzentwicklung setzt ein.

Wenn der Mensch nach einer längeren Phase des erhöhten Alkoholkonsums beschließt, nicht mehr zu trinken, braucht es eine gewisse Zeit – erfahrungsgemäß fünf bis sieben Tage –, bis die nun überflüssig gewordenen Gegenreaktion, die vermehrten Glutamatrezeptoren, wieder abgebaut

wird. In dieser Zeit kommt es noch zu einer Übererregung durch die erhöhte Glutamatproduktion bei fehlender sedierender Wirkung durch Alkohol. Dadurch entstehen Alkoholentzugserscheinungen des vegetativen Nervensystems wie Schwitzen, Pulsbeschleunigung, Bluthochdruck und Schlafstörungen. Im schlimmsten Falle können zerebrale Krampfanfälle oder ein Delirium tremens auftreten. Kommt es zu einer anhaltenden Alkoholabstinenz, entfällt die Notwendigkeit einer aktivierenden Gegenregulation, sodass die Entzugserscheinungen nach wenigen Tagen aufgehoben sind.

Als Reward- oder Belohnungssystem wird das dopaminerge Verstärkungssystem betrachtet, welches entwicklungs geschichtlich für Aufbau und Aufrechterhaltung arterhaltender Verhaltensweisen von Bedeutung ist. Verstärkt werden jene Verhaltensweisen, durch welche das System aktiviert wurde. Es wird postuliert, dass die drogeninduzierte Dopaminfreisetzung ein entscheidender Bestandteil der neurobiologischen Grundlagen der Suchtentwicklung ist. Das Empfinden von affektiv angenehmen Zuständen scheint nach bisherigen Erkenntnissen für den Vorgang der Verhaltensverstärkung nicht zwingend erforderlich zu sein. Die Einnahme psychoaktiver Substanzen stimuliert auf verschiedenen Wegen die Dopaminausschüttung und löst damit ein Verlangen nach der Substanz aus, jedoch nicht unbedingt einen Genuss (»wanting, not liking«). Allerdings trägt das dopaminerge Verstärkungssystem generell zur Verbesserung der Reizverarbeitung in Nervenzellen und somit auch zur besseren Verknüpfung z. B. alkoholassoziierter Reize und Belohnungserwartungen bei. Angeborene oder erworbene dopaminerge Dysfunktion kann durch den Konsum psychoaktiver Substanzen gemildert werden, was die Appetenz für diese Substanzen (z. B. Alkohol, Cannabis und Amphetamine) erklären könnte. Andererseits scheint es unter längerfristigem Substanzgebrauch zu einer Sensitivierung des dopaminergen Systems zu kommen. Als Folge kann schon durch kleine Mengen der Substanz oder durch geringfügige substanzassoziierte Reize die Verhaltensverstärkung und hiermit z. B. Craving und Kontrollverlust aktiviert werden. Das Belohnungssystem besteht aus verschiedenen zerebralen Vernetzungen, die den präfrontalen Cortex, hier insbesondere den Nukleus accumbens, betreffen. Vermehrt wird Dopamin besonders dann ausgeschüttet, wenn der Erfolg größer ausfällt als erwartet. In Konfliktsituationen, Depressionen oder Gefahrensituationen werden diese unbewusst im Gedächtnis abgespeicherten Programme aktiviert, welche zur Wiederholung günstig erlebter Verhaltensweisen führen. Die Wirkung von Suchtmitteln besteht darin, dieses Belohnungssystem ebenfalls stark zu aktivieren, so dass sich ein angenehmes Gefühl einstellt, das sonst nur bei extrem erfolgreichen oder überlebensnotwendigen Handlungen auftritt. Durch ständige Wiederholung dieser starken Anregung des Belohnungssystems kommt der Suchtmittelkonsument zu der Überzeugung, das Suchtmittel sei tatsächlich für sein Wohlbefinden verantwortlich und somit lebensnotwendig. Diese Strukturen werden unbewusst verankert, sodass Schwankungen des Wohlbefindens zur erneuten Einnahme des Suchtmittels führen und der Gedanke, den Konsum des Suchtmittels Alkohol, Drogen oder Medikamente aufzugeben, existentielle Angst bewirkt. Mit dem abhängigen Konsumverhalten verbundene Umgebungsfaktoren wie Uhrzeit, Lokalität, Gesellschaft, optische oder olfaktorische Reize fungieren nun im Unterbewussten als Auslöser bzw. Trigger und führen reflektorisch zu erneutem Suchtmittelkonsum. Der abhängige Mensch ist im Teufelskreis seiner biologischen »Ersatzbefriedigung« gefangen, da das Erleben tatsächlich nicht mit den Entwicklungen in der realen Welt korrespondiert, sondern im Verlauf in eine immer stärkere Konkurrenz zu den oft schwierigen Entwicklungen der »Außenwelt« tritt.

Zusätzlich werden Veränderungswünsche in dieser Phase der Abhängigkeit dadurch erschwert, dass bei Verzicht auf die jeweilige psychotrope Substanz entsprechende Gegenregulationen auf der Ebene der Neurotransmitter einsetzen, die zu vielfältigen psychischen und körperlichen Entzugserscheinungen führen. Diese neuronalen und erlebnisbezogenen Prozesse ergänzen sich und derzeit wird davon ausgegangen, dass es in diesen neurobiologischen Erregungsprozessen im Kontext exzessiven Konsums psychotroper Substanzen einen je individuellen Punkt in der Entwicklung gibt, an dem diese neuronalen Lernprozesse nicht mehr zu löschen sind und als lebenslange Umprogrammierung des Belohnungssystems in Form eines »Suchtgedächtnisses« (BÖNING 1994; DERS. 2000; WOLFFGRAMM 1995) fixiert werden. Hinsichtlich der Frage nach der tatsächlichen neurobiologischen Abbildung eines Suchtgedächtnisses und den Unterschieden zu den allgemeinen psychologischen Gedächtnistheorien gibt es eine lebhafte Diskussion (vgl. etwa nur TRETTER 2001; DERS. 2009, HEINZ ET AL. 2012). Allerdings hat sich die Begrifflichkeit eines »Suchtgedächtnisses« seitdem popularisiert und wird für ein komplexes Geschehen bewusster und unbewusster suchtbbezogener Gedächtnisprozesse herangezogen, ohne dabei theoretisch oder begrifflich stringent zu sein. Wesentlich erscheint uns dabei die Tatsache unbewusster substanz- und wirkungserwartungsbezogener Erinnerungsprozesse, die zu einem plötzlichen »craving« führen können, ohne dass es auf der bewussten Ebene erklär- oder verstehbar ist. Dies deckt sich mit den Erfahrungen aller suchththerapeutischen Fachleute und diese Erkenntnis wird auch zunehmend in den Programmen zur Rückfallprophylaxe berücksichtigt.

Gelingt es dem abhängigen Menschen, auf seine psychotrope Substanz zu verzichten und die ersten Tage des akuten Entzugs zu überstehen, folgt eine langanhaltende negative Auswirkung auf das Belohnungssystem, da das Suchtmittel als Hauptverstärker fehlt. Da im Laufe der Suchtentwicklung andere emotionale Verstärker in den Hintergrund getreten sind, gerät der Suchtkranke nach einer Entgiftung in einen Zustand des Dopaminmangels. Die Folge ist nicht selten eine depressive bzw. dysphorische Stimmung verbunden mit Antriebs- und Lustlosigkeit. Suizidale Gedanken und Handlungen sind in der Zeit nach der Entgiftung deshalb besonders häufig anzutreffen. Es ist deshalb sehr wichtig, diese Prozesse in die beginnende Behandlung zu integrieren und nicht vorschnell als mangelnde Motivation oder »narzisstische Überempfindlichkeit« umzudeuten.

Um eine zufriedene und dauerhafte Abstinenz zu erreichen, bedarf es nach der Entgiftung, bei der lediglich das glutamaterge System zurückreguliert wird, einer körperliche Entwöhnungsphase über viele Monate. Es liegen neuere Forschungsergebnisse vor, dass durchschnittlich neun bis zwölf Monate benötigt werden, um das neuronale Belohnungssystem in einen Normalzustand zurückzuführen (z. B. Grawe 2004, Heinz et al. 2012). Unterstützt werden kann dieser Prozess durch alle Erfahrungen, die der betroffenen Person Erfolge und positive Erlebnisse vermitteln. Allerdings sind die Konsequenzen für die Gestaltung rehabilitativer Prozesse im Kontext dieser langfristigen neurobiologischen Regulationsprozesse noch nicht ausreichend diskutiert.

An dieser Stelle könnten noch sehr viele aktuelle Entwicklungs- und Forschungsprozesse aus dem Feld der neurobiologischen Wissenschaften erläutert werden, aber aufgrund der Komplexität haben wir uns auf eine Auswahl wichtiger Themen und ihre verständliche Darstellung beschränkt. Wir werden aber alle neuen Entwicklungen in diesem Gebiet weiter intensiv verfolgen und in unsere Arbeit integrieren.

4.7.2 Analytisch orientierte tiefenpsychologische Erklärungsansätze

Unser psychotherapeutisches Verständnis der Arbeit mit abhängigen Menschen schließt grundsätzlich auch analytische Sichtweisen mit ein, da wir schon seit langer Zeit in einem Team von Fachkräften mit sehr unterschiedlichen Zusatzbildungen arbeiten. Allerdings erfolgt dabei eher ein Rückgriff auf die integrativen Betrachtungen von Grawe (1998), der die Grundprinzipien einer allgemeinen Psychotherapie herausgearbeitet hat und die verschiedenen Behandlungsansätze dort zuordnet.

Der tiefenpsychologische Zugang stützt sich in der Nachfolge von Freuds psychoanalytischem Erklärungsansatz auf Objekt- und Ich-Psychologische Erklärungsmodelle, wie sie z. B. ROST (1992) im Blick auf den Alkoholismus umfassend beschrieben hat. Die Funktion des Suchtmittels lässt sich demnach als Lösungsversuch für neurotische Konflikte oder als Selbstheilungsversuch verstehen. Dabei wird besonders das Ich-Psychologische Modell mit seinen störungsspezifischen Anteilen berücksichtigt.

1. Aus psychoanalytischer Sicht werden psychische Problemsituationen als normaler Bestandteil einer der intrapsychischen Entwicklung begriffen, die dann als Funktion zu einer Konfliktlösung auf einem relativ reifen Niveau dem Patienten als Bewältigungsmechanismus zur Verfügung stehen. Gelingt eine solche Entwicklung nicht hinreichend oder scheitert in Krisen- und Belastungssituationen eine ausreichende Bewältigung, kommt es zur dysfunktionalen Regression. Hier kann das Suchtmittel als Lösungsversuch für neurotische Konflikte eingesetzt werden. Der abhängige Patient versucht, durch das Suchtmittel seinen neurotischen Konflikten kurzfristig zu entfliehen und eine künstliche Anpassung an die Realität auf einem für ihn vorübergehend ertragbarem Niveau zu erreichen. Die künstliche Kompensierung gelingt dem Patienten nur für kurze Zeit (bei wiederholter Suchtmittelleinnahme), mittelfristig entwickelt sich eine vollständige Destabilisierung, die dann in einer psychischen und körperlichen Abhängigkeit mündet.
2. Häufiger finden sich bei suchtkranken Patienten Menschen mit strukturellen Defiziten und Schwächen. Die reife, entwickelte Persönlichkeit kann, idealtypisch gesehen, die vielfältigen Situationen des Lebens flexibel und realitätsgerecht meistern. Aufgrund von Entwicklungsstörungen in der Kindheit konnten strukturell beeinträchtigte Patienten bestimmte Fähigkeiten und seelische Funktionen nur unzureichend entwickeln, nicht hinreichend ausdifferenzieren und ungenügend als Selbst in Beziehung zu anderen integrieren. Kommt es aufgrund von Belastungs- und Stresssituationen zu früher erworbenen regressiven Reaktionen oder stehen der unreifen Selbststruktur nur unzureichend Bewältigungsmechanismen zur Verfügung, müssen diese Schwächen und Defizite kompensiert werden. Eine mögliche Kompensation stellt das Suchtmittel dar, welches heutzutage leicht verfügbar ist und kurzfristig spannungsregulierend den Patienten entlastet. Somit kann der Gebrauch von Suchtmitteln als Selbstheilungsversuch verstanden werden.
3. Die Abhängigkeitserkrankung wird von der Ich-Psychologie als Symptom lebensgeschichtlich bedingter Entwicklungsstörungen verstanden, welche sich in defizitären Ich-Funktionen, in einer ungenügenden Abwehrorganisation sowie in undifferenzierten Selbst- und Objekt-Repräsentanzen niederschlagen. Folgende Ich-Funktionen müssen in der Behandlung besonders beachtet werden: Unterscheidung der Innen- und Außenwelt, Antizipationsfähigkeit, Af-

fektdifferenzierung, Realitätsprüfung, Frustrationstoleranz, Affektregulation und Impulskontrolle.

ROST (2003) formuliert, dass in jeder Form der Suchtkrankheit »das Suchtmittel zum zentralen, oft einzigen Beziehungs- und ambivalent besetzten Liebesobjekt« wird. Diese Beziehungsstörung – die »Hingabe an ein unbelebtes Objekt« (VOIGTEL 1996) – führt zum Rückzug von realen Beziehungserfahrungen. Diese können nicht einfach durch einen Verzicht auf das Suchtmittel rückgängig gemacht werden, sondern bedürfen einer längerfristig angelegten Behandlung.

Die Ich-Psychologie betrachtet die Funktion des Suchtmittels als Ausdruck psychischer Defizite zur Stabilisierung des Selbstwertgefühls, zum Schutz vor überwältigenden Affekten und zur Regulation von Spannungen. Suchtkranke sind gefährdet, immer wieder von reaktivierten frühen Kindheitserfahrungen überwältigt zu werden. Die dabei auftretenden undifferenzierten Affekte führen oft zu Ängsten und Depressionen.

Für die Therapie von Suchtkranken haben HEIGL-EVERS / HEIGL (1983; 1998) eine neue Behandlungsform entwickelt: die »psychoanalytisch-interaktionelle Methode«. Das psychoanalytische Prinzip der Deutung wird hier durch das »Prinzip Antwort« ersetzt. Ziele der Interventionen sind stets die Nachreifung und Stützung der unzureichenden Ich-Funktionen. Diese Methode orientiert sich besonders an der Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Zu Beginn der Therapie hat der Suchtkranke noch eine intensive (Übertragungs-) Beziehung zum Suchtmittel. Damit er darauf verzichten kann, muss die therapeutische Beziehung an die Stelle des Suchtmittels treten und seine Funktion übernehmen.

Dadurch wird der Therapeut mit Wünschen und Forderungen nach grenzenlosem Verständnis, bedingungsloser Zuwendung und Verfügbarkeit konfrontiert, die zum Ziel haben, den Süchtigen von unerträglichen Lust- / Unlustspannungen abzuschirmen. Entsprechend werden Eigenschaften oder persönliche Eigenarten des Therapeuten kaum oder nur verzerrt wahrgenommen. Damit der Patient die Behandlung nicht abbricht und ein tragfähiges Arbeitsbündnis zustande kommt, muss dieses unrealistische Übertragungsangebot zunächst akzeptiert werden. Letztlich strebt die psychoanalytisch-interaktionelle Methode natürlich die Aufhebung dieser Realitätsverzerrung an; eine Deutung des weitgehend unbewussten Materials ist zu diesem Zeitpunkt jedoch kontraindiziert.

Damit der Patient seine Wahrnehmung von sich selbst und von dem Therapeuten verändern kann, benötigt er ein gewährendes Objekt, von dem er sich gehalten fühlt, und eine Beziehung, die Kontinuität aufweist. Eine so gestaltete therapeutische Beziehung bietet dem Süchtigen dann die Möglichkeit, entwicklungsfördernde Identifikationen zu verinnerlichen, die eine Alternative zu seiner frühkindlich erlebten Realität darstellt, in dem der Süchtige entweder mit einer harten, rigiden oder mit einer zu nachgiebigen, weichen Objektbeziehung konfrontiert war. Als Folge dieser neuen Ich-stärkenden Identifikationen werden nun die Frustrationstoleranz und Konfliktfähigkeit verbessert.

Das wichtigste therapeutische Mittel ist die Handhabung des Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehens: Ziel ist es, im Sinne einer korrigierenden emotionale Beziehungserfahrung zwischen Therapeut und Patienten diesem ein neues Selbstverständnis seiner früher erworbenen Abwehrmechanismen zu ermöglichen, sodass er in der Lage ist, zwischen funktionalen und dysfunktionalen Reaktionsmustern seiner Persönlichkeit bewusst zu unterscheiden. Der Therapeut bietet sich idealtypisch als gutes, zuverlässiges, stabiles und verstehendes Objekt an, auf das der Klient

projizieren kann. Er darf es auch angreifen, ohne Angst haben zu müssen, es dadurch zu zerstören bzw. zu verlieren. Der Patient assimiliert dieses ›gute‹ Objekt nach und nach und es kommt so zur Modifikation der Selbst- und Objektrepräsentanzen. Dies führt zu einer verbesserten Problemlösungskompetenz, gerade auch in Alltagssituationen. In der Behandlung werden dann neu erworbene Verhaltensweisen immer wieder reflektiert und bearbeitet. Es kommt im Laufe der Zeit zu einer Stabilisierung des ›Ichs‹ des Patienten, wodurch es ihm besser gelingen kann, auch nach Beendigung der Behandlung bei verbessertem Selbstmanagement stabil und abstinent zu bleiben.

5 Ambulante medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker

5.1 Rahmenbedingungen der ambulanten medizinischen Rehabilitation

5.1.1 Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Fachambulanz Sucht Emsland DW-ELB arbeitet hinsichtlich ihrer Angebote im Bereich der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter auf der Basis des SGB IX, der Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 4. Mai 2001 sowie des gemeinsamen »Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker« vom 3. Dezember 2008 als Leistungserbringer der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. Zentrales Ziel dieser Maßnahmen ist es, „die abhängigen Menschen zur gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu befähigen“. Dazu nötig ist gemäß § 2 der oben genannten Vereinbarung:

- das Erreichen und Erhalten der Abstinenz vom Suchtmittel bzw. Suchtverhalten
- die bestmögliche Bearbeitung, Behebung oder Ausgleich körperlicher und seelischer Störungen der Rehabilitanden/innen
- die möglichst nachhaltige Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft zu erhalten bzw. zu erreichen

Die Leistungen werden nach Übernahme der Kosten durch die Leistungsträger, die als Vertragspartner im Rahmen der Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« auftreten, für den Zeitraum erbracht werden, der erforderlich ist, um diese generellen Rehabilitationsziele zu erreichen (vgl. § 7). Die Möglichkeit des nahtlosen Übergangs von der Entzugsbehandlung in die Entwöhnungsbehandlung sowie zwischen stationären, teilstationären und ambulanten Formen und Phasen der Entwöhnungsbehandlung gemäß § 4 wird seitens der Fachstellen als Leistungserbringer zugesichert und auch als Vorleistung gewährleistet.

Vergütungssätze für Leistungen zur Rehabilitation in Form therapeutischer Einzel-, Gruppen- und Bezugspersonengespräche werden nach zwischen Krankenkassen und Rentenversicherungen abgestimmten Pauschalen berechnet. (vgl. § 8 Abs. 1 und Abs. 2 der Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen«).

5.1.2 Menschenbild und therapeutische Grundhaltungen

Im Sinne des von uns vertretenen christlich geprägten Menschenbilds sehen wir unsere Arbeit als Ausdruck unserer gesellschaftlichen und sozialen Verantwortung. Die Ziele dieser Arbeit bestehen darin, gerade den sozial, psychisch und körperlich besonders stark beeinträchtigten Menschen Hilfe zu einer Aktivierung ihres vorhandenen Potentials und damit zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung zu vermitteln.

Unser Anliegen ist es, allen Menschen mit Respekt zu begegnen und ihre Selbstachtung wiederherzustellen, wo diese beschädigt wurde. Daher gelten für unsere Arbeit folgende Grundsätze:

- Unsere Leistungen gelten allen Menschen gleichermaßen, unabhängig von ihrer konfessionellen, religiösen oder kulturellen Zugehörigkeit. Wir fühlen uns in besonderer Weise und vor allem den Schwächsten und Hilfebedürftigsten verpflichtet.

- Niedrigschwelligkeit und Akzeptanz sind wesentliche Leitbegriffe. Wir begleiten unsere Klienten/innen, Patienten/innen, Rehabilitanden/innen und Ratsuchenden in ihrer aktuellen Lebenssituation, fördern ihre Kompetenzen und stärken ihre Ressourcen. Wir sorgen uns um menschenwürdige Lebensverhältnisse für alle Menschen und müssen manchmal auch ihr Überleben sichern. Wir akzeptieren Lebensentscheidungen und zeigen gleichzeitig Alternativen auf und bieten Begleitung an
- Wir begegnen den Ratsuchenden hilfsbereit, offen, respektvoll und einfühlsam und versuchen auch die äußeren Rahmenbedingungen entsprechend zu gestalten, damit sie sich wohlfühlen können. Bei der Terminvergabe sind wir flexibel und bemüht, rasch und entgegenkommend Termine zu vergeben
- Wir informieren unsere Ratsuchenden über Art, Umfang, Wahlmöglichkeiten sowie im Kontext der verfügbaren Hilfsangebote über ihre Rechte und Pflichten. Wir arbeiten bedarfsgerecht, zielorientiert und innovativ und stehen für Zuverlässigkeit und Kontinuität
- Wir unterstützen unsere Ratsuchenden in alltäglichen, beruflichen und gesundheitlichen Krisensituationen. Wir fördern die gesellschaftliche und insbesondere die berufliche Teilhabe. Eine nachhaltige Vermittlung von Menschen in Arbeit ist dafür ein wichtiges Ziel
- Wir leisten Hilfe zur Selbsthilfe. Die Selbsthilfegruppen haben in unserer Einrichtung einen besonders hohen Stellenwert. Wir fördern und unterstützen ihre Arbeit
- Wir passen unsere Angebote den sich verändernden Anforderungen und Bedürfnissen an, indem wir sie laufend überprüfen und erweitern. Wir wenden in unserer Arbeit neue und moderne Methoden an
- Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter handeln verantwortungsvoll, flexibel und fachkundig. Sie bilden sich weiter, sind aufgeschlossen für neue Behandlungsmethoden und wirken aktiv mit. Sie achten und erhalten ihre Professionalität
- Unsere Arbeitsweise ist teambezogen mit klar definierter Leitungsstruktur. Jede und jeder Mitarbeitende hat dabei eine größtmögliche Entscheidungskompetenz. Wir unterstützen uns gegenseitig in unserer täglichen Arbeit. Wir übernehmen Verantwortung für eine positive Team- und Arbeitsatmosphäre. Konflikte tragen wir in gegenseitigem Respekt aus. Netzwerk- und Anschlussfähigkeit nach außen sind integrative Prinzipien unserer Arbeit

5.2 Rehabilitationsteam

Die therapeutischen Fachkräfte (Diplom-Sozialarbeiter und -pädagogen mit anerkannter suchtspezifisch-therapeutischer Zusatzausbildung, Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte) nehmen regelmäßig an Maßnahmen zur Qualitätssicherung teil. Dazu zählen kollegiale Team- und Fallsupervisionen, einmal monatlich durch einen externen anerkannten Supervisor durchgeführte Supervisionen sowie die Teilnahme an Fortbildungen und Fachveranstaltungen. Sie fungieren zugleich als Bezugstherapeuten/innen und Gruppentherapeuten/innen für die ambulante Rehabilitation. Dabei sind sie auch für die psychosoziale Diagnostik, für die Erstellung der Rehabilitationsanträge, für die Dokumentation und die psychosozialen Teile des Abschlussberichtes verantwortlich.

Zu den Aufgaben der *Diplom-Psychologen, der Diplom-Sozialarbeiter und der Diplom-Sozialpädagogen und allen entsprechenden BA-Abschlüssen* gehören:

- die Abstimmung der individuellen Rehabilitationsziele und eines Rehabilitationsplans mit dem Rehabilitanden/innen und dem Arzt

- die Durchführung der therapeutischen Gruppen- und Einzelgespräche einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung
- die Durchführung der Gespräche mit Bezugspersonen einschließlich ihrer Vor- und Nachbereitung
- Hilfen bei Kriseninterventionen
- die Dokumentation der therapeutischen Leistungen und die Durchführung der notwendigen Qualitätssicherungsmaßnahmen
- eine Zwischenbilanzierung und die Erstellung eines Verlaufsberichts einschließlich der Erstellung eines therapeutischen Verlaufsberichts
- die ergänzende Erhebung der Sucht- und Sozialanamnese (weitere Klärung der sozialen und beruflichen Situation) einschließlich Dokumentation
- die Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen
- die Teilnahme an der externen Supervision
- die Mitarbeit bei der Katamnese
- die Mitarbeit bei Erstellung des ärztlichen Entlassungsberichts
- Außentermine im Rahmen der Kooperation, Koordinations- und Organisationsaufgaben, konzeptionelle Weiterentwicklung
- Hilfen im sozialen Umfeld (z. B. Kontakte mit Arbeitgebern, Hilfestellung bei der Vermittlung eines Arbeitsplatzes / bei der Reintegration in das berufliche Umfeld, sozialrechtliche Beratung)
- Kooperation mit in der Nachsorge eingebundenen Sozialen Diensten sowie Selbsthilfegruppen.
- Angebot von gesundheitsfördernden Maßnahmen, wie Programme zur Raucherentwöhnung (Rauchfrei IFT), Entspannungsmethoden etc., soweit diese im ambulanten Rahmen umsetzbar sind.

Von den *Diplom-Psychologen/innen* wird als zusätzliche Leistung die psychologische Diagnostik erbracht. Außerdem werden weitergehende psychotherapeutische Kompetenzen im Bereich der Bearbeitung komorbiden Störungen erwartet.

Der zuständige Facharzt hat die verantwortliche Leitung für alle Prozesse innerhalb der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten. Im Einzelnen gehören dazu:

- Verantwortung für die inhaltliche als auch formale Umsetzung des Rehabilitationskonzepts im Rahmen der Vorgaben der Rehabilitationsträger
- die medizinische Anamneseerhebung
- allgemeinärztliche, körperliche Untersuchungen
- neurologische und psychiatrische Untersuchungen mit Befunddokumentation
- gegebenenfalls Empfehlung weiterer Diagnostik und Therapie
- die Abstimmung und Verantwortung des Rehabilitationsplans und Rehabilitationsziels (Therapiefrequenz, ergänzende Therapieangebote)
- Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen und deren Dokumentation
- die Leitung der Fall- und Teambesprechungen, ggf. Teilnahme an der Supervision
- der Informationsaustausch mit den behandelnden Ärzten und/oder Kliniken

- Erstellen des ärztlichen Entlassungsberichts mit sozialmedizinischer Beurteilung gemäß dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht auf bundeseinheitlichem Vordruck
- konzeptionelle Weiterentwicklung.

5.3 Zielgruppen und Indikation

5.3.1 Zielgruppen

Zielgruppen der ambulanten Rehabilitation sind volljährige Personen mit einer Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, mit einer Mehrfachabhängigkeit oder mit pathologischem Glücksspiel sowie mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen. Diese müssen in einer Motivationsphase ihre Abstinenzfähigkeit unter Beweis gestellt haben und über ein stabiles soziales Umfeld verfügen, d. h., sie haben einen festen Wohnsitz und einen gesicherten Lebensunterhalt. Sie verfügen über ausreichende Kompetenzen zur Alltagsbewältigung und zur Rückfallvermeidung während des Therapieprozesses. Wichtige Bezugspersonen unterstützen die Rehabilitationsbereitschaft.

5.3.2 Indikation

Eine ambulante Rehabilitation kommt in Betracht, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

- Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Rehabilitation erfolgversprechend erscheint und eine ganztags ambulante sowie eine stationäre Rehabilitation nicht oder nicht mehr erforderlich ist
- Das soziale Umfeld des / der Abhängigkeitskranken hat noch stabilisierende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Rehabilitationseinrichtung allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt
- Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr nötig, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind
- Der / die Abhängigkeitskranke ist in der Regel beruflich (noch) ausreichend integriert, jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbsfähigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Rehabilitation nicht aus. Die 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 Therapieplanes in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Rehabilitation vorhanden ist
- Der / die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und regelmäßig suchtmittelfrei an der ambulanten Rehabilitation teilzunehmen
- Auch bei einem langen und intensiven Abhängigkeitsverlauf kann die Indikation für eine ambulante Rehabilitation bestehen
- Ausreichende Mobilität ist vorhanden. Die / der Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurückzukehren

5.3.3 Kontraindikation

Kontraindiziert ist eine ambulante Rehabilitation, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialen Gebiet, die eine ambulante Rehabilitation infrage stellen
- Die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) ist erforderlich, um den Rehabilitationserfolg zu sichern
- Das soziale Umfeld des / der Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion.
- Die / der Abhängige ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden
- Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist
- Die / der Abhängigkeitskranke ist nicht bereit oder nicht in der Lage, während der ambulanten Entwöhnung abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen

5.3.4 Substitutionsgestützte Rehabilitation Drogenabhängiger

Bei einer ambulanten, substitutionsgestützten Rehabilitation Drogenabhängiger gelten für uns noch die Zielvorstellungen und Entscheidungshilfen der Anlage 4 der Vereinbarung »Abhängigkeitserkrankungen« vom 4. Mai 2001:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit im Sinne der BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Nachsorge) wie bei nicht Substitutionsmittelgestützter (drogenfreier) Rehabilitation
2. Auch bei substitutionsmittelgestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist es das Ziel, die vollständige Abstinenz von allen Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne »übergangsweise«
3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Personen bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Rehabilitanden/innen gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der BUB-Richtlinien zulässig ist.
 - Eine stabile Dosis des Substitutionsmittels von mindestens vier Wochen muss erreicht sein. Eine Dosis bleibt stabil, wenn Opiatentzugerscheinungen während mindestens 24 Stunden unterdrückt bleiben
 - Beikonsumfreiheit ist erforderlich. Beikonsumfreiheit muss mindestens in den letzten vier Wochen vor der Antragstellung bestanden haben. Außer dem Substitutionsmittel darf nachweislich kein Suchtmittel (illegale Drogen, Alkohol, Medikamente) konsumiert wor-

den sein. Kontrolluntersuchungen (vor allem Urinkontrollen unter Sicht) sind vom substituierenden Arzt durchzuführen und zu dokumentieren

- Es gibt keine maximale Eingangsdosis bei Beginn der ambulanten Rehabilitation.

Ansonsten gelten die gleichen medizinischen Kontraindikationen wie bei unseren anderen Entwöhnungstherapieangeboten.

Eine *Abdosierung* muss ganz eng mit dem substituierenden Arzt abgestimmt werden. Eine enge Zusammenarbeit zwischen unserer ambulanten Rehabilitationseinrichtung und dem substituierenden Arzt ist also unabdingbar. Die Abdosierung sollte immer in kleinen Schritten erfolgen. Die Erfahrung zeigt, dass Patienten eine solche kontinuierliche Abdosierung umso besser vertragen, je weiter die soziale sowie berufliche Rehabilitation vorangeschritten ist.

Mit dem substituierenden Arzt sollte ein solcher Abdosierungsplan mit dem Ziel vereinbart werden, dass nach max. zwölf Monaten Behandlungszeit eine Freiheit vom Substitutionsmittel erreicht werden kann. Hierbei kann es sehr hilfreich sein, die letzten Milliliter im Rahmen eines stationären Entgiftungssettings zu entziehen.

5.3.5 Ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel

Die ambulante medizinische Rehabilitation von pathologischem Glücksspielern/innen wird in Kooperation mit der Fachstelle Sucht und Prävention des Caritasverbandes für den Landkreis Emsland durchgeführt. Hierfür wurde 2010 von beiden Trägern eigens ein »Ökumenischer Behandlungsverbund bei pathologischem Glücksspiel« gegründet. Das gemeinsame Konzept wurde im gleichen Jahr von der DRV Braunschweig-Hannover und DRV Bund anerkannt. Die Geschäftsstelle hat ihren Sitz in der Fachstelle Sucht des Caritasverbandes, Markt 31 - 33, 49716 Meppen.

Wir verweisen an dieser Stelle nur auf das überarbeitete Rehabilitationskonzept, das der ökumenische Behandlungsverbund Pathologisches Glücksspiel Emsland derzeit bei der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig-Hannover und Bund zur Anerkennung eingereicht hat. Insgesamt stellt der ökumenische Behandlungsverbund eine wichtige Erweiterung unserer Beratungs- und Rehabilitationsangebote dar.

5.4 Ablaufstruktur der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Der folgende Text beschreibt die notwendigen Schritte zur Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation und stellt eine Konkretisierung der im wissenschaftlichen Konzept formulierten verhaltenstheoretischen Grundlagen unserer Therapie von abhängigen Menschen dar.

5.4.1 Der erste Beratungskontakt zur Klärung des Anliegens

Der Erstkontakt erfolgt im Rahmen des allgemeinen Beratungsangebotes auf den üblichen Wegen, d. h. persönlich, institutionell, betrieblich oder über mit betroffene Personen. Es findet eine erste Klärung des Anliegens statt und eine Entscheidung, ob die Fachambulanz für die vorgestellte Problemlage die adäquaten Unterstützungsangebote zur Verfügung stellen kann. Diese erste Klärungsphase umfasst in der Regel nicht mehr als fünf Beratungstermine.

5.4.2 Entscheidung über Beantragung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation

Nach den ersten Kontaktgesprächen wird zunächst eine grundsätzliche Entscheidung bezüglich der anzustrebenden Maßnahme getroffen. Diese erfolgt in Absprache mit der betroffenen Person und umfasst verschiedene Angebote wie eine Vermittlung in eine Entgiftung, stationäre oder tagesklinische Entwöhnungsbehandlung oder langfristige Betreuungsangebote, die Einleitung einer Substitution, das Herstellen von Kontakten zu Einrichtungen des betreuten Wohnens, Informationsvermittlung und vieles mehr.

Liegt eine Indikation für eine ambulante medizinische Rehabilitation vor, wird ein Vorbereitungsplan initiiert, der eine sechs- bis achtwöchige Motivationsphase umfasst, in der die Antragsformulare zur Kostenübernahme zusammengestellt, wichtige anamnestische Informationen erhoben und erste diagnostische Einschätzungen verfasst werden. Häufig erfolgt in dieser Phase auch eine erste Erprobung einer abstinenter Lebensweise als Voraussetzung für die Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Aus unserer Sicht stellt diese ›Beratungsphase‹ die erste therapeutische und diagnostische Phase der Therapie von Suchtmittelkonsumenten dar, auch wenn sie noch nicht „formaler“ Teil der medizinischen Rehabilitation ist.

5.4.3 Erste diagnostische und anamnestische Datenerhebungen während der Motivationsphase

Vor Beginn einer ambulanten Rehabilitation sehen wir den wesentlichen Schritt in der Klärung der vorliegenden Problemstruktur und der Behandlungsmotivation bei dem / der Betroffenen. Neben der medizinischen Regeluntersuchung durch den Facharzt der Fachambulanz Sucht sollten bei Bedarf medizinische, psychiatrische und psychologische Diagnoseverfahren zum Einsatz gebracht werden, um die Indikationsstellung und erste Rehabilitationsplanung zu unterstützen. Dabei sollten folgende Bereiche abgedeckt werden:

- Diagnose der Substanzproblematik nach den Kriterien des ICD 10 (F1x.xx)
- psychopathologische Befunderhebung zur Abklärung der psychischen Schädigung (Differentialdiagnose zum Bereich der psychotischen Krankheitsbilder ICD 10 F2x.x und F3x.xx)
- diagnostische Befunderhebungen bezüglich relevanter Sekundärsymptomatik bzw. komorbiden Störungen, wie z. B. Ängste, Selbstunsicherheit, Gewaltbereitschaft, nicht-psychotische affektive Symptome, Suizidalität etc.
- körperliche Befunderstellung und Anamnese durch den zuständigen Facharzt/-ärztin
- strukturierte psychosoziale Anamnese mit den Standardbereichen Konsumverlauf, körperlicher Vorerkrankungen, biographische Entwicklung, Partnerschaft und Familie, finanzieller und rechtlicher Status, soziale Unterstützungsbereiche sowie Freizeit und Hobbys
- Ausführliche schulische, berufliche und arbeitsbezogene Anamnese und Erfassung der aktuellen Arbeitssituation
- erste Hypothesen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchtproblematik und grundlegende Beschreibung der Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe in den zentralen Lebensbereichen unter Anwendung der ICF-Beschreibungsparameter

Alle medizinischen und psychiatrischen Erhebungsverfahren werden vom Facharzt der Fachambulanz Sucht leitlinienkonform (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF online) durchgeführt. Bei der psychodiagnostischen Untersuchung ist

der Psychologe respektive die Psychologin verantwortlich und es werden ggf. auch strukturierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz gebracht. Die psychosozialen Daten werden von der/dem jeweiligen Bezugsberater/-in erhoben, die dann auch im Idealfall als Bezugstherapeuten/-innen die Durchführung der ambulanten Rehabilitation übernehmen. Um eine optimale Koordination der Behandlungsschritte zu ermöglichen, ist eine enge Zusammenarbeit mit Haus- bzw. Fachärzten gewährleistet. Die Verhaltensdiagnostik ist als Grundlage für eine effektive Rehabilitationsplanung heranzuziehen. (vgl. auch Abschnitt 5.4.4.1 »Zweite Phase der Diagnostik...«).

Liegen alle relevanten Informationen und Voraussetzungen zur Antragstellung vor, konnte die betroffene Person ihre Suchtmittelabstinenz aufrechterhalten und erscheint sie ausreichend motiviert, wird der Antrag versandt.

5.4.4 Durchführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation

Nach Eingang der Kostenzusage wird ein erster Termin mit der dem / der Rehabilitanden/-in vereinbart, bei dem ein Behandlungsvertrag (vgl. Abschnitt 5.4.9) besprochen und unterzeichnet wird, der die Modalitäten der Durchführung der Rehabilitation nochmals festhält. Außerdem werden Termine für die weitere diagnostische, medizinische und psychotherapeutische Datenerhebung festgelegt. Zudem wird die Gruppenzugehörigkeit geklärt.

5.4.4.1 Zweite Phase der diagnostischen und anamnestischen Datenerhebung und Erstellung des verhaltensanalytischen Modells / Fallkonferenz

In den ersten Behandlungswochen werden, soweit nötig, weitere diagnostische Untersuchungen durchgeführt, die sich individuell aus den Ergebnissen der Problem- und Ressourcenbeschreibung der Beantragungsphase ergeben. Dabei kann die gesamte Breite der psycho- und verhaltensdiagnostischen Verfahren zur Anwendung kommen:

- das diagnostische Gespräch: frei, halbstrukturiert oder strukturiert
- nonverbale Ausdrucksdiagnostik / Verhaltensbeobachtung
- Testdiagnostik:
 - Sucht (nach MALT 1977)
 - KFM (WATZL et al. 1991)
 - Berufliche Orientierung (Berufsanamnese, Würzburger Screening, Löffler et al., 2008 und SIBAR, Bürger und Deck, 2009)
 - Teilhabe (ICF-Mini-APP (Linden et al. 2009)
 - Persönlichkeit (z. B. FPI; FAHRENBERG et al. 1984)
 - Leistung (HAWIE, CFT, D2 etc.)
 - Psychopathologie (z. B. BDI, Depressionen, BPI, Borderline-Störung, SCL-90, Symptom-Checkliste, SASKO, Soziale Ängste, STAI, State-Trait-Ängste)
- Fremdanamnesen: Angaben von Ehepartnern, Polizei, Arbeitgebern, Behörden.

Der Einsatz der diagnostischen Verfahren wird individuell abgestimmt, dient der Präzisierung der schon vorhandenen anamnestischen und diagnostischen Befunde und mündet in die Erstellung einer dezidierten Verhaltensanalyse zur Entstehung, Aufrechterhaltung und Veränderung der Suchtproblematik der betroffenen Person (vgl. dazu Abschnitt 4.3). Diese wird von dem / der zuständigen Bezugstherapeuten/in im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen vorgestellt und diskutiert.

5.4.4.2 Erstellung der Rehabilitationsziele und des darauf bezogenen Therapieplans

Das Ergebnis der Verhaltensanalyse und der Diskussion in der Fallkonferenz wird mit dem / der Rehabilitanden/-in besprochen, darauf aufbauend werden die Rehabilitationsziele gemeinsam festgelegt und ein entsprechender Therapieplan erstellt.

Dabei steht das Ziel der langfristigen Sicherung der Erwerbsfähigkeit und -tätigkeit der Rehabilitanden/innen im Rahmen der Formulierung der beiden Vereinbarungen der Rentenversicherer und Krankenkassen zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (2001) und dem Rahmenkonzept zur ambulanten Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankten (2008) an erster Stelle. Dies umschließt dann automatisch auch die Herstellung und Aufrechterhaltung einer Suchtmittelabstinenz und die Behebung von darauf bezogenen seelischen und körperlichen Störungen. Dieser Prozess erfolgt auf der Basis der gesamten vorliegenden Information über den / die Rehabilitanden/-in und in enger Kooperation mit diesem/r. Das Ergebnis wird schriftlich festgehalten, dient als Bezugsgröße zur Beurteilung der Rehabilitationsfortschritte und sollte deshalb möglichst verhaltensnah beschrieben werden. Außerdem sollte die / der zuständige Bezugstherapeut/-in möglichst auf die Ziele bezogene Umsetzungs- bzw. Erreichungsmethoden festlegen.

Wie schon im Kapitel zu den theoretischen Grundlagen formuliert, gestalten wir das gesamte Vorgehen der Zielbestimmung und deren Umsetzung als „multilogischen“ Prozess, in dessen Zentrum der Dialog zwischen den/der Rehabilitanden/in und der/dem Bezugstherapeut/in stehen. Hier werden die verschiedenen Zieldimensionen analysiert, diskutiert und im einem konsensuellen Prozess auf eine überschaubare Zahl von reha-relevanten Zielen in einer verhaltensbezogenen Sprache überführt. Diese Zielfestlegungen und die damit verbundenen Umsetzungsideen strukturieren die jeweilige Phase des Rehabilitationsprozesses und spätestens bei der Entscheidungsfrage, ob der Rehabilitationsprozess ausreichend erfolgreich war oder eine Verlängerung notwendig erscheint, werden die Lebensveränderungen im Sinne der Zielerreichung bewertet. Wir beziehen uns dabei auf Caspar (2009), der dieses Vorgehen als bezogenen individuellen therapeutischen Konstruktionsprozess beschreibt.

Im Sinne der in der ICF formulierten Wichtigkeit der psychosozialen Kontextvariablen für das Gelingen des rehabilitativen Vorgehens werden auch die umweltbezogenen Kontextvariablen gemeinsam mit dem/der Rehabilitandin/en bestimmt. Es werden dadurch mögliche Schnittstellen zu den anderen sozialen Bezugssystemen wie Familie, Arbeitskollegen, Vorgesetzte etc. deutlich und auch Aufgabenstellungen, die die Einbeziehung der Expertise anderer Unterstützungssysteme (wie z. B. Schuldnerberatung, Bewährungshilfe etc.) notwendig machen. Diese Informationen werden bei der Planung und Umsetzung der Rehabilitationsziele berücksichtigt. Insgesamt ist es jedoch zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Rehabilitation möglich, den Prozess und die Fortschritte im Sinne eines gleichberechtigten rekursiven Vorgehens zu reflektieren. Über die bisher formulierten Kernstrategien des rehabilitativen Vorgehens wird auf kein explizites Phasenkonzept zurückgegriffen, sondern den individuellen Gegebenheiten der/des Rehabilitanden/in der Vorrang gegeben.

5.4.5 Durchführung der Standardangebote

5.4.5.1 Einzeltherapeutische Leistungen

Die einzeltherapeutischen Gespräche finden nach einem festgelegten Turnus statt, wobei die genaue Frequenz je nach der individuellen Problemsituation der Rehabilitanden/innen zu bestimmen ist. Sie werden von den Fachkräften mit anerkannten sozialtherapeutischen Zusatzausbildungen durchgeführt, die dann auch als Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten für die Gesamtdau-

er der medizinischen Rehabilitation fungieren. Die Gespräche dauern in der Regel 50 Minuten. In Krisensituationen (vgl. auch die folgenden Ausführungen in Abschnitt 5.4.8) erfolgen spezifische Interventionen. Die inhaltliche Gestaltung dieser einzeltherapeutischen Gespräche orientiert sich an den Rahmenvorgaben des Rehabilitationsplans und den grundsätzlichen Vorgaben, die für die gruppentherapeutischen Gespräche im Folgenden erläutert werden.

5.4.5.2 Gruppentherapeutische Leistungen

Die Regelbehandlung im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation wird durch regelmäßige gruppentherapeutische Arbeit erbracht. Durchgeführt werden diese gruppentherapeutischen Gespräche auf der Basis dieser Konzeption, die ein problem- und situationsfokussiertes Vorgehen ermöglicht, in dem sowohl die Defizite der Betroffenen aufgearbeitet werden sollen als auch jede einzelne Person als wichtige Ressourcenquelle im individuellen Prozess der Entwicklung konstruktiver Lösungspläne beteiligt wird. Dadurch werden schon im gruppentherapeutischen Prozess neben den defizitorientierten Erlebnis- und Bearbeitungsmustern wichtige Kompetenzen der Problembearbeitung und besonders -bewältigung (re-)aktiviert und in stellvertretenden Lernprozessen angewendet (Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung; vgl. BANDURA 1976; DERS. 1979). Jede Person durchläuft in diesem Prozess verschiedene angeleitete Phasen, die sich grob wie folgt benennen lassen:

- Ankunft und Herstellung einer Arbeitsbeziehung in und für die Gruppe
- Problem- / Zieldarstellung und -analyse sowie Herausarbeitung vorhandener Ressourcen
- Erstellung einer Ziel- / Problemhierarchie
- Bearbeitung der jeweiligen Themen und Entwicklung von Lösungsstrategien
- Anwendung der Vorschläge in konkreten Alltagssituationen
- Reflexion der Ergebnisse dieser Umsetzung in der Gruppe und Verbesserungsvorschläge
- Vorläufige Bewertung der erreichten Veränderungen.

Neben diesen regelhaften Phasen im Ablauf der gruppentherapeutischen Arbeit sollten zentrale suchtspezifische Themen regelmäßig in der Gruppe behandelt werden:

- Herausarbeiten der wesentlichen abhängigkeitspezifischen Verhaltensmuster und deren aufrechterhaltenden Bedingungen
- emotionale Problemerzeuger und deren Bewältigung (z. B. Ängste, depressive Verstimmungen, Selbstunsicherheit, Lust-Unlust-Regulation etc.)
- Strategien der Rückfallprophylaxe
- Strategien einer realistischen und zufriedenstellenden Zukunftsgestaltung.
- Strategien zur Festigung bzw. zur Wiedererlangung der oder einer Erwerbstätigkeit

Grundsätzlich werden die therapeutischen Gruppen im Co-Therapeutinnensystem durchgeführt. Durch dieses Vorgehen wird für die Kontinuität der psychotherapeutischen Gruppenarbeit gesorgt, im Krankheits- oder Urlaubsfall ist stets eine qualifizierte Vertretung gewährleistet.

Wir arbeiten mit halboffenen Therapiegruppen, d. h., ein Einstieg in die Gruppe ist bei vorhandenem freiem Platz jederzeit möglich, die weitere Teilnahme danach jedoch verpflichtend. Jede Neuaufnahme in die Gruppe erfolgt nach einem festgelegten Prozedere (»Aufnahmerritual«). Gruppen bei legalen Suchtmitteln umfassen maximal zwölf Personen, Gruppen bei illegalen Suchtmitteln maximal acht Personen. Die Gruppentreffen finden überwiegend ein- bis zweimal

wöchentlich am frühen Abend (ca. 18 Uhr) statt und haben eine Dauer von 100 Minuten. So können auch berufstätige Personen problemlos an der Gruppe teilnehmen.

5.4.5.3 Einbeziehung des sozialen Umfeldes

Im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist nach unserem Behandlungsverständnis die Einbeziehung der zentralen Bezugspersonen des sozialen Umfeldes der Rehabilitanden/innen in allen Prozessabschnitten für die optimale und langfristige Zielerreichung von großer Bedeutung. Das soll nicht heißen, dass der Auftrag der ambulanten medizinischen Rehabilitation auf die Bezugspersonen der Versicherten ausgeweitet werden soll. Allerdings haben eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen gezeigt, dass die Aufrechterhaltung langfristiger Abstinenz neben den individuellen Bedingungen der Betroffenen wesentlich durch die angemessene Unterstützung durch das soziale Umfeld gewährleistet wird. Diese Einschätzung spiegelt sich auch in den Indikationskriterien zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, welche von einem unterstützenden und kooperationsbereiten Umfeld ausgehen. Dies umfasst natürlich auch den Arbeitskontext der Rehabilitanden/innen.

Wir bieten begleitende Gespräche für die wichtigsten Bezugspersonen aus Familie und Arbeitswelt an, wobei Zusammensetzung der Gesprächsgruppe, Umfang, Inhalt, Zeitpunkt und Frequenz im Einzelfall zu bestimmen sind. Dabei ist es bei Bedarf möglich, auch paar- und familientherapeutische Gespräche durchzuführen, da mehrere Mitarbeiter/innen über entsprechende Qualifikationen verfügen und auch in Unterstützungsangebote wie die kinder- und jugendpsychiatrische Fachambulanz zu überweisen, um mögliche Gefährdungen von mitbetroffenen Kindern auszuschließen oder über die integrierte Kirchenkreissozialarbeit Entlastungen für die betroffenen Familien zu organisieren.

Zusätzlich bieten die weiteren Angebote der Beratungsstelle verschiedene Unterstützung, wie z. B. Angehörigengruppen, Angehörigenseminare und Informationsveranstaltungen über Abhängigkeitserkrankungen.

5.4.5.4 Indikationsgruppen

Aufgrund der spezifischen Situation im weitläufigen Emsland ist die Mobilität der Rehabilitanden/innen häufig stark eingeschränkt. Dieser Situation tragen unsere drei Standorte Rechnung, allerdings verringert sich die Zahl der Rehabilitanden/innen pro Standort so, dass es schwierig ist feste Indikationsgruppen noch zusätzlich zum grundsätzlich Rehabilitationsangebot vorzuhalten. Deshalb werden aus verschiedenen Indikationsbereichen Module in die Gruppenbehandlung integriert. Dabei werden folgende Bereiche besonders berücksichtigt:

1. Das Therapieprogramm »Sicherheit finden« – Posttraumatische Belastungsstörungen und Substanzmissbrauch (Najavits et al., 2009)

Das Therapieprogramm »Sicherheit finden« von Najavits et al. (2009) stellt eine Fülle von einzelnen Therapiemodulen zum Themenbereich Abhängigkeit und Traumatisierung zur Verfügung und wird in vielen Rehabilitationssituationen sehr gewinnbringend angewendet und ist fester Bestandteil unserer therapeutischen Vorgehensweise. Ergänzt wird es mittlerweile noch von dem Manual zur „Cognitive Processing Therapy“ bei posttraumatischen Belastungsstörungen von König et al. (2012).

2. **Depressionen erfolgreich bewältigen« – das Therapiemanual „Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen**

Das Therapiemanual von Schaub et al. (2006) bietet einen einfachen und modularen Zugang zur Bearbeitung von unterschiedlichen Problemphänomenen rund um den Symptombereich Depressionen und wird flexibel bei entsprechender Indikation genutzt.

3. **Rückfallpräventionsprogramme**

Wie im theoretischen Teil ausführlich beschrieben nimmt die Arbeit mit und die Verhinderung von Vor- und Rückfällen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen einen breiten Raum ein und das zu Recht. Deshalb sind feste Module einer Rückfallprophylaxe fester Bestandteil jeder Gruppentherapie in unseren ambulanten Rehabilitationen. Die Zahl der Module variiert nach Größe und Zusammensetzung der Rehabilitationsgruppen. Dabei greifen wir auch auf die mittlerweile vielfältigen Trainingsprogramme und Therapiemanuale zur Rückfallprävention zurück. An dieser Stelle möchten wir besonders auf die Manuale von ALTMANNBERGER (Alkohol, 2004), das Trainingsprogramm S.T.A.R. von KÖRKEL & SCHINDLER (Alkohol, 2003) und Klos & Görden (Drogen, 2009) verweisen, die uns dabei besonders hilfreich waren.

4. **Trainingsmanuale zur Erhöhung sozialer Kompetenzen**

In dem Bereich der Verbesserung sozialer Kompetenzen für erwachsene Menschen hat sich im deutschen Sprachraum das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (Hinsch & Pflingsten, 2007⁵) sehr profiliert und es ist gut geeignet, im Rahmen der ambulanten Rehabilitation in Form von Modulen gezielt eingesetzt zu werden.

5.4.5.5 Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation

Im Rahmen der ambulanten Rehabilitation findet ein fortlaufender Bezug auf die Erwerbssituation der Rehabilitanden/innen. Dies umfasst sowohl die Unterstützung bei der Rückkehr in einen erhaltenen Arbeitsplatz wie auch die Beratung und Begleitung bei der Neuaufnahme einer Arbeitstätigkeit.

Dazu werden die Erkenntnis aus den beruflichen Anamnesen, den darauf bezogenen Screeningverfahren und den medizinischen Befunden benutzt und mit den anderen Fachleuten für diesen Bereich koordiniert. Aufgrund der Komplexität des Vorgehens findet sich zu diesem Rehabilitationsbereich ein eigener Abschnitt unter **Punkt 5.5** des vorliegenden Gesamtkonzepts.

5.4.5.6 Sozialarbeiterische Maßnahmen zur Lebensstabilisierung

Es sollte deutlich geworden sein, dass die Maßnahmen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation substanzabhängiger Menschen fortlaufend durch die unterschiedlichsten sozialarbeiterischen Maßnahmen zur Lebensstabilisierung unterstützt werden. Dazu arbeiten wir intensiv mit den anderen Fachbereichen unseres DW-ELB und anderer Anbieter zusammen:

- Kirchenkreissozialarbeit
- Schuldnerberatungsstellen
- psychologische Beratungsdienst
- Familienhilfen, Kleiderkammern
- Wohnungslosenhilfe
- Ambulante Jugendhilfe
- Straffälligenhilfe
- betriebliche Wiedereingliederung.

5.4.6 Fallkonferenzen, Verlängerungsentscheidung und individuelle Anpassung der Maßnahme

Die Kostenzusagen der verschiedenen Leistungsträger haben eine begrenzte Dauer (26 Wochen bei der Deutschen Rentenversicherung, 20 / 40 / 80 Therapieeinheiten bei den Krankenkassen) und müssen bei Bedarf verlängert werden. Im Rahmen der jeweilig geltenden Fristen wird der Stand der ambulanten Rehabilitation mit dem / der Rehabilitanden/-in besprochen und im Rahmen der Fallkonferenz im Rehabilitationsteam vorgestellt. Bezugsgrößen dabei sind die formulierten Rehabilitationsziele und der Stand der Zielerreichung (Ist-Soll-Vergleich aus den verschiedenen Betroffenheitsperspektiven). Außerdem werden neue Informationen gesichtet und ggf. auch neue Ziele formuliert im Sinne eines fortlaufenden Prozess der diagnostisch-therapeutischen Hypothesenbildung und -überprüfung. Weiterhin werden die therapeutische Arbeitsbeziehung, die Veränderungsmotivation des / der Rehabilitanden/-in und seine / ihre Zuverlässigkeit bewertet. Ggf. werden auch noch weitere medizinische Untersuchungen angeordnet und / oder durchgeführt.

Wird der noch bestehende Behandlungsbedarf als genügend groß beurteilt, wird mit dem Formblatt G410 und einem entsprechenden Zwischenbericht ein Verlängerungsantrag gestellt. Das Vorgehen für eine mögliche zweite Verlängerung auf 18 Monate Behandlungszeit unterscheidet sich nicht vom dargestellten Vorgehen.

5.4.7 Planung und Umsetzung der Beendigung der ambulanten Rehabilitation

Die Abschlussphase beginnt ca. vier Wochen vor dem geplanten regulären Abschluss. Sowohl für die gruppentherapeutische Arbeit als auch für die Einzelgespräche wird ein intensives Resümee der erreichten Veränderungen gezogen. Folgende Themen sollten dabei im Vordergrund stehen:

- Reflexion der erreichten Veränderungen im Kontext der formulierten Ziele zu Rehabilitationsbeginn
- Formulierung der wesentlichen Ziele für die Zukunft und die dazugehörigen Umsetzungsschritte und -kompetenzen
- abschließende Formulierung der wichtigsten Strategien der Rückfallprophylaxe
- Reflexionen über und Planung von Gestaltungsmöglichkeiten eines konstruktiven ›Übergangs‹ in eine Alltagsgestaltung ohne die Unterstützungssysteme der ambulanten medizinischen Rehabilitation (z. B. Abschiedsrituale in der Gruppe, symbolische Formen der Kontaktaufrechterhaltung etc.).
- Möglichkeiten der weiteren professionellen Unterstützung bei der langfristigen Abstinenzgestaltung (z. B. Selbsthilfegruppe, Schuldnerberatung etc.)
- Klärung des weiteren Unterstützungsbedarfs bei der Umsetzung der erwerbsbezogenen Ziele. Dazu werden alle möglichen Institutionen und Angebote wie das Fallmanagement der DRV Braunschweig-Hannover, Vertreter des Arbeitgebers, die Arbeitsverwaltung und ähnliches, soweit das nicht schon im Verlauf der ambulanten Rehabilitation bzw. der ambulanten Nachsorge geschehen ist, herangezogen.

Zusätzlich wird die ärztliche Abschlussuntersuchung durch den Facharzt der Fachstelle durchgeführt, eine sozialmedizinische Beurteilung vorgenommen und ein ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht gemäß der Kriterien der Leistungsträger angefertigt. Dieser wird bis spätestens zehn Werktage nach der letzten Therapieeinheit an den Leistungsträger versendet.

5.4.8 Umgang mit besonderen Vorkommnissen

Bisher wurde ein idealtypischer Verlauf einer ambulanten Rehabilitation für einen abhängigen Menschen in unserer Einrichtung skizziert. Aber wie schon an verschiedenen Stellen betont worden ist, handelt es sich bei der Suchtmittelabhängigkeit um eine komplexe Problemstellung in einem biologischen, medizinischen, sozialen, psychologischen und individuellen Bedingungsgefüge, bei dessen Bearbeitung eine Reihe von Herausforderungen zu bewältigen sind, durch die sie sich von anderen psychotherapeutischen Behandlungsbereichen deutlich unterscheidet. Einige dieser Besonderheiten sollen an dieser Stelle benannt und erläutert werden.

5.4.8.1 Bewertung von und Umgang mit Rückfällen

Die Bewertung von und der Umgang mit Rückfällen in unseren Fachstellen orientiert sich, wie bereits oben ausführlich dargestellt, an den Modellvorstellungen von MARLATT (1985; 1996) bzw. MARLATT / GORDON (1985) und den daraus entstandenen Veränderungen im Verständnis von Rückfällen und deren Gefahr bzw. Bedeutung.

Ohne diese theoretischen Grundlagen noch einmal darzustellen, bleibt hier festzuhalten, dass ein Rückfall als normaler Bestandteil einer suchttherapeutischen Arbeit zu betrachten ist. Dabei zielt diese Arbeit natürlich darauf, das konkrete Auftreten von Rückfällen möglichst zu minimieren. Dazu werden auch entsprechende Strategien der Rückfallprophylaxe in den Gruppen- und Einzelgesprächen vermittelt. Sollte es dennoch zu einem Rückfall kommen, ist es die wesentliche Aufgabe, diesen so schnell wie möglich zu beenden. Danach sollte diese Situation intensiv bearbeitet und zum Ansatzpunkt für die weitere Behandlung genutzt werden. Dabei ist die Dauer, Intensität und Form des jeweiligen Rückfalls von entscheidender Bedeutung, um zu einer intensiveren Beurteilung der weiteren Behandlungsmöglichkeiten zu gelangen. Wesentlich erscheint dabei die therapeutische Beziehung als zentrale Konstante, weshalb alle Formen der Verheimlichung von Rückfällen als besonders schwerwiegend zu betrachten sind, da sie die Grundlagen der konstruktiven Kooperation in Frage stellen. Ansonsten gelten für die Fortführung der ambulanten medizinischen Rehabilitation die bekannten Vorgaben der Rentenversicherungsträger.

5.4.8.2 Kriseninterventionen

Eine weitere Besonderheit der suchttherapeutischen Arbeit ist bei der Krisenintervention zu identifizieren. Dabei ist die Idee der Krisenintervention als solche nicht als besonders zu klassifizieren, sondern eher die Anlässe für eine solche und die damit verbundenen Interventionskonzepte als Besonderheit zu bestimmen.

Die dringendste Form der Krisenintervention besteht in einer suizidalen Krise des / der Rehabilitanden/-in, die einen geregelten Ablauf in der therapeutischen Arbeit auslöst. Dieser wird grundsätzlich von der ärztlichen Leitung geführt und beinhaltet einen Katalog gestufter Maßnahmen bis hin zur Zwangseinweisung in eine geschlossene psychiatrische Einrichtung. Das Vorgehen entspricht den aktuellen Leitlinien zum Umgang mit suizidalen Krisensituationen.

Daneben finden sich eine große Bandbreite existentieller Krisensituationen, die durch die oft schwierigen Lebenssituationen der betroffenen Menschen ausgelöst werden (wie z. B. das Herausnehmen der Kinder aus der Familie durch das Jugendamt, Wohnungsverlust, Gewalteskalation etc.) und neben der psychotherapeutischen Krisenintervention sehr oft auch konkretes sozialarbeiterisches Eingreifen in diese Eskalationsprozesse erfordern, um vorhandene Bewältigungsressour-

cen überhaupt wieder anwendbar zu machen. Dabei sind sowohl stets die aktuelle Problembewältigung als auch die Auswirkungen der Situationsbewertungen auf die Suchtmittelabstinenz zu beachten. Dies führt unter Umständen zu sehr konkreten Behandlungsvorgehensweisen mit deutlichen In-vivo-Trainingsaspekten. Häufig sind in diesen Prozessen auch andere Institutionen beteiligt, die deutliche Kontrollaufgaben übernehmen. Mitunter sind auch »Helferkonferenzen« einzusetzen, um diese Prozesse konstruktiv zu koordinieren. Mit anderen Worten ausgedrückt: Kriseninterventionen finden nicht nur im Gespräch unter vier Augen statt, sondern sehr oft in der Auseinandersetzung mit der konkreten Realität der Rehabilitanden.

5.4.8.3 Abbrüche, interkurrente Erkrankungen und andere Vorkommnisse

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation von abhängigen Menschen werden einige Maßnahmen leider nicht regulär beendet. Deshalb ist es notwendig, über ein geregeltes Vorgehen zu verfügen. Bei vorzeitigen Beendigungen auf ärztliche Veranlassung oder mit ärztlichem Einverständnis liegt die Verantwortung bei der ärztlichen Leitung, wobei der Vorgang durch den / die Bezugstherapeuten/-in initiiert worden sein kann. Die vorzeitige Beendigung kann dabei durch neue medizinische Probleme, Veränderung in der Arbeitssituation oder Umwandlung in eine stationäre Maßnahme bei neuerlicher Abstinenzunfähigkeit bedingt sein. Eine Verlegung in eine andere Behandlungsform erfolgt in der Regel in eine stationäre Rehabilitation, eine Entgiftungsbehandlung oder eine psychiatrische Behandlung.

Eine disziplinarische Entlassung heißt immer, dass sich die zu behandelnde Person in starkem Maße nicht an die vereinbarten Regeln der Rehabilitation gehalten hat und deshalb die Basis für eine Zusammenarbeit nicht mehr gegeben ist. Diese Regeln werden im Behandlungsvertrag zur ambulanten Rehabilitation festgehalten und sind zusätzlich durch die Hausordnung definiert. Die Hausordnung findet sich im QM-Handbuch und ist jeder/m Rehabilitanden/in zugänglich. Eine disziplinarische Entlassung aufgrund von Verstößen gegen die Hausordnung hat in unserer 18-jährigen Praxis der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker noch nicht stattgefunden.

Als Abbrüche werden lediglich die Beendigungen gewertet, in denen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Rehabilitation gegen ärztlichen Rat vorzeitig beenden. Häufig werden diese Personen zunächst unzuverlässig, sagen Termine ab und fehlen dann unentschuldig. In diesem Fall werden die Personen innerhalb einer Woche angeschrieben und aufgefordert, einen neuen Termin zu vereinbaren. Sollte dies nicht geschehen, erfolgt ein zweites Schreiben, in dem der Person mitgeteilt wird, dass die Rehabilitation bei Nichtkontakt innerhalb von drei Tagen nach Erhalt des Schreibens beendet wird. Auf der Basis dieses Vorgehens sind die vom Rentenversicherer gesetzten Fristen im Falle eines Abbruchs einzuhalten.

Ein weiteres Spezifikum stellen aufgrund der langen Behandlungszeiten bei einer ambulanten Rehabilitation die interkurrenten Erkrankungen dar, die häufiger auftreten und bei einer Zeitüberschreitung von zwei Wochen zu einer Mitteilung an den Leistungsträger führen. In der Regel werden die interkurrenten Erkrankungen von anderen Fachärzten behandelt und es wird darauf geachtet, dass ein guter Austausch der relevanten medizinischen Informationen stattfindet. Dies gilt auch für alle Regeln und Veränderungen von Medikationen.

Schließlich ergeben sich im Rehabilitationsverlauf oft eine Reihe von konkreten Veränderungen in den Lebenssituationen der Rehabilitanden/innen, auf die unmittelbar reagiert werden muss. Exemplarisch dafür sei hier der Bereich der arbeitsbezogenen Veränderungen genannt. So muss flexibel auf die Erfordernisse von Schichtarbeit ohne feste Schichtfolge reagiert werden, auswärtige Arbeitsphasen erfordern besondere Zeiten für Gesprächsangebote und etwa auch die Sommerzeit stellt in vielen Berufssparten eine Zeit der ›langen Arbeitsabende‹ dar, auf die die Fachambulanz reagieren und an die sie sich anpassen muss – und es auch tut.

5.4.9 Formale Rahmenbedingungen, Behandlungsvertrag

Während der gesamten ambulanten medizinischen Rehabilitation gelten als formale Rahmenbedingungen die Durchführungsrichtlinien der zuständigen Leistungsträger. Es werden in unregelmäßigen Abständen Kontrollen der Suchtmittelabstinenz durchgeführt und zu Beginn der Rehabilitation wird ein formaler Vertrag hinsichtlich der ambulanten Rehabilitation mit dem / der Rehabilitanden/-en geschlossen.

Des Weiteren werden zu Beginn der ambulanten Rehabilitation und Nachsorge verschiedene formale Voraussetzungen für unsere Arbeit mit dem/der Rehabilitanden/in besprochen und unterschrieben. Dazu gehört die Aufklärung über und die Zustimmung zur Erhebung personenbezogener Daten und die darauf bezogenen Datenschutzbedingungen und Schweigepflicht, Aufklärung über und Zustimmung zu unseren katamnestischen Nachbefragungen, Hausordnung, Notfallplan und gegebenenfalls auch juristische Rahmenbedingungen (z. B. zum §§35/36 BtMG). Die Prozeduren zu diesen formalen Bereichen sind in unserem Handbuch zum Qualitätsmanagement niedergelegt.

5.5 Arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation

Ziel der ambulanten Rehabilitation für die Rehabilitanden/innen ist die Wiederherstellung bzw. Stabilisierung der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Den Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung und den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit soll entgegengewirkt, das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert und eine dauerhafte Eingliederung in das Erwerbsleben möglichst erreicht werden. Unsere Durchführungsleitlinien zur ambulanten medizinischen Rehabilitation berücksichtigen jederzeit den hohen Stellenwert der Erwerbsfähigkeit und werden fortlaufend den neuen Entwicklungen angepasst (wie z. B. aktuell dem BORA-Konzept, Entwurf, 2014) Es handelt sich hierbei um Leistungen innerhalb der ambulanten medizinischen Rehabilitation, sie sind abgegrenzt von Leistungen der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und von Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben und umfassen maximal 10 Therapieeinheiten bei 40 Einheiten für jeweils 6 Monate. Die beschriebenen Leistungen sind Ergänzungen innerhalb des bisherigen Leistungsspektrums. Die ambulante Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter wird diagnostisch und therapeutisch um berufsbezogene Elemente erweitert. Damit sollen die Rehabilitanden/innen befähigt werden, trotz diverserer Stressoren die berufliche Integration zu erhalten oder wieder herzustellen.

Leistungsumfang

Die arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulanten medizinischen Rehabilitation sollen die eingeschränkte Leistungsfähigkeit (bezogen auf den bisherigen oder einen angestrebten Arbeitsplatz) wiederherstellen. Dies geschieht durch die Verbesserung der personalen Ressourcen bzw. den Abbau von Hindernissen im beruflichen Verhalten und Erleben der Rehabilitanden/innen. Ist

absehbar, dass der bisherige Arbeitsplatz zu hohe Anforderungen stellt, sollen möglichst zeitnah andere Maßnahmen eingeleitet werden, um die Bedingungen des Arbeitsplatzes an die geminderte Leistungsfähigkeit anzupassen. Weitere begleitende Angebote wie Bewegungstherapie oder Freizeitangebote werden in der Regel durch die externen lokalen Anbieter (z. B. Selbsthilfegruppen für den Freizeitbereich oder ergotherapeutische Praxen) abgedeckt, da diese Angebote leider nicht durch die ambulante Rehabilitationsmaßnahme gegenfinanziert werden.

- Die Fachambulanz richtet ihre ambulante medizinische Rehabilitation am Ziel der beruflichen Wiedereingliederung bzw. dem Erhalt der Erwerbstätigkeit aus und bietet für alle Rehabilitanden/innen beruflich orientierte Basisangebote an. Hierbei geht es um eine arbeitsbezogene Diagnostik, die erwerbsbezogene Problemlagen erfasst und daraus konkrete Therapieziele entwickelt. Als Rehabilitationsbausteine werden Beratungen zur Arbeitsplatzhaltung und Gruppenangebote zu berufsbezogenen und sozialmedizinischen Fragen angeboten.

Die Maßnahmen verstehen sich als Basisangebote, die für möglichst alle Rehabilitanden/innen der ambulanten medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden und erfolgen in Zusammenarbeit mit dem Fallmanagement der Deutschen Rentenversicherung.

Diagnostik

Die Diagnostik berufsbezogener Einschränkungen beginnt in der Anfangsphase der ambulanten medizinischen Rehabilitation im Zuge der medizinischen, sozialen, psychischen und beruflichen Anamnese durch den zuständigen Sozialtherapeuten und den Arzt der Einrichtung. Informationen zum Arbeitsplatz und psychosozialen Anforderungen (z. B. Stress, Zeitdruck, Verantwortung) werden gegebenenfalls in Arbeitgebergesprächen erfragt. Leistungsvermögen und Anforderungen werden abgeglichen und daraus resultierende Ziele und Maßnahmen festgelegt. Zur Ermittlung funktionaler Beeinträchtigungen werden Konsiliarbefunde von kooperierenden Arztpraxen eingeholt. Zusätzlich werden einfache Screeningverfahren wie die das Würzburger Screening (Löffler et al. 2008), SIBAR, Bürger & Deck (2009) oder die Mini-ICF-APP (Linden et al. 2009) zur Erfassung der Anforderungen an einen bestehenden Arbeitsplatz und möglichen Aktivitäts- und Teilhabe einschränkungen benutzt. Sollten Rehabilitanden/innen in ein Praktikum vermittelt werden, können die beobachteten Fähigkeiten auch dort bewertet werden. Die spezifischen therapeutischen Leistungen für arbeitsbezogene Interventionen in der ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden im Folgenden entsprechend der Zuordnung im neuen KTL (2015) nach einer Handreichung der DRV Braunschweig-Hannover (Wiegand, 2015) kurz dargestellt und ergänzt:

5.5.1 Beratung zur beruflichen bzw. schulischen Integration einzeln

- Sozialrechtliche Fragen (z. B. Klärung der wirtschaftlichen Sicherung und der Mobilität)
- Beratung zu den Möglichkeiten der Wiedererlangung des Führerscheins mit konkreter Fahrplanerstellung bezüglich Fristen, Abstinenznachweisen und Voraussetzungen
- Vorbereitung auf die Wiedererlangung des Führerscheines, um die Mobilität und damit berufliche Integrationsmöglichkeit zu erhöhen.
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- stufenweise Wiedereingliederung

- berufliche Perspektiven und Berufsklärung
- schulische Laufbahn
- sonstige Beratung zur beruflichen Integration

Dauer pro Termin

- mindestens 15 Minuten

KTL-Ziffern

- D552, D561, D562, D563, D564, D569

Berufsgruppen

- Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Ergotherapeut
- Psychologe, Arzt
- ggf. in Kooperation mit den Reha-Fachdiensten der DRV (Reha-Beratern)

5.5.2 Soziale Arbeit in der Kleingruppe

- Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
- Umgang mit Belastungen und Konflikten im schulischen Umfeld
- berufliche Orientierung und berufliche Teilhabe
- sozialrechtliche Fragen
- Training der sozialen Kompetenz

Dauer pro Termin

- mindestens 45 Minuten

KTL-Ziffern

- D581, D582, D583, D585, D586

Berufsgruppen

- Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt

5.5.3 Soziale Arbeit in der Gruppe

- Umgang mit beruflichen Belastungen und Konflikten am Arbeitsplatz
- Umgang mit Belastungen und Konflikten im schulischen Umfeld
- berufliche Orientierung und berufliche Integration
- sozialrechtliche Fragen
- Training der sozialen Kompetenz
- berufsbezogene Qualifizierungsangebote
- Bewerbungstraining

Dauer pro Termin

- mindestens 45 Minuten

KTL-Ziffern

- D591, D592, D593, D595, D596, H841, H842

Berufsgruppen

- Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Arzt
- Psychologe
- bei H841/H842 auch Arbeitserzieher, Berufspädagogen

5.5.4 Arbeitsplatzbezogene Interventionen

- arbeitsweltbezogene Problematik einzeln
- arbeitsweltbezogene Gruppe
- Einzelgespräche mit Rehabilitand und Betriebsangehörigen
- Bilanzierungsgespräch bei externem Arbeitsplatzpraktikum (einzeln)
- Arbeitsplatztraining (Kleingruppe)
- Arbeitsplatzbesuch (einzeln)
- interne Belastungserprobung (einzeln)
- externe Belastungserprobung (einzeln)

Dauer pro Termin

- Variierend, von mindestens 5 bis mindestens 60 Minuten, individuell anpassen

KTL-Ziffern

- G642, G676, C580, E630, E590, E672, E621, E622

Berufsgruppen

- Sozialarbeiter/Sozialpädagoge, Psychologe, Arzt
- Ergotherapeuten
- bei E590, E621, E622, E672 auch Arbeitserzieher, Berufspädagoge, Sportwissenschaftler, Physiotherapeut

6 Kombi Nord im Regionalen Therapieverbund

Wir bieten Hilfesuchenden, die sich mit Substanzgebrauchsproblemen (Alkohol, Medikamente und Drogen) an uns gewandt haben, verschiedene Möglichkeiten der Rehabilitation: Die Therapie können stationär, ambulant oder als Kombi-Nord-Behandlung durchgeführt werden.

Im ambulanten Bereich wird wiederum zwischen einer ausschließlichen ambulanten Rehabilitation ohne stationäre Vorbehandlung und den ambulanten Anschlussbehandlungen unterschieden. Bei den ambulanten Anschlussbehandlungen halten wir das Angebot der ambulanten Weiterbehandlung als nahtlose Fortsetzung des rehabilitativen Vorgehens der stationären Rehabilitation im ambulanten Setting und die Nachsorge vor. Dazu existieren verschiedene Gruppenangebote, die auf die unterschiedlichen Aufgaben der Angebote zugeschnitten sind. Für die ambulante Weiterbehandlung gelten grundsätzlich die gleichen Maßstäbe wie für die ausschließliche ambulante medizinische Rehabilitation und für die Nachsorge liegt ein von den Deutschen Rentenversicherungen Bund und Braunschweig-Hannover akzeptiertes Kurzkonzept vor.

Kombi-Nord-Behandlungen werden sowohl im Alkohol- und Medikamentenbereich wie auch bei einer Drogenproblematik durchgeführt. Ausschlusskriterien sind Psychosen im akuten Stadium, aktuelle Suizidalität, Pflegebedürftigkeit und erhebliche Intelligenzminderung (die angegebenen Kontraindikationen beziehen sich im Grunde auf Personen, bei denen eine Rehabilitationsfähigkeit nicht gegeben ist).

Im Rahmen der Kombi-Nord können verschiedene Module (ambulant und stationär) miteinander kombiniert werden, falls die ambulante Therapie alleine nicht ausreichen sollte. Kombi-Nord verknüpft als Therapieform die Vorteile von ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Rehabilitation abhängiger Menschen. Bei der Beantragung dieser Rehabilitationsform wird in Zusammenarbeit mit der stationären Rehabilitationseinrichtung eine vorläufige Behandlungsplanung (prospektive Therapieplanung) aufgestellt. Sie gilt als "Richtschnur" für die gesamte Rehabilitation. Hier wird gemeinsam mit der/m Rehabilitanden/in und den beteiligten Einrichtungen ein individueller Therapieplan erstellt. Die vorläufige Behandlungsplanung kann im Laufe der Behandlung bei Bedarf verändert werden.

Ein „Ablaufcontroller“ steht während des gesamten Behandlungszeitraums als Ansprechpartner für die involvierten Einrichtungen und Leistungsträger des Rehabilitationsablaufs zur Verfügung. Die Rehabilitation kann maximal 52 Wochen dauern und setzt sich aus verschiedenen Behandlungsabschnitten (sogenannten Modulen) zusammen, die nach den persönlichen Bedürfnissen der Rehabilitanden und therapeutischen Erfordernissen kombinierbar sind. In der Regel wird mit einem stationären Modul begonnen, an das ein ambulantes Modul anschließt. Sollte es im Rahmen des ambulanten Moduls zu Krisensituationen oder mögliche Rückfällen kommen, kann nach Absprache ein weiteres stationäres Modul zur Aufarbeitung und/ oder Festigung erfolgen. Bei jedem Wechsel der Behandlungsform (ambulant/ganztägig ambulant/stationär) erfolgt ein Übergabegespräch, an dem die behandelnden Therapeuten und die Rehabilitanden beteiligt sind. Im Rahmen dieser Übergabegespräche wird der bisherige Rehabilitationsverlauf bewertet und die weitere Planung entwickelt.

Unsere Fachambulanz arbeitet im Rahmen des regionalen Verbundes eng mit den Fachkliniken Haus Möhringsburg, Hase-Ems, Dammer Berge, Nettetal, Paracelsus-Berghofklinik und Paracelsus-Wiehengebirgsklinik zusammen. Die genauen Prozeduren zur korrekten Abwicklung einer Kombi Nord Rehabilitation finden sich in den verschiedenen Anweisungen der DRV Braunschweig-Hannover (2014). Vorteile der Kombi Nord-Behandlung sind:

- Nahtlose Übergänge in verschiedene Rehabilitationseinrichtungen mit aufeinander abgestimmten Therapiekonzepten
- Wohnortnahe Versorgung
- Bessere Möglichkeiten zur Einbeziehung von z.B. wichtigen Bezugspersonen, Arbeitgebern, Arbeitsverwaltung und Selbsthilfegruppen
- Individuell angepasste Rehabilitation
- Schnelle Reaktion auf Krisensituationen
- Intensive Unterstützung bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz im Alltag

7 Dokumentation und Qualitätsmanagement

Dokumentation

Gemäß den Vorgaben eines Erlasses des Niedersächsischen Sozialministeriums vom 9. September 1993, 30. November 1995 und 29. April 1996 dokumentieren wir unsere einzelfall- und einrichtungsbezogene Arbeit mit einem EBIS-kompatiblen und vergleichbaren IT-System. Hierbei werden auch geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt. Wir stellen die erforderlichen bundes- und landeszentralen Auswertungen durch Datenübermittlung in anonymisierter Form sicher. Es werden zudem jährliche Geschäftsberichte bzw. Jahresberichte erstellt.

Qualitätsmanagement

›Qualität‹ stellt eine zentrale Zielgröße und einen wichtigen Handlungsbereich in der Arbeit mit Suchtkranken und -gefährdeten dar. Jeder abhängige Mensch hat einen Anspruch darauf, eine Behandlung auf höchstem Niveau zu erhalten. Aus diesem Grund ist die Fachambulanz Sucht Emsland dem Qualitätsverbund Suchthilfe der Diakonie angeschlossen. Alle Einrichtungen des Verbundes verfügen über ein Qualitätsmanagement-System (im Folgenden kurz: QM-System), das vor Ort von den Einrichtungsleitungen und den jeweiligen Qualitätsbeauftragten gesteuert wird. Die QM-Systeme der Fachstellen wiederum sind Teil des Qualitätsverbundes, der im Auftrag der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für Suchtfragen (ELAS) von einem QM-Experten koordiniert wird. Eine enge Zusammenarbeit mit dem QM der Deutschen Rentenversicherung erfolgt ebenso.

Zentrales Merkmal des Qualitätsverbundes ist das gemeinsam von allen Fachstellen getragene Qualitätsverständnis: Qualität wird nicht nur erbracht und dokumentiert, sondern gemanagt. Mit anderen Worten ausgedrückt: Alle qualitätsbezogenen Aspekte der Arbeit in der Fachstelle werden systematisch geplant und gesteuert. Das Management ist dabei nicht allein von der Leitung abhängig, sondern erfolgt in Anwendung eines internen QM-Systems.

Der jeweils aktuelle Stand zum Aufbau und zur Funktionsweise des QM-Systems ist in einem QM-Handbuch dargelegt. Das QM-Handbuch orientiert sich am Bundesrahmenhandbuch Diakonie Siegel Fachstelle Sucht. Das Bundesrahmenhandbuch wiederum integriert sowohl die Anforderungen der international anerkannten Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 als auch die Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (BAR) und ist unter maßgeblicher Beteiligung des Qualitätsverbundes Suchthilfe der Diakonie entwickelt worden. Somit werden auch die Qualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung fortlaufend aufgenommen und in das Vorgehen integriert. Deshalb werden die einzelnen Bereiche der strukturierten

Vorgehensweise wie zum Beispiel beim Datenschutz, der Schweigepflicht, dem Notfallmanagement oder der Dokumentenlenkung an dieser Stelle nicht noch einmal ausführlich erläutert.

In den QM-Handbüchern der Fachstellen sind alle qualitätsrelevanten Regelungen schriftlich in Form von allgemeinen Beschreibungen, Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen, Formulare und weiteren mit geltenden Unterlagen festgehalten. Es enthält Aussagen zu den Anforderungen der ratsuchenden Menschen, zu relevanten gesetzlichen und behördlichen Anforderungen und Spezifizierungen sowie zu den Angeboten der Fachambulanz. Der Qualitätsanspruch ist in Form eines Leitbildes und einer Qualitätspolitik definiert. Damit ist der Rahmen für die Festlegung konkreter Qualitätsziele abgesteckt. Darüber hinaus enthalten die QM-Handbücher Regelungen zu den einzelnen Führungs-, Kern- und Unterstützungsprozessen. Zu den Führungsprozessen gehören u. a. das Personalmanagement und die Öffentlichkeitsarbeit. Kernprozesse sind Prozesse der Dienstleistungserbringung, wie z. B. die ambulante Rehabilitation. Unterstützungsprozesse hingegen sind Prozesse wie Instandhaltung, Arbeitsschutz und Hygiene.

Im Rahmen regelmäßiger interner Audits wird überprüft, ob und inwieweit die Regelungen des QM-Handbuches in der alltäglichen Praxis eingehalten werden. Innerhalb des Qualitätsverbundes werden die Audits zum Teil wechselseitig im Sinne eines ›kollegialen Dialogs‹ durchgeführt.

Hinzu kommt der Aspekt der ständigen Verbesserung: Qualitätsbezogene Aspekte, z. B. die Zufriedenheit der ratsuchenden Menschen, werden fortlaufend ermittelt und ausgewertet. Hierzu ist ein Verfahren im Einsatz, das vom Qualitätsverbund entwickelt worden ist und eine vergleichende Auswertung der statistischen Daten aller Mitgliedseinrichtungen ermöglicht.

Mindestens einmal jährlich wird im Rahmen der Managementbewertung von der Leitung bewertet, ob und inwieweit das QM-System der Fachstelle Wirkung zeigt bzw. ob und inwieweit gesteckte Qualitätsziele erreicht worden sind. Ausgehend von dieser Bewertung werden neue Ziele für das Folgejahr benannt und Verbesserungsmaßnahmen geplant.

Um die internen Bemühungen um Qualitätsverbesserungen durch externe Impulse zu stützen, ist im Rahmen des Qualitätsverbundes das Gremium ›Qualitätsbeauftragten-Treffen‹ ins Leben gerufen worden. In diesem Gremium informieren sich die Qualitätsbeauftragten der Fachstellen wechselseitig über QM-bezogene Vorgehensweisen und Ergebnisse.

Insgesamt betrachtet lässt sich festhalten, dass sich die Fachstellen des Qualitätsverbundes zwar am »State of the Art« des Qualitätsmanagements orientieren, dieses jedoch nicht dogmatisch verstehen. Nach innen ist es dem Qualitätsverbund mit seinen Fachstellen ein zentrales Anliegen, dass keine ›Schrankbücher‹ produziert werden, sondern Regelungen so ausgestaltet werden, dass sie auch tatsächlich einen maßgeblichen Beitrag zur Sicherung und Optimierung der Prozesse leisten. Nach außen wird besonders darauf geachtet, dass keine ›Qualitätsfassaden‹ entstehen. Im Gegenteil: Ziel und Zweck des QM ist es, Qualität zu liefern und Transparenz herzustellen, indem Möglichkeiten, aber auch Grenzen nachvollziehbar dargestellt werden.

Dokumentation / Information

Die Dokumentation und Information erfolgt gemäß den MS-Richtlinien vom 11. Januar 1999 für Beratungs- und ambulante Behandlungsstellen für Suchtkranke sowie EVARS.

- Dokumentation von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsverläufen: Kurzprotokolle
Ziel: Nachweis der durchgeführten Tätigkeiten, Überprüfung

-
- Erfassung der Stammdaten von Klientinnen und Klienten: EBIS oder andere vergleichbare Dokumentationssysteme
Ziel: Dokumentation und Nachweis, Sicherung der Zuwendungsvoraussetzungen
 - Jahresbericht: schriftlicher Bericht
Ziel: Dokumentation und Nachweis, Sicherung der Zuwendungsvoraussetzungen
 - Konzeption: systematische Darstellung und wissenschaftliche Begründung der Tätigkeit, kontinuierliche Fortschreibung
Ziel: Information der Öffentlichkeit, Transparenz der Arbeit
 - öffentlichkeitswirksame Aktivitäten: Darstellung in den Medien (z. B. Pressemitteilungen), Flyer und Faltblätter etc., Durchführung von (Fach-)Veranstaltungen
Ziel: Förderung der Akzeptanz, Erleichterung des Zugangs

8. Literaturverzeichnis

ACE-Studie »The Relationship of Adult Health Status to Childhood Abuse and Household Dysfunction«, in: American Journal of Preventive Medicine 14/1998, H. 4, 245–258.

ALTMANNBERGER, W. (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Göttingen et al.: Hogrefe.

ARBEITSGRUPPE: Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbbezuges in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) 26.09.2014, Entwurf.

BANDURA, A. (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie Stuttgart: Klett-Cotta.

— (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.

BECK, A. T. / WRIGHT, F. D. / NEWMAN, C. F. / LIESE, B. C. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz.

BÖNING, J. (1994): Warum muss es ein »Suchtgedächtnis« geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente, in: Sucht 40, H. 4, 244–252.

— (2000): Stellungnahme zu den kritischen Anmerkungen zum Konstrukt »Suchtgedächtnis« von F. Tretter, in: Sucht 46, H. 4, 281–283.

BÜHRINGER, G. / METZ, K. (2009): Störungen durch Konsum von Alkohol und illegalen Drogen, in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen im Erwachsenenalter. Spezielle Indikationen, hg. von J. Margraf / S. Schneider. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 345–370.

CASPAR, F. (2009): Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess, in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, hg. von J. Margraf / S. Schneider. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 213–225.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG – GESETZLICHE KRANKENVERSICHERUNG (2001): Gemeinsames Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung.

— (2008): Gemeinsames Rahmenkonzept zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Mitteilung der Deutschen Rentenversicherung.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (2014): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. Ausgabe 2015. Publikation der Deutschen Rentenversicherung.

DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG BUND (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich. Publikation der Deutschen Rentenversicherung Bund.

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.) (2012): Jahrbuch Sucht 12. Lengerich: Pabst.

- DILLING, H. / MOMBOUR, W. / SCHMIDT, M. H.** (1993²): ICD 10 – Internationale Klassifikation psychischer Störungen – Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- DREWES-LAUTERBACH, R. / FIETZ, H. / FIETZ, S. / RIDDER-STOCKAMP, B. / TELGEN, B., TIELKING, K.** (2012): Sucht im Alter – Ein gemeinsames Thema der Sucht- und Altenhilfe. Ergebnisse einer Befragung. Schriftreihe der Hochschule Emden/Leer, Bd. 5.
- DREWES-LAUTERBACH, R. & TELGEN, B.** (2014): Niedrigschwellige Angebote bei Substanzgebrauch im Alter (NASIA) – Abschlussbericht zum Projekt. Veröffentlicht auf der Website: www.diakonie-emsland.de und der Website des Bundesministeriums für Gesundheit.
- EDWARDS, G. / GROSS, M. M.** (1976): Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome, in: British Medical Journal, H. 1, 1058–1061.
- FALKAI, P. & WITTCHEN, H. U.** (HRSG. DEUTSCHE AUSGABE (2015): APA – DSM 5 – Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. Göttingen: Hogrefe.
- FEUERLEIN, W. / KÜFNER, H. / SOYKA, M.** (1998): Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- FIEDLER, P.** (2009): Störungen der Impulskontrolle, in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen im Erwachsenenalter. Spezielle Indikationen, hg. von J. Margraf / S. Schneider. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 498–506.
- FÖHRES, F. et al.** (2004): Melba Manual. 6. Aufl. Lich 2004.
- FRANKE, P. / SCHILDBERG, F.** (2004): Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei opiatabhängigen Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Manual. Tübingen: DGVT-Verlag.
- GRAWE, K.** (1998): Psychologische Therapie. Göttingen et al.: Hogrefe.
- (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- / DONATI, R. / BERNAUER, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen et al.: Hogrefe.
- HEIGL-EVERS, A. / HEIGL, F. S.** (1983): Das interaktionelle Prinzip in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie, in: Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, H. 29, 1–14.
- / HEIGL, F. S. / OTT, J. (1998): Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie, in: Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis, hg. von A. Heigl-Evers / J. Ott. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 235–279.
- HEINZ, A. / BATRA, A. . / SCHERBAUM, N. . / GOUZOULIS-MAYFRANK, E.** (2012): Neurobiologie der Abhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen. Stuttgart/Kohlhammer.
- HINSCH, R. / PFINGSTEN, U.** (2007): Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Grundlagen, Durchführung, Anwendungsbeispiele. 5. Aufl. Weinheim et al.: PVU / Beltz.
- HOCH, E. / ZIMMERMANN, P. / HENKER, J. / ROHRBACH, H. / NOACK, R. / BÜHRINGER, G. / WITTCHEN, H. U.** (2011): Modulare Therapie von Cannabisstörungen, Das CANDIS-Programm. Göttingen et al.: Hogrefe.

- KALUZA, G.** (2004): Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Heidelberg: Springer.
- KANFER, F. H.** / REINECKER, H. / SCHMELZER, D. (2006): Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. 4. Aufl. Heidelberg: Springer.
- / SASLOW, G. (1965): Behavioral analysis. An alternative to diagnostic classification, in: Archives of General Psychiatry 12, H. 6, 529–538.
- KLOS, J. & GÖRGEN, W.** (2009): Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit, in: Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, hg. von F. Tretter / A. Müller. Göttingen et al.: Hogrefe, 519–548.
- KÖNIG, J.** / RESICK, P. A. / KARL, R. / ROSNER, R. (2012): Posttraumatische Belastungsstörung. Ein Manual zur Cognitive Processing Therapies of self-change of smoking. Towards an integrative model of change, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 51, H. 3, 390–395.
- KÖRKEL, J.** (2001): Rückfall und Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit, in: Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, hg. von F. Tretter / A. Müller. Göttingen et al.: Hogrefe, 519–548.
- / KRUSE, G. (2000): Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? 4. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- / SCHINDLER, Ch. (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin et al.: Springer.
- LAZARUS, R. S.** (1981): Streß und Streßbewältigung – ein Paradigma, in: Kritische Lebensereignisse, hg. von S.-H. Philipp. München et al.: Urban & Schwarzenberg, 198–232.
- / FOLKMAN, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- LIEB, H.** (2009): So hab ich das noch nie gesehen. Systemische Therapie für Verhaltenstherapeuten. Heidelberg: Auer.
- LINDEN, M.** / BARON, S. / MUSCHALLA, B. (2009): Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für die Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen. Bern: Huber.
- LÖFFLER, S.** / WOLF, H.D. / GERLICH, C. / VOGEL, H. (2008): Würzburger Screening. Manual und Testversionen 1 und 2. Universität Würzburg, Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie. Website.
- MARGRAF, J.** / SCHNEIDER, S. (Hg.) (2009): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bde. 1–4. Heidelberg: Springer.
- MARLATT, G. A.** (1985): Cognitive factors in the relapse process, in: Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors, hg. von dems. / J. R. Gordon. New York: Guilford, 128–200.
- (1996): Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model of relapse, in: Addiction 91. Supplement, 37–49.

-
- / GORDON, J. R. (Hg.) (1985): Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behavior. New York: Guilford.
- MEICHENBAUM, D. H.** (2003): Intervention bei Stress. Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. 2. Aufl. Bern et al.: Huber.
- MILLER, W. R. / ROLLNICK, St.** (2009): Motivierende Gesprächsführung. 3., überarb. Aufl. Freiburg i. Br.: Lambertus.
- MOGGI, F.** (Hg.) (2002): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. Bern et al.: Huber.
- / DONATI, R. (2004): Psychische Störungen und Sucht. Doppeldiagnosen. Göttingen et al.: Hogrefe.
- MEYER, G. & BACHMANN, M.** (2011), Spielsucht - Ursachen und Therapie, 3. überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer
- NAJAVITS, L. M.** (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch – das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Göttingen: Hogrefe.
- PAWLOW, I. P.** (1953): Sämtliche Werke. Berlin: Akademie-Verlag.
- PROCHASKA, J. O. / DICLEMENTE, C. C.** (1983): Stages and processes of self-change of smoking. Towards an integrative model of change, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology 51, H. 3, 390–395.
- REINECKER, H.** (1999): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- ROST, W.-D.** (1992): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. 4. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- (2003): Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes in der Suchtbehandlung, in: Psychotherapie im Dialog 4, H. 2, 112–118.
- SCHAUB, A. / ROTH, E. / GOLDMANN, U.** (2006): Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.
- SCHIEPEK, G.** (1999): Die Grundlagen der systemischen Therapie. Theorie, Praxis, Forschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHMIDT, G.** (1996): Vom sogenannten »Rückfall« zur Nutzung von »Ehrenrunden« als wertvolle Informationsquelle, in: Suchtlösungen. Systemische Unterstellungen zur ambulanten Therapie, hg. von K. Richelshagen. Freiburg i. Br.: Lambertus, 49–75.
- (2004): Liebesaffären zwischen Problem und Lösung. Hypnosystemisches Arbeiten in schwierigen Kontexten. Heidelberg: Auer.
- SCHULTE, D.** (2005): Verhaltensanalyse und Indikationsstellung, in: Handbuch der Psychologie, Bd. 1: Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie, hg. von F. Petermann / H. Reinecker. Göttingen et al.: Hogrefe, 147–157.

- SCHUNTERMANN, M. F.** (2007): Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen. 2., überarb. Aufl. Landsberg: ecomed Medizin.
- SCHWEITZER, J. / SCHLIPPE, A. v.** (2006): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Bd. 1: Theorie und Technik. 10. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- / **SCHLIPPE, A. v.** (2009): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung, Bd. 2: Das störungsspezifische Wissen. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- SCHWOON, D. R.** (2001): Koinzidenz psychischer Störungen und Sucht, in: Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, hg. von F. Tretter / A. Müller. Göttingen et al.: Hogrefe, 503–518.
- SKINNER, B. F.** (1973): Wissenschaft und menschliches Verhalten. München: Kindler.
- TRETTNER, F.** (1998): Ökologie der Sucht. Das Beziehungsgefüge Mensch – Umwelt – Droge. Göttingen et al.: Hogrefe.
- (2000): Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Stuttgart et al.: Schattauer.
- / **MÜLLER, A.** (Hg.) (2001): Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Göttingen et al.: Hogrefe.
- TUSCHEN-CAFFIER, B. & GEMMEREN, B. v.** (2009): Problem- und Verhaltensanalyse, in: Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen, hg. von J. Margraf / S. Schneider. 3. Aufl. Heidelberg: Springer, 361–375.
- VOIGTEL, R.** (1996): Die Überlassung an das unbelebte Objekt. Zur begrifflich-diagnostischen Abgrenzung der Sucht, in: Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse und ihre Anwendungen 50, H. 8, 715–742.
- VOLLMER, H. C. / KRAUTH, J.** (2001): Therapie bei Tabakabhängigkeit, in: Psychologische Therapie der Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie, hg. von F. Tretter / A. Müller. Göttingen et al.: Hogrefe, 395–438.
- WHO** (World Health Organisation) (2005): ICD – Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- (2006): ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Neu-Isenburg: Medizinische Medien Informations GmbH.
- WOLFFGRAMM, J.** (1995): Abhängigkeitsentwicklung im Tiermodell, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie 24, 107–117.