

# **Konzeption**

für eine

# **Kombitherapie**

Rehabilitation im ambulant-stationären Verbund

## **Erstellt von der Konzeptgruppe Kombitherapie:**

Herr W. Schwenk, Herr Dr. W. Heber (FKH Nordfriesland)  
Herr H. W. Nielsen (Psychosoziale Beratungsstelle Schleswig)  
Herr H. Meyer (Diakonisches Suchthilfezentrum Flensburg)

## **Inhaltsverzeichnis**

Präambel .....	4
1.    Geschichte .....	4-5
2.    Infrastruktur .....	5-6
3.    Beteiligte .....	6
4.    Wissenschaftlich theoretischer Hintergrund.....	6-10
4.1  Einleitung.....	6-7
4.2  Psychoanalytisches Krankheitsverständnis .....	7-8
4.2.1  Neurose und Sucht.....	8
4.2.2  Suchtmittel als Selbstheilungsmittel .....	8-9
4.2.3  Sucht als Selbstzerstörung .....	9
4.3  Verhaltenssüchte .....	9
4.4  Zusammenfassung.....	9-10
5.    Indikation .....	10
5.1  Kontraindikation.....	10-11
5.2  Diagnostik.....	11
6.    Behandlungsziele .....	12
7.    Behandlungsmodule .....	13
7.1  Behandlungsmaßnahmen „ambulante Reha“ .....	14
7.2  Modul stationäre und teilstationäre Rehabilitation .....	14-16
7.3  Adaptionsbehandlung im Rahmen der Kombitherapie .....	16-17
7.4  Übergänge und Maßnahmen innerhalb der Kombitherapie .....	18
7.5  CASE- Management .....	19
8.    Umgang mit Krisen, Rückfällen und Behandlungsabbrüchen .....	19
8.1  Umgang mit Krisen.....	19
8.2  Umgang mit Rückfällen.....	19-20
8.3  Behandlungsabbruch.....	20
9.    Organisationsablauf.....	20-22
9.1  Antragsverfahren .....	20
9.2  Behandlungsverlauf .....	21
9.3  Beschwerdemanagement .....	22
10.   Dokumentation .....	22
10.1  Qualitätssicherung.....	22
<b>Anlage 1</b>	
<b>Kriterienkatalog der Übergabegespräche.....</b>	<b>23</b>

## Präambel

Die nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ anerkannten Beratungs- und Behandlungsstellen im nördlichen Schleswig-Holstein in den Kreisen Nordfriesland, Schleswig-Flensburg, Dithmarschen, Kreis Rendsburg- Eckernförde, der Stadt Flensburg und das Fachkrankenhaus NF gGmbH (das Gebiet nördlich des Nord-Ostsee-Kanals) haben sich zusammengeschlossen, um ein integriertes Rehabilitationsangebot für Abhängigkeitserkrankte vorzuhalten. Grundlage der Behandlung ist ein christlich geprägtes Leitbild mit dem Ziel einer Stärkung der Selbstheilungskräfte und der Selbsthilfekompetenz.

Um den vielfältigen Anforderungen an eine Behandlung Abhängigkeitserkrankter gerecht zu werden, ist eine Verzahnung der verschiedenen Leistungsanbieter notwendig geworden: Unsere Antwort ist die **KOMBITHERAPIE**. Es handelt sich bei der Kombitherapie nicht um einen neuen Baustein in den Behandlungsangeboten, sondern um eine enge Verzahnung von ambulanter\* und stationärer Behandlung, die im Einzelfall durch Adaption ergänzt werden kann. Die Übergänge sollen flexibler, zuverlässiger und direkter gestaltet, die Haltequote dadurch verbessert werden. Mit der Kombitherapie soll eine möglichst optimale Behandlung auf Struktur- und Prozessebene durch verbindliche Kooperationen und koordinierte Maßnahmen zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern erreicht werden.

Im Einzelnen verfolgt die Kombitherapie folgende Ziele:

- Stärkung der ambulanten Behandlungsangebote
- Qualitätsverbesserung durch Vernetzung der Schnittstellen
- Steigerung der Verbindlichkeit zur gemeinsamen Sprache und Vernetzung
- Vermeidung von Brüchen und Abbrüchen, Verbesserung der Haltequote
- Reduzierung von doppelter Arbeit (vgl. Diagnosen, Briefe)

## 1. Geschichte

1973 traten Mitarbeiter der Beratungsstellen aus der Region zusammen und versuchten ein Alternativangebot zur damals noch vorherrschenden psychiatrischen Versorgung und Langzeitbehandlung von Suchtkranken zu entwickeln. Erfahrungen aus USA, wo Suchtbehandlungen mit einer Dauer von 4 Wochen durchgeführt wurden, prägten die inhaltlichen Aspekte der Konzeption. Die Behandlungsdauer mit höchstens 3 Monaten, die Vernetzung mit den ambulanten Suchthilfen, wie Beratungsstellen (Therapiekette Nordfriesland) und Selbsthilfegruppen, der hohe Anteil von Selbstverantwortung und Sozialarbeit waren neu und in der Fachwelt höchst umstritten. Das Fachkrankenhaus Nordfriesland wurde 1975 eröffnet. Darauf folgende Katamnesen mit durchweg guten Ergebnissen bestätigten die konzeptionellen Grundlagen des Fachkrankenhauses.

*\* Der Begriff „ambulante Rehabilitation“ umfasst, analog der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ auch teilstationäre Angebote.*

Zur gleichen Zeit wurden mehr und mehr die Beratungsangebote ausgebaut. Die PSB Schleswig wurde Modelleinrichtung des Bundes und begann ambulante Therapiemöglichkeiten zu entwickeln. Im illegalen Drogenbereich wurde die Drogenberatungsstelle Flensburg gegründet, Präventionsangebote wurden entwickelt, dann in den 80er Jahren gewannen niedrigschwellige Angebote in der illegalen Drogenarbeit an Bedeutung. Ab 1986 rechneten einige Beratungsstellen in der Region über ein Ersatzkassenmodell Leistungen der ambulanten Therapie ab. Ab 1992 schließlich wurden die genannten Beratungsstellen für die Durchführung von ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen von den Rentenversicherungsträgern mehr und mehr anerkannt.

Ebenfalls Anfang der 80er Jahre entstanden die Übergangseinrichtungen der Diakonischen Suchthilfe in Flensburg und des Fachkrankenhauses Nordfriesland (FKH NF) in Tarpfeld. Das FKH NF eröffnete eine psychosomatische Abteilung zunächst für die Behandlung von Angehörigen, später auch für Essstörungen, Spielern bis hin zu komplexen Krankheitsbildern (Sucht und Psychose). 1992 kam die Husumer Insel mit teilstationären Angeboten und anderen ambulanten Hilfen hinzu. 1998 wurde in der Übergangseinrichtung Tarpfeld der Bereich Adaption mit Unterstützung des Handwerkerfonds in Kooperation mit der Kreishandwerkerschaft gegründet. Zur selben Zeit entstand bei der Diakonischen Suchthilfe in Flensburg ebenfalls ein Arbeitsbereich Adaption.

Die Selbsthilfegruppen entwickelten sich im Zeitraum von 1975 an sprunghaft. Von ca. 10 Selbsthilfegruppen stieg die Anzahl auf heute über 100. Sie differenzierten sich zunehmend von den traditionsreichen Gruppen bis hin zu neuen bindungslosen Gruppen und Mischformen.

Heute lässt sich sagen, dass in der Region ein gut ausgebautes differenziertes Suchthilfesystem vorhanden ist. Eine Verbesserung des Suchthilfesystems ist zurzeit weniger additiv zu erreichen als vielmehr durch eine bessere Vernetzung und Verzahnung der Angebote.

## **2. Infrastruktur**

In der beschriebenen Grenzregion zu Dänemark nördlich des Nord-Ostsee-Kanals gibt es im nördlichen Teil einen großen Anteil in der Bevölkerung, der sich zur dänischen Minderheit zugehörig fühlt. Eigene Kindergärten und Schulen, in denen auch dänisch gesprochen wird, gehören zu den Institutionen dieser Minderheit.

Die Region ist wirtschaftlich geprägt durch eine an Bedeutung abnehmende Land- und Fischereiwirtschaft, einen zurzeit florierenden Tourismus, eine sich langsam entwickelnde Industrie (Brunsbüttel und Flensburg) und Dienstleistungsunternehmen (MobilCom). Klein- und Mittelbetriebe überwiegen ansonsten im wirtschaftlichen Geschehen. Schleswig ist durch den öffentlichen Dienst (Gerichte, Museen und Landesbehörden) geprägt.

Verkehrstechnisch ist die Nord-Süd Verbindung durch die A7 und durch die Bahnverbindungen Hamburg - Westerland und Hamburg - Fredericia gut zu erreichen, schwieriger die Nord-West Verbindungen mit Bundesstraßen und Regionalbahn. Regionalflughäfen gibt es auf Sylt und in Kiel.

Besondere verkehrstechnische Probleme bereitet die nordfriesische Westküste mit den Inseln und Halligen, die zum großen Teil nur mit dem Schiff zu erreichen sind. Außer auf Sylt, wo es eine nach der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ anerkannte Beratungsstelle gibt, sind daher ambulante Rehabilitationsmaßnahmen äußerst schwierig zu gestalten.

### **3. Beteiligte**

Folgende Behandlungseinrichtungen sind an der Kombitherapie zurzeit beteiligt:

Beratungs- und Behandlungszentrum Niebüll  
Beratungs- und Behandlungszentrum Westerland  
Suchtberatungsstelle Kiel Fleethörn  
Diakonisches Suchthilfezentrum Flensburg  
Suchtberatungs- und Behandlungsstelle im Diakonischen Werk Rendsburg  
Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Eckernförde  
Beratungs- und Behandlungsstelle Husum  
Fachkrankenhaus NF gGmbH mit  
Psychosoziale Beratungsstelle Schleswig  
Fachambulanz Kiel  
Therapieverbund „Ambulante Rehabilitation/Nachsorge-Sucht“ Dithmarschen

In allen Einrichtungen ist ein barrierefreier Zugang für Behinderte möglich.

### **4. Wissenschaftlich theoretischer Hintergrund**

#### **4.1 Einleitung**

Unsere Definition über die Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit ist theorieübergreifend. Einen Schwerpunkt setzt die psychoanalytische Sichtweise, integriert aber weitere Modelle.

Mit Harten sind wir der Ansicht, dass die Hintergründe und Quellen der Sucht in ausweichendem Verhalten zu suchen sind.

„Ausweichendes Verhalten dient dazu, unangenehmen Konflikten, Situationen oder Personen aus dem Weg zu gehen, ohne daran etwas zu ändern. Dieses Verhalten ist zunächst wertneutral, kann also als positiv und als negativ empfunden werden. Es kann alle möglichen Formen mit und ohne apersonale Mittel annehmen. Schreitet dieses Verhalten fort und verschärfen sich die äußeren Probleme, so kann sich daraus eine

Sucht entwickeln. Es liegt dann bereits ein regelmäßiges Ausweichen vor scheinbar unlöslichen und unerträglichen Konflikten vor. Hinzu kommt ein zunehmender Kontrollverlust, ständige Wiederholung und die zwanghafte Suche nach immer stärkeren Reizen. Die entscheidenden Unterschiede zwischen dem ausweichenden und dem süchtigen Verhalten bestehen in der Regelmäßigkeit, der Intensität und darin, dass die Sucht eine Eigendynamik entwickelt, die die ursprünglichen Ursachen in den Hintergrund treten lässt. Ausweichende Verhaltensweisen aber sind innerhalb unserer Gesellschaft keineswegs außergewöhnlich, sondern eher ein Normalzustand in dem Sinne, dass sich jeweils Mehrheiten so verhalten.“ (Harten: Normal und Süchtig, Kiel 1981)

Daraus folgt, dass nicht automatisch hinter jeder Sucht gleich eine besonders schwerwiegende Störung stehen muss. Dies muss keineswegs immer der Fall sein. Auch Rost stimmt aus analytischer Sicht dem zu: “ ... grundsätzlich kann jede psychische Struktur, zumindestens zeitweise, zur Grundlage einer Sucht werden - selbst die sogenannte Neurose, die für uns Analytiker ja gewissermaßen das Normale darstellt.” (Rost, W. D. Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart 1987).

Die Sucht dient dabei der Verminderung innerer Spannungen, die aus verschiedenen Quellen stammen können. Häufige Hintergründe sind quälende Gefühle der inneren Leere, Sinnlosigkeit und Langeweile, Erlebnisse der Einsamkeit und Verlassenheit, der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Ängste und Konflikte, Enttäuschungen und Sorgen werden nicht mehr ausgehalten und mit Hilfe von Suchtmitteln in Entspannung und Euphorie scheinbar gelöst. Dieser Versuch einer Problemlösung kann jedoch eine Eigendynamik in Gang setzen, die über die Gewöhnung, den Missbrauch und die Abhängigkeit zur sozialen Isolierung und Desintegration führt und immer wieder neue Konflikte und Spannungen schafft.

Der zunehmende Realitätsverlust produziert immer neue unangenehme Situationen und Katastrophen, die mit Hilfe der Suchtmittel nicht wahrgenommen und damit abgewehrt werden. Folge sind eine Einengung des Verhaltens sowie eine Verarmung der Persönlichkeit und des sozialen Lebens. Obwohl bei den Suchterkrankungen kein einheitlicher Persönlichkeitsstil zugrunde liegt, gibt es eine Gemeinsamkeit in der Verarbeitung der verschiedenen Primärkonflikte. Sie besteht in der Tendenz, den Aufgaben und Schwierigkeiten des Lebens und der zwischenmenschlichen Beziehung eher passiv zu begegnen bzw. ihnen auszuweichen, statt sie aktiv anzugehen. Aus analytischer Sicht handelt es sich beim Suchtverhalten also um einen narzisstischen Rückzug, als Versuch der Problembewältigung.

#### **4.2 Psychoanalytisches Krankheitsverständnis**

Unbewusste Prozesse, Übertragung und Gegenübertragung, Wiederholungszwang und nachfolgende Reinszenierungen bilden entscheidende Grundlagen für das psychoanalytische Verständnis der Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen.

Im Zentrum der psychoanalytischen Theorie steht die Annahme, dass der Sucht eine Grundstörung der Persönlichkeit zugrunde liegt. Diese Grundstörung wird beschrieben als eine präöipale, d. h. in den ersten Lebensjahren entstandene strukturelle Störung des Ichs, die aus der mangelnden Entwicklung von stabilen Selbst- und Objektbildern in dieser frühen Entwicklungsphase des Individuums resultiert. Abhängigkeit wird verstanden als Abwehr- bzw. Kompensationsversuch eines strukturellen Defektes des Ich. Für die Therapie von Süchtigen ist es daher notwendig, die Persönlichkeitsstruktur des Patienten bzw. der Patientin zu diagnostizieren, denn das Entwicklungsniveau der Ich-Funktionen ist ein zentrales Kriterium für die Entscheidung, welche Art von Rehabilitationsbehandlung indiziert ist. Neben der Ich-Psychologie trägt die Objektbeziehungstheorie zum Begreifen der Frühstörungen entscheidend bei und ermöglicht darauf aufbauende Therapiestrategien.

In Anlehnung an Rost unterscheiden wir drei verschiedene Grundmodelle, die wir im Folgenden kurz beschreiben möchten.

#### **4.2.1 Neurose und Sucht**

Neurosen stellen in psychoanalytischer Sicht gewissermaßen die normale Entwicklung mit der Konfliktlösung einer relativ reifen Persönlichkeit dar. Manche neurotischen Konflikte können zumindest zeitweise zum Anlass von Suchtverhalten werden. Die Patienten verfügen aber sehr oft über Ressourcen, bei persönlich erlebten Tiefpunkten ihr Verhalten zu ändern, ohne Inanspruchnahme von aufwendigen therapeutischen Hilfen und Verfahren. Hier ist oft in einem Abhängigkeitsstadium der Besuch von Selbsthilfegruppen, Beratung oder die ambulante Therapiemaßnahme ausreichend. Nach Rost ist hier ein chronischer Alkoholismus eher selten.

#### **4.2.2 Suchtmittel als Selbstheilungsmittel**

Häufiger finden wir bei Suchtabhängigen sogenannte Ich-schwache Persönlichkeiten. Hier ist durch mangelnde Bestätigung und Förderung des Kindes, gelegentlich auch durch übermäßige Verwöhnung, dessen Ich nicht ausreichend entwickelt, um die für das alltägliche Leben erforderlichen Anpassungsleistungen zu vollbringen. Die Affekttoleranz ist gering, und auch eine Affektdifferenzierung ungenügend geblieben. Gefühle drohen das schwache Ich dann leicht zu überwältigen, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung, sind gering. Vor allem sind die Ich-Grenzen, sowohl gegen die eigenen inneren Affekte, als auch gegen die von außen kommenden Ansprüche, zu schwach. Der Alkohol ist hier ein zunächst wirkungsvolles Hilfsmittel, das "Selbstheilungsmittel" eines schwachen Ich. Er dämmt die bedrohlichen Affekte, er schirmt gegen überflutende äußere Reize ab, er lässt die Welt in einem rosigen Licht erscheinen. Das Problem dabei ist natürlich, dass Alkohol nichts wirklich positiv verändert, sondern die Probleme, spätestens dann, wenn im Übermaß getrunken wird, noch verschärft. Der Betroffene nimmt seine Umwelt nur durch die Droge wahr, schließlich werden Gefühle und Verhalten durch die Droge gesteuert. Der Süchtige sucht erst dann

Hilfe, wenn dieses System zusammengebrochen ist, wenn er einen persönlichen Tiefpunkt erlebt hat. Grundlage jeglicher Behandlung ist hier die Abstinenz.

Ziel der Therapie muss eine Ich-Stärkung sein. Ich-Grenzen müssen in der Auseinandersetzung um Nähe und Distanz verdeutlicht werden, Gefühle differenzierter wahrgenommen, ausgehalten und toleriert werden.

#### **4.2.3 Sucht als Selbstzerstörung**

Bei der dritten Gruppe von süchtiger Grundstörung handelt es sich um Selbstzerstörung und nicht um Selbstheilung.

Bei dieser Gruppe fehlen die guten inneren Objekte, um leben zu dürfen: die Biographie ist voll von Traumatisierungen und Unglücken bis weit hinein in die Kindheit. Tod von Vater und Mutter, schlimmste familiäre Exzesse, eine Kette von Unfällen, Krankheit, Suizidversuche, Alkohol- oder Drogenexzesse geben oft erste Hinweise auf diese Grundstörung. Es fehlt diesen Menschen buchstäblich die Erlaubnis zum Leben. Es handelt sich bei dieser Grundstörung um eine basale Störung der Identität, einen Mangel an Urvertrauen, der dazu führt, dass der Selbsterhaltungstrieb, der Überlebenswille, gestört ist. Das therapeutische Dilemma bei diesen Klienten ist, dass sie hinsichtlich der Abstinenz auf Druck motiviert sind, diese allein ihnen allerdings wenig nützt, weil sie dann andere Mittel und Wege zur Selbstzerstörung finden. Sie können ihr Leben nicht annehmen, dürfen es sich nicht gut gehen lassen, und da wir zugleich in dieser Gruppe oft recht rigide Persönlichkeiten finden, kann das verhängnisvolle Konsequenzen haben, z. B. die, dass der Patient eben nicht rückfällig wird, sondern wenn er merkt, dass er es nicht schaffen kann, sich umbringt. Dieser schweren Grundstörung kann auch eine Therapie im Sinne einer Heilung nur bedingt helfen. Allenfalls kann sie ermöglichen, mit ihr zu leben.

#### **4.3 Verhaltenssüchte**

Verhaltenssüchte (Essstörungen, Spielsucht, Arbeitssucht) unterscheiden sich nicht durch wesentlich andere Hintergründe und Quellen von den stoffgebundenen Süchten. Sie wirken nicht durch von außen zugeführte Suchtmittel, sondern durch körpereigene Stoffe (Überträgersubstanzen wie Endorphine, Dopamin, Adrenalin). Die Betroffenen setzen sich dabei Situationen und Außenreizen aus, die zur Ausschüttung dieser körpereigenen Substanzen führen und entsprechend Entspannungs- und Euphoriegefühle auslösen. Die Behandlung der Verhaltenssüchte gestaltet sich schwierig, da die Arbeitshypothese Abstinenz in vielen Bereichen nicht möglich ist: Essen, Arbeit. Erschwerend wirkt es insofern, als der/die Betroffene sich den suchtfördernden Reizen immer wieder aussetzen muss.

#### **4.4 Zusammenfassung**

Suchtmittelabhängigkeit ist ein hochkomplexes multifaktorielles Geschehen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich, das sich auf alle Belange der Lebensgestaltung

auswirkt. Wie es hier keine allgemeine Theorie des Menschseins geben kann, sondern nur unterschiedliche theoretische Ansätze, so gibt es keine geschlossene Therapie der Abhängigkeit, da süchtig werden zu den Möglichkeiten des Menschseins gehört. Ein Erklärungsmodell bietet die analytische Sichtweise, die hier beschrieben ist. Dies schließt jedoch die Begegnung und Auseinandersetzung mit anderen Erklärungsmodellen nicht aus. In der Praxis greifen wir auch auf andere hilfreiche Erklärungsmodelle (z. B. lerntheoretische) zurück. Behandlungen können zu Verhaltens- und Einstellungsveränderungen führen. Die Ergebnisse werden wesentlich von persönlichkeitsbedingten Faktoren bestimmt. Entsprechend muss die Behandlung am Individuum, orientiert nach Art und Schweregraden der Abhängigkeit, differenziert werden.

## **5. Indikation**

Das Angebot der Kombitherapie richtet sich an alkohol- medikamenten- und drogenabhängige Frauen und Männer.

Nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10“ können folgende diagnostische/nosologische Gruppen der stoffgebundenen Abhängigkeit bzw. des Missbrauchs behandelt werden:

- Störungen durch Alkohol
- Störungen durch Opioide
- Störungen durch Cannabinoide
- Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- Störungen durch Kokain
- Störungen durch Amphetamine
- Störungen durch Halluzinogene
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch

Für die Teilnahme an der Kombitherapie wird eine ausreichende Motivation vorausgesetzt. Diese Therapieform ist besonders dann indiziert, wenn der physische und psychische Zustand sowie die Abstinenzfähigkeit nicht für eine ambulante Rehabilitation ausreichen. Weiter können Patienten mit geringem Durchhaltvermögen durch die enge Verzahnung von ambulant und stationär erreicht werden.

Viele Abhängige weisen neben der Abhängigkeit noch weitere schwerwiegende psychische Störungen (Komorbidität) auf. Grundsätzlich stellt die Kombitherapie für Patienten mit Doppeldiagnosen ebenfalls ein Behandlungssetting dar.

### **5.1 Kontraindikation**

Die Kombitherapie ist für Patienten kontraindiziert, die durch ihre langanhaltende Suchterkrankung bereits deutliche körperliche und persönlichkeitsbedingte Veränderungen zeigen. Ebenfalls für kontraindiziert halten wir eine Kombitherapie bei schweren körperlichen Erkrankungen oder fortgeschrittenen geistigen Abbauerscheinungen. Auch schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen wie

beispielsweise eine floride Psychose oder akute Suizidalität sind in der Regel für die Teilnahme an der Kombitherapie ein unüberwindbares Hindernis.

## **5.2 Diagnostik**

Im Rahmen der ärztlichen Diagnostik erfolgt eine allgemeinmedizinische, internistische, psychiatrische und neurologische Untersuchung vor Behandlungsbeginn.

Die diagnostische Zuordnung erfolgt nach dem ICD-10-Klassifikationssystem. Während der Teambesprechungen erfolgt eine erste ärztliche Einschätzung der aktuellen Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit des Patienten bzw. seiner in Zukunft wahrscheinlich erreichbaren Erwerbsfähigkeit. Besonderes Augenmerk legen wir hierbei auf die Berücksichtigung der aktuellen beruflichen Situation.

Im Rahmen der umfassenden Anamneseerhebung erfolgt eine spezielle Diagnostik des Suchtverhaltens. Dabei geht es aus diagnostischer Sicht um die Ebene des manifesten süchtigen Verhaltens. Es werden die problematischen Verhaltensweisen beschrieben und geklärt, welche Suchtmittel eine Rolle spielen, ob ein chronischer Missbrauch oder eine Abhängigkeit vorliegen. Neben der Entwicklung des Suchtverhaltens finden u. a. die individuellen Konsummuster, die Toleranzentwicklung, Abstinenzzeiten sowie die individuellen Vor- und Nachteile des Suchtverhaltens Eingang in die Diagnostik.

Wir verstehen die Sucht immer auch als eine Flucht aus der Realität. Deshalb ist die Diagnose der sozialen Situation sehr wichtig, weil das krankhafte Verhalten in seiner wechselseitigen Abhängigkeit vom Bezugssystem zu betrachten ist. Den therapeutischen Bemühungen werden oft u. a. durch festgefahrene Familienkonstellationen, schwierige Wohnverhältnisse oder Verschuldung enge Grenzen gesetzt. Dabei gestatten die Lebensläufe eine Betrachtung im Längsschnitt und die gegenwärtige soziale Situation eine Betrachtung im Querschnitt.

Lebensläufe und soziale Konstellationen sind als Ergebnis sowohl manifester als auch latenter Tendenzen zu sehen. Die Diagnostik der Psychodynamik verweist auf eine Ebene, auf der es darum geht, herauszufinden, welche seelischen Besonderheiten das Suchtverhalten bestimmen. Die Hauptschwierigkeit besteht darin, dass dieser Bereich nicht beobachtbar ist. Die direkt beobachtbaren Verhaltensabläufe und Beziehungsmuster werden deshalb deskriptiv erfasst. Theoretische Konstrukte wie u. a. die Betrachtung der Objektbeziehungen und Ich-Funktionen bilden dabei einen diagnostischen Ansatz zur weiteren Differenzierung.

Testdiagnostische Zusatzuntersuchungen im Rahmen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung ergänzen die diagnostische Beurteilung. Dabei können zwischen den Behandlungseinrichtungen abgestimmte psychodiagnostische Einzelverfahren zum Einsatz kommen.

## **6. Behandlungsziele**

- Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit.
- Eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen und zu erhalten.
- Verbesserung der psychischen Situation des Patienten, insbesondere in Bezug auf seine strukturellen Ich-Funktionen und der Entwicklung einer größeren Vielfalt an affektiven Erlebnismöglichkeiten.
- Besserung körperlicher Begleit- und Folgeerkrankungen.
- Klärung der sozialen Realität des Patienten/innen und die Arbeit an seinen sozialen Problemen mit dem Ziel der sozialen Stabilisierung.
- Gefestigte Anbindung an eine Selbsthilfegruppe.

## 7. Behandlungsmodule

Folgende Behandlungsmodule der Kombitherapie stehen in den entsprechenden Einrichtungen zur Verfügung:

<b>stationäre Rehabilitation</b>	➔	Fachkrankenhaus NF gGmbH
<b>Stationäre Kriseninterv. oder Vertiefung</b>	➔	Fachkrankenhaus NF gGmbH  Suchthilfezentrum Flensburg Beratungs- und Behandlungszentrum Niebüll Beratungs- und Behandlungszentrum Westerland Beratungs- und Behandlungsstelle f. Suchtkranke Husum Beratungs- und Behandlungsstelle f. Suchtkr. Kiel Fleethörn Psychosoziale Beratungsstelle Schleswig Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Rendsburg Suchtberatungs- und Behandlungsstelle Eckernförde Fachambulanz Kiel Fachkrankenhaus NF gGmbH Therapieverbund „Ambulante Rehabilitation/Nachsorge-Sucht“ Dithmarschen
<b>ambulante Rehabilitation</b>	➔	
<b>teilstationäre Rehabilitation</b>	➔	Fachkrankenhaus NF gGmbH
<b>Nachsorge</b>	➔	Alle Beratungsstellen und Fachkrankenhaus NF gGmbH
<b>Selbsthilfe- Gruppen</b>	➔	In den Regionen
..... In Einzelfällen mit gesondertem Antrag:.....		
<b>Adaption</b>	➔	Übergangs- und Adaptionseinrichtung Tarpfeld (Fachkrankenhaus NF gGmbH)  Diakonisches Suchthilfezentrum Flensburg

## **7.1. Behandlungsmaßnahmen „ambulante Reha“**

Über den gesamten Therapiezeitraum wird wöchentlich Gruppentherapie im Umfang von einer Einheit durchgeführt. Zusätzlich sind Einzelgespräche, entsprechend der Phasen, fester Bestandteil. Die Gruppe wird halboffen geführt, d. h. dass Neuaufnahmen in der Regel nur in festgelegten Abständen erfolgen.

In den ersten drei Monaten der Rehabilitation, in der Eingewöhnungsphase, werden regelmäßig Einzelgespräche durchgeführt. In diesen geht es darum, das Interesse des Patienten auf seine interpersonelle Beziehung zu lenken und das in der Motivationsphase hergestellte Arbeitsbündnis weiter zu festigen.

Die anschließende Intensivphase beginnt mit der 14. Behandlungswoche. Einzelgespräche werden nach Bedarf geführt, bei entsprechender Indikation, wie z. B. der Krisenintervention, häufiger. Diese Phase umfasst einen Zeitraum von fünf Monaten.

Die Ablösungsphase, die mit dem neunten Behandlungsmonat beginnt, dauert vier Wochen. In dieser Phase geht es in einem größeren Maße um Abschied und Verlust, der Übergangsschritt in die Selbständigkeit ohne Therapiegruppe wird vollzogen.

Die Gruppensitzungen dauern 100 Minuten, die Einzelgespräche 50 Minuten. Im Durchschnitt werden ca. 1,5 Therapieeinheiten (TE) pro Woche über den gesamten Behandlungszeitraum zu Grunde gelegt, bei ausschließlich ambulanter Behandlung sind somit insgesamt 80 TE vorgesehen. Bei stationärer/teilstationärer Behandlung werden entsprechend TE abgezogen. Es verbleiben dann 70 TE für die ambulante Behandlung, sowohl im Bereich Alkohol/Medikamentenabhängigkeit als auch Drogen/Mehrfachabhängigkeit.

Bezugspersonengespräche im Umfang von bis zu 12 TE werden zusätzlich bewilligt.

Während der Rehabilitationsbehandlung können zusätzliche Indikationsgruppen angeboten werden. Nach vorheriger Abstimmung und Planung durch den Facharzt mit dem Bezugstherapeuten wird dem Patienten eine Teilnahme empfohlen. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe ist selbstverständlich.

## **7.2 Modul stationäre und teilstationäre Rehabilitation**

In der stationären und teilstationären Rehabilitation wird die Behandlungsdauer aufgrund von Vorbefunden, Diagnostik, Therapiezielstellung und Behandlungsplanung individuell festgelegt und variiert in der Regel zwischen 4 und 12 Wochen, wobei die Behandlungsdauer von Alkoholikern sich an 7 Wochen, die der Drogenabhängigen an 12 Wochen orientiert.

Die Patienten finden Aufnahme in halboffenen Bezugsgruppen, die auch in gemeinsamen Häusern bzw. auf gemeinsamen Stockwerken untergebracht sind. Medizinische, psycho-,

bewegungs- und ergotherapeutische sowie pflegerische Behandlungsmaßnahmen kommen regelhaft zur Anwendung, wobei diese Maßnahmen abhängig sind einmal von der Diagnose und der individuellen Zielsetzung und zum anderen von der entsprechenden Therapieverlaufsphase, in der der Klient sich gerade befindet.

In der ersten Behandlungsphase, der Diagnostik- und Eingewöhnungsphase (die je nach dem Stand der vorausgegangenen Behandlungsmaßnahmen zwischen 1 und 4 Wochen variieren kann), steht zunächst die multiaxiale Diagnostik (körperlich, psychiatrisch, test-, suchtspezifisch und sozial) im Vordergrund, aus der innerhalb ca. einer Woche die Therapiezielerarbeitung mit dem Patienten und dem Behandlungsteam erwächst und der Behandlungsplan mit indikativen Behandlungsmodulen erstellt wird. Des Weiteren rückt diese erste Phase die Eingewöhnungs- und Motivationsarbeit ins Zentrum. Der Patient nimmt in der Bezugsgruppe Kontakt zu seinen Gruppenmitgliedern auf und erhält einen Sponsor\*. Über vermehrte Einzelgespräche wird der Aufbau einer vertrauensvollen Arbeitsbeziehung angestrebt. In Basissuchtgruppen werden wichtige Informationen zur Suchterkrankung sowie erste therapeutische Schritte im Bereich der Motivation und dem Annehmen von Hilfe unternommen.

In der zweiten Behandlungsphase, der Indikations- und Therapieintensivphase (in der Regel zwischen 3 und 7 Wochen), finden neben dem Standardprogramm indikative Behandlungsangebote Anwendung. Je nach individueller Zielsetzung steht psychotherapeutische Gruppen- oder Einzelarbeit, Ergotherapie mit den Schwerpunkten berufliche Integration, Kreativität, Freizeitgestaltung oder individuell abgestimmte Bewegungstherapie im Vordergrund. Als Standardprogramm werden Suchtgruppen mit den Themenbereichen Angehörige, Rückfallprophylaxe, Selbsthilfe, Sucht und Arbeitsplatz sowie Zukunftsorientierung angeboten. Des Weiteren gehören selbst durchgeführte Informationsveranstaltungen, Mitarbeit in der Klientenselbstverwaltung sowie Therapieintensivtage zum Programm dieser Phase.

In der dritten Behandlungsphase, der Ablösungsphase (zwischen 2 und 4 Wochen), konzentriert sich die Behandlung auf die Erarbeitung konkreter Planungen für die ersten Tage nach der Behandlung, auf die Vorbereitung auf die Schnittstellen zwischen Klinik und nachfolgenden Behandlungsmodulen bzw. Lebensfeldern und auf die Loslösung aus der Patientengruppe und von der Einrichtung.

Je nach Behandlungswunsch oder –auftrag durchläuft der Patient entweder alle drei Behandlungsphasen oder er nimmt nur an einzelnen Phasen teil. Findet ein Wechsel von stationärer in die ambulante Behandlung oder umgekehrt statt, erfolgt ein Übergabegespräch.

---

\* *Mitpatient, der schon länger im Hause ist und als Ansprechpartner in den ersten zwei Wochen fungiert. Vertiefungsbehandlung, so wechselt der Patient etwa direkt in die zweite Behandlungsphase, um indikationsgeleitet an der Therapieintensivphase teilzunehmen. Hier stehen die dort beschriebenen Angebote zur Verfügung. Der Patient wechselt nach der Bearbeitung seiner Ziele zurück in die zweite ambulante Behandlungsphase.*

- Liegt der Schwerpunkt der Kombinationsbehandlung auf der ambulanten Rehabilitation und der Patient bedarf einer stationären Krisenintervention oder
- Liegt der Schwerpunkt der Kombinationsbehandlung zunächst im stationären Rehabilitationsbereich (stationäre Initialbehandlung, Vorbereitung auf eine Adaptionsbehandlung o. ä.), dann durchläuft der Patient alle Phasen der stationären Behandlung und wechselt dann in entsprechende Phasen des weiterbehandelnden Moduls.

Die Möglichkeit einer teilstationären Behandlung ist an ausreichende Abstinenzfähigkeit im häuslichen Umfeld, gegebene Mobilität und ein für den Erfolg der Maßnahme ausreichend stabiles soziales Umfeld gebunden.

### **7.3 Adaptionsbehandlung im Rahmen der Kombitherapie**

Für die Adaptionsbehandlung im Rahmen der Kombitherapie ist ein gesonderter Antrag an den Leistungsträger zu stellen.

Das Ziel der Adaptionsbehandlung ist das Herstellen einer nachhaltigen Erwerbsfähigkeit, die begleitet wird von einer abstinenten Lebensführung und einem tragfähigen sozialen Umfeld.

Die Voraussetzung für die Aufnahme in die Adaptionsphase während der Kombitherapiebehandlung ist eine abgeschlossene stationäre, fachklinische Entwöhnungsbehandlung. Die Teilnahmedauer beträgt drei Monate, kann aber individuell variieren. In der Adaptionsphase soll die Reintegration des Patienten in den Arbeitsmarkt über die Wiederherstellung seines beruflichen Qualifikationsniveaus, seiner Mobilität und Flexibilität hergestellt werden. Weiterhin werden notwendige Schlüsselqualifikationen vermittelt.

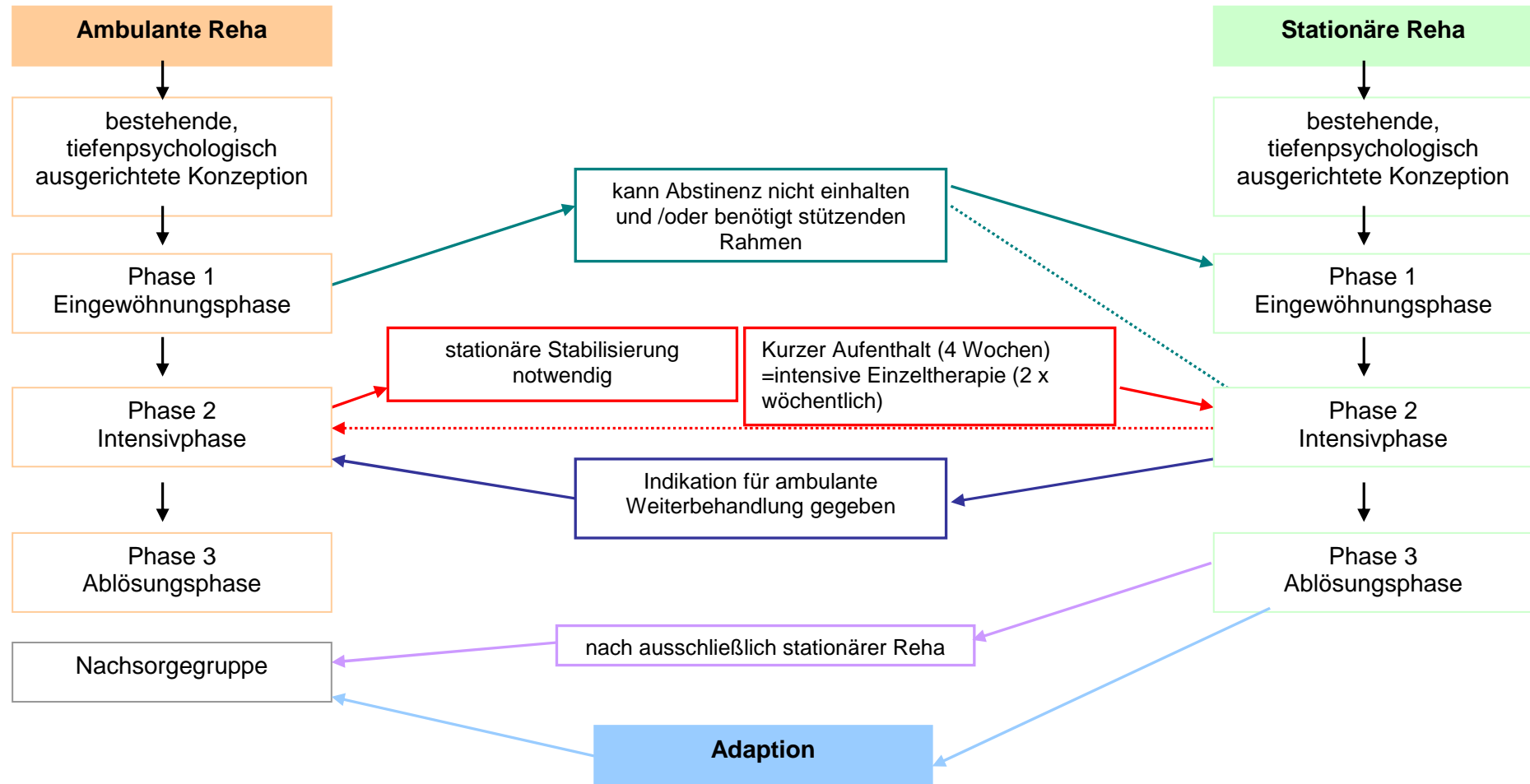
Die Inhalte des Angebots gliedern sich in sozialpädagogische Maßnahmen, die einen begleitenden, beratenden und stabilisierenden Charakter besitzen. Die sozial- und psychotherapeutische Gruppen- und Einzeltherapie hat die Aufgabe, den Prozess der Stabilisierung der Gesamtpersönlichkeit bzw. der Entwicklung von Lösungsmöglichkeiten für unterschiedlichste Konflikte herzustellen.

Arbeitsmarktbezogene Vorgehensweise, theoretische und praktische Tests, sowie Übungen mit zum Teil berufsübergreifenden Inhalten, sowie der Kontakt zum Arbeitsberater stehen im Vordergrund der Behandlung. Darüber hinaus werden Bewerbungstraining, EDV-Kurse etc. angeboten.

Der Wechsel aus der Adaption in die weitere ambulante Rehabilitation erfolgt mit einem nicht abrechenbaren Übergabegespräch.

Die Adaptionsphase ist ein zusätzliches stationäres Angebot innerhalb der Kombitherapie. Diese Phase ersetzt bei entsprechender Indikation nicht den stationären Fachklinikaufenthalt.

## 7.4 Übergänge und Maßnahmen innerhalb der Kombitherapie



Bei jedem Wechsel ist ein Übergabegespräch zu führen

## **7.5 CASE-Management**

Mit Aufnahme der Kombitherapie ist in der Regel ein CASE-Management vorgesehen. Dieses wird in Analogie zum Prinzip der Prägung von dem Behandlungsmodul gestellt, mit dem die Behandlung begonnen wird (also zumeist Bezugstherapeut der ambulanten oder stationären Rehabilitation).

Die Aufgaben des Case-Managements sind:

- Informationen über den aktuellen Stand der Behandlung
- Koordination der Behandlung
- Begleitung während der Behandlung

Ein Wechsel des CASE-Managements ist unter begründeten Voraussetzungen möglich.

Bei schwerwiegenden Erkrankungen während der Behandlung, die Auswirkungen auf die grundsätzliche Erwerbs- und Rehabilitationsfähigkeit befürchten lassen, ist der Kostenträger zu benachrichtigen.

## **8. Umgang mit Krisen, Rückfällen und Behandlungsabbrüchen**

Fachliche Festlegungen zur Fortführung einer Behandlung obliegen zunächst der Beurteilung durch den/der jeweiligen Bezugstherapeuten/-in. Im spezifischen Einzelfall sind die Fachdienste des Leistungsträgers zu beteiligen. Im Falle einer abweichenden Beurteilung obliegt dem Leistungsträger die grundsätzliche Entscheidung über die Fortführung/vorzeitige Beendigung der Behandlung.

### **8.1 Umgang mit Krisen**

Therapeutische Interventionen in den unterschiedlichen Modulen der Kombitherapie stoßen Veränderungs- und Entwicklungsprozesse an, die ohne Krisen nicht denkbar sind. Krisen verstehen wir daher als lebenswichtige Vorgänge, die adäquater Begleitung bedürfen, um die in ihnen liegenden positiven Möglichkeiten freizulegen und nutzbar zu machen.

Krisenhafte Zuspitzungen werden daher an der Stelle des Behandlungsablaufes bearbeitet, an der sie auftreten. Die Kombitherapie bietet darüber hinaus je nach Lage des Einzelfalles Möglichkeiten, mit dem Wechsel in andere Behandlungsformen (etwa von ambulant in stationär oder umgekehrt) Krisen aufzufangen, zu bearbeiten und so Behandlungsabbrüche zu vermeiden. Das Case-Management gewährleistet die notwendige Beziehungskontinuität.

## **8.2 Umgang mit Rückfällen**

Wir verstehen Rückfälle als zugehörigen Bestandteil der Suchterkrankung, der nicht die Ausnahme, sondern eher die Regel auf dem Weg des Ausstiegsprozesses ist. Des Weiteren fassen wir Rückfälle nicht als isolierte, plötzlich eintretende Ereignisse auf, sondern als komplexen Prozess, der in der Regel in einem funktionalen Zusammenhang steht.

Einzelne Rückfälle führen somit nicht automatisch zur vorzeitigen Beendigung der Behandlung, sondern es wird im Einzelfall gemeinsam mit dem Patienten geprüft, ob das Rückfallgeschehen im therapeutischen Prozess genutzt werden kann. Die Rückfallbearbeitung dient dabei allgemein dem Ziel, dem Patienten das Rückfallgeschehen transparenter zu machen und ihm Beeinflussungsmöglichkeiten für spätere ähnliche Abläufe aufzuzeigen.

Die Art des Rückfallgeschehens kann allerdings auch weitere Schritte notwendig machen: Massive Rückfälle machen die Einleitung einer stationären Entgiftungsbehandlung notwendig; sie können auch zu einem Wechsel des Behandlungsmoduls (etwa von der ambulanten Behandlung oder von der Adaptionenmaßnahme zur stationären Krisenintervention) führen; bei der Unmöglichkeit einer Rückfallbearbeitung oder der Entwicklung eines persistierenden Rückfallgeschehens kommt es zur Beendigung der Gesamtmaßnahme.

Wird bei einem Rückfall im Rahmen der Kombitherapie eine stationäre oder ambulante Entgiftungsbehandlung erforderlich, so erfolgt eine Benachrichtigung des Leistungsträgers der Rehabilitation.

## **8.3 Behandlungsabbruch**

Bei Abbruch der stationären Rehabilitation endet die Behandlung an diesem Tag. Bei ambulanter Behandlung beträgt der max. Zeitrahmen für unentschuldigtes Fernbleiben 3 Wochen, in der weitere therapeutische Bemühungen um Wiederanbindung der/des Versicherten genutzt werden. Dabei sind ausgefallene Einzeltherapiesitzungen im Umfang von 2 Gesprächen abrechenbar, ausgefallene Gruppengespräche nicht abrechenbar. Erfolgt in diesem Zeitraum kein Kontakt und keine Rückmeldung, wird die Behandlung als abgebrochen gewertet.

## 9 Organisationsablauf

### 9.1 Antragsverfahren

Antragstellung und Bewilligung vor Aufnahme der Entwöhnungsbehandlung erfolgt auf Basis des Antragsgutachtens (Arztbericht und Sozialbericht).

Voraussetzung für die Aufnahme ist die Kostenübernahmeerklärung durch die Leistungsträger für eine Behandlung im Rahmen der Kombitherapie, deren Gesamtbehandlungszeit 52 Wochen beträgt. Eine Verlängerung über den bewilligten Zeitraum hinaus ist beim Leistungsträger zu beantragen.

### 9.2 Behandlungsverlauf

Vor Rehabilitationsbeginn werden Motivationsgespräche durchgeführt. Bei entsprechender Motivation wird ein Antrag (Antrag, med. Befundbericht und Sozialbericht) gestellt.

Bei einer **ambulanten Beantragung** und bestehender Alkohol/Medikamentenabhängigkeit werden 80 TE für den Versicherten und 12 TE für die Angehörigen für die ambulante Behandlung unter Einschluss einer bis zu 7-wöchigen stationären Behandlung bei Bedarf bewilligt. Bei bestehender Drogen/Mehrfachabhängigkeit werden ebenfalls 80 TE für den Versicherten und 12 TE für Angehörige für die ambulante Behandlung unter Einschluss einer bis zu 12-wöchigen stationären Behandlung bei Bedarf bewilligt.

Bei einer **stationären Beantragung** und bestehender Alkohol/Medikamentenabhängigkeit wird eine 7-wöchige stationäre Behandlung unter Einschluss einer ambulanten Behandlung von bis zu 70 TE für den Versicherten und 12 TE für die Angehörigen bei Bedarf bewilligt. Bei bestehender Drogen/Mehrfachabhängigkeit wird eine 12-wöchige stationäre Behandlung unter Einschluss einer ambulanten Behandlung von 70 TE für den Versicherten und 12 TE für die Angehörigen bei Bedarf bewilligt.

Die die Behandlung zunächst durchführende Einrichtung bestätigt die Aufnahme/Entlassung des/der Versicherten auf den bisher schon zur Verfügung gestellten maschinellen Vordrucken. Die die Behandlung zunächst nicht durchführenden Einrichtungen erhalten eine Zweitschrift des Bewilligungsbescheides.

Der Wechsel der Behandlungsform erfolgt individuell gemäß Diagnose und Indikation. Der Kostenträger wird über den Wechsel durch einen „Therapiekurzbericht“ informiert. Bei Verlegung in andere Therapieeinrichtungen finden Übergabegespräche statt, die vom Leistungsträger im Gesamtumfang von max. 2 TE vergütet und auf den vorgegebenen Höchstbewilligungsrahmen angerechnet werden. Die Fahrtkosten können zusätzlich abgerechnet werden. Der Wechsel der Behandlungsform kann unter Einhaltung des

Behandlungszeitraumes in begründeten Einzelfällen und in Abstimmung mit dem Leistungsträger mehrmals erfolgen.

Ist eine stationäre Entgiftungsmaßnahme indiziert, kann kurzfristig im Fachkrankenhaus Nordfriesland aufgenommen werden.

Wichtiger Bestandteil der Kombitherapie sind Kooperationsgespräche zwischen ambulanten und stationären Leistungsanbietern. Ziel ist es, einen ständigen Informationsaustausch über ein zu installierendes Intranet einzurichten.

### **9.3 Beschwerdemanagement**

Es wird ein internes Beschwerdemanagement eingerichtet. Dieses übernimmt die Aufgabe, die Beschwerden der Patienten entgegenzunehmen und Lösungen zu entwickeln.

Jeder Versicherte hat das Recht, sich beim zuständigen Leistungsträger zu beschweren.

## **10. Dokumentation**

Jede im Einzelfall konkret mit der Maßnahmedurchführung beauftragte Einrichtung erstellt ihren eigenen Entlassungsbericht. Die den/die Versicherte zuletzt behandelnde Einrichtung bewertet zusätzlich den Gesamtverlauf der Behandlung. Die Entlassungsberichte entsprechen dem Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

### **10.1 Qualitätssicherung**

Die Behandlungseinrichtungen verpflichten sich an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutsche Rentenversicherung Nord teilzunehmen.

Ein gemeinsamer Qualitätszirkel der beteiligten Rehabilitationseinrichtungen wird eingerichtet. Vertreter der Deutsche Rentenversicherung Nord nehmen regelmäßig an den Sitzungen des Qualitätszirkels teil.

## Anlage 1

### Kriterienkatalog für das Übergabegespräch beim Wechsel der Behandlungseinrichtungen

1. Informationen über die aktuelle soziale Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)
  - Wie sieht die Situation bzgl. Beruf, Partnerschaft, Wohnung und Schulden aus?
  - Wie gehen die Patienten mit ihrem näheren und weiterem Umfeld, auch ihrer Therapiegruppe, um?
  - Welche Ressourcen und Defizite ergaben sich während der Therapie?
  - Welche Behandlungsvorschläge ergeben sich für die Weiterbehandlung?
2. Informationen über Defizite und Ressourcen bzgl. sozialer Situation (Beruf, Partnerschaft, Wohnung, Schulden)
  - Wie aktiv ist der Patient bezüglich seiner beruflichen Wiedereingliederung? Was hat er unternommen?
  - Welche aktuellen Probleme gab es am Arbeitsplatz (medizinische Leistungsbild beachten bzw. sozialmedizinische Beurteilung)?
  - Welche Vorschläge zur beruflichen Wiedereingliederung werden gemacht?
  - Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt (Arbeitsamt, Reha-Berater, Internet, etc.)?
  - Wie aktiv war der Patient bezüglich der Regulierung seiner Partnerschaft? Was hat er unternommen, welche aktuellen Probleme gab es? Welche Vorschläge zur Konfliktlösung wurden gemacht? Welche Unterstützung bzw. Ressourcen wurden genutzt?
  - Wie aktiv ist der Patient bezüglich der Lösung seiner Wohnungsfrage? Was hat er unternommen? Welche Vorschläge zur Wohnungsfrage wurden gemacht? Welche Unterstützung, welche Informationsquellen wurden genutzt?
  - Wie aktiv war der Patient bezüglich seiner Schuldenregulierung? Was hat er unternommen? Welche aktuellen Probleme gab es bezüglich der Schulden? Welche Vorschläge zur Schuldenregulierung wurden gemacht? Wie wurden die vorhandenen Informationsquellen bzw. Unterstützer genutzt?
3. Wichtige Probleme und individuelle Risiken
  - Welche Konflikte liegen vor?
  - Welche Rückfallgefahren sind bekannt?
  - Welche coping-Strategien beherrscht der Patient?
  - Welche soziale/berufliche/finanzielle Unterstützung/Förderung erhält der Patient?
4. Beziehungsaspekte (interaktionell u. a. bezüglich des Übergabegespräches)
  - Wie sehen die jeweiligen Beziehungen zwischen ambulanter/m, stationärer/m TherapeutIn und PatientIn aus?
  - In welchem Zusammenhang steht dies mit den vorherrschenden Abwehrmechanismen?
  - Gibt es besondere Übertragungsfenomene?