



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE

IANVA

Konzept

Pathologisches Glücksspiel



IANUA – im Lateinischen Ausdruck für Tür, Zugang, Durchgang – ist der Ort, an dem der doppelköpfige Gott Janus Wache hält: der Ort der Verbindung von der Innenwelt zur Außenwelt. Als Gott der Schwelle sah Janus, was kam und ging, den Ursprung im Vergangenen und das Ziel in der Zukunft. Er galt als Hüter des Hauses und Gott des Anfangs.

Suchtkrank sein heißt: sein eigenes "Haus" schlecht zu behüten; seinen Körper und seine Seele zu schädigen und zu zerstören. Suchtkrank sein heißt auch: "zu" sein. Es bedeutet, den Zugang nach innen zum Selbst und nach außen zu den Mitmenschen destruktiv zu versperren.

In der Abstinenz wird dieser Zugang wieder frei. Abstinenz ermöglicht den Kontakt mit dem eigenen inneren Leben und mit den anderen Menschen. Der Blick wird wieder frei nach beiden Seiten. Zurückschauend wird das Alte erkannt, um es für die Zukunft fruchtbar zu machen. Die Öffnung in der Gruppe ermöglicht die Überwindung innerer und äußerer Lebenskrisen.

Wenn der Mensch etwas Neues beginnt, dann tritt er gleichsam durch ein Tor und begibt sich in einen anderen Raum. In diesem Sinn will IANUA ein Ort des Durchgangs und des Neubeginns sein.

KONZEPT

Berufsbegleitend ambulante Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel

IANUA – Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie in Saarlouis ist seit 1992 eine anerkannte Einrichtung der ambulanten Suchtrehabilitation. Die Einrichtung arbeitet unter der Rechtsform einer GmbH. Sie erhält keine öffentlichen Fördermittel. Sie ist Mitglied im Fachverband Sucht.

IANUA arbeitet auf der Grundlage „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte vom 04.05.2001“ und der „Empfehlung Glücksspielen“. Die Einrichtung versteht sich als Teil einer komplexen gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgung psychisch Kranker. Sie ist integriert in die Strukturen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung, die Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation sowie der sozialen Rehabilitation in Form gemeindenaher komplementärer psychiatrischer Versorgungsstrukturen.

IANUA verfügt über ein integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker in der Vorphase zur Rehabilitation, über ein umfangreiches, differenziertes Rehabilitations- und Nachsorgeangebot für Abhängigkeitskranke sowie über Angebote zur Prävention in der Suchtarbeit.

Dieses Konzept ist als Ergänzung zu unserem bestehenden Konzept zur Rehabilitation stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen zu verstehen und ergänzt dieses inhaltlich.

Strukturmerkmale

IANUA – Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie, liegt in der Stadt Saarlouis, dem städtischen Mittelpunkt des dazugehörigen Landkreises. Saarlouis gilt als die „heimliche Hauptstadt“ des Saarlandes. Das Einzugsgebiet der Einrichtung reicht jedoch weit über den Landkreis Saarlouis hinaus, im Norden bis an den Hunsrück, im Westen bis an die französisch-luxemburgische Grenze, im Südosten bis nach Saarbrücken. Allein der Landkreis Saarlouis hat eine Einwohnerzahl von 211.800, im gesamten beschriebenen Gebiet leben 800.000 Einwohner. Vereinzelt werden auch Französischsprachige behandelt, die langjährige Berufspendler ins Saarland sind. Die Stadt wird geprägt durch ihre Grenznähe zu Frankreich sowie durch ihre Funktion als industrieller Mittelpunkt der Automobilindustrie, des Bergbaus und der Stahlproduktion im Saarland. Die Einrichtung liegt zentral in der Stadt in unmittelbarer Nähe des Busbahnhofs. Neben der guten Anbindung durch öffentliche Verkehrsmittel ist die Stadt durch die Anbindung an zwei Autobahnen aus allen Teilen des Saarlandes schnell zu erreichen.

Die Einrichtung verfügt über drei Gruppenräume, die jeweils für 15 Rehabilitanden genutzt werden können. Es stehen fünf Therapeutenzimmer zur Verfügung, von denen eins vom Arzt der Einrichtung als Untersuchungszimmer mit genutzt wird. Neben dem Sekretariat befindet sich das Wartezimmer, das in den Abendstunden als zusätzlicher Gruppenraum mit genutzt werden kann. Es gibt Aufenthaltsräume für die Rehabilitanden mit gut ausgestatteten Küchen. Eine Etage ist behindertengerecht und barrierefrei zugänglich.

Neben der Rehabilitation und Orientierungsbehandlung von Abhängigkeitskranken mit substanzbedingten Störungen durch Alkohol, Medikamente und Drogen besteht ein **komplexes Angebot für pathologische Glücksspieler** (F63.0G ICD-10). Dies umfasst alle Formen des pathologischen Glücksspiels (Automatenspiel, Casino, Sportwetten, Lotto/Toto, Spielen im illegalen Milieu, Internetglücksspiel und Wertpapierspekulationen mit Spielsuchtcharakter). Zu Beginn der Rehabilitationsvorbereitung muss die Fähigkeit zur Einsicht und zur beständigen und zuverlässigen Mitarbeit vorhanden sein. Ausgeschlossen sind Rehabilitanden mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Schäden, die ein stationäres Behandlungs- und Rehabilitationsangebot notwendig machen. Im Rehabilitationsbereich verfügt die Einrichtung über 100 Rehabilitationsplätze.

Die Einrichtung hält ein **multiprofessionelles Team** aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern vor. Der verantwortliche Arzt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ebenso sein ständiger Vertreter. In der Einrichtung arbeiten Diplompsychologen und Diplomsozialarbeiter mit abgeschlossener Weiterbildung gemäß den Anforderungen des Verbandes der Rentenversicherungsträger. In der Verwaltung sind zwei Sekretärinnen sowie Hilfskräfte im Schreibdienst und in der Dokumentation tätig. Der aktuelle Personalstandsplan wird regelmäßig den Rehabilitationsleistungsträgern vorgelegt. Die Personalanforderungen der Leistungsträger sind erfüllt¹.

Konzeptmerkmale

Dokumentation

In der Einrichtung wird eine **Basisdokumentation** mit dem Datenerhebungssystem „**Bado Sucht**“ durchgeführt. Diese Basisdokumentation erlaubt Aussagen im Rahmen des „Deutschen Kerndatensatzes“. Eine kontinuierliche **Verlaufsdokumentation** dient als Grundlage zur Erstellung des „einheitlichen Reha-Entlassungsberichtes“.

¹ Steffen R*, Steffen DV*: Qualitätsmerkmale der berufsbegleitenden ambulanten Suchtrehabilitation. *SuchtAktuell* 2012, 1, S. 78-84

Vernetzung

Die Einrichtung verfügt im Rahmen der **externen Vernetzung** über eine langjährig erprobte Zusammenarbeit mit Hausärzten, fachärztlichen Vertragsärzten, der ortsansässigen psychiatrischen Fachklinik, den Allgemeinkrankenhäusern, Betriebssozialdiensten, werksärztlichen Diensten sowie dem psychosozialen Dienst des Gesundheitsamtes. Im Rahmen umfassender Rehabilitationspläne arbeitet die Einrichtung zusammen mit Einrichtungen der beruflichen und sozialen Rehabilitation vor Ort. Dazu gehören insbesondere die Rehabilitationsdienste der Agentur für Arbeit sowie die komplementären Einrichtungen der gemeindenahen Psychiatrie im Bereich der sozialen Rehabilitation.

Im Bereich der medizinischen Rehabilitation besteht eine **Kooperationsvereinbarung mit den Kliniken Daun**, Thommener Hohe, im Rahmen des **ST-A-R-S-Programmes**. Es handelt sich dabei um ein von allen Rehabilitationsleistungsträgern anerkanntes Programm kombiniert ambulant/stationärer Suchtrehabilitation im Rahmen eines modularen Gesamtkonzeptes. Mit dem **Zentrum für psychotherapeutische Rehabilitation in Saarbrücken** bieten wir eine **kombiniert ambulant-stationäre Suchtrehabilitation (Modell Kombi Saar)** bei stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen an.

Es besteht weiterhin eine enge Kooperation mit Schuldnerberatungsstellen und Fachanwälten zur Schuldenregulierung (Caritasverband Saar-Hochwald e.V., Saarlouis: Schuldner- und Insolvenzberatung; Zentrum für Beratung der Arbeiterwohlfahrt, Saarlouis: Schuldner- und Insolvenzberatungsstelle).

Qualitätssicherung, Ergebniskontrolle

Die Einrichtung beteiligt sich am **Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes der Rentenversicherungsträger**. Wir führen regelmäßige **katamnestische Untersuchungen** durch. Die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt Katamnesedaten über den Versicherungsverlauf ihrer Rehabilitanden. Die Einrichtung beteiligt sich an **externen Qualitätszirkeln**. Ein **interinstitutioneller / interdisziplinärer Zirkel** in der Einrichtung **IANUA** ist von der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer zertifiziert. In der Einrichtung finden wöchentliche Teambesprechungen im Sinne einer Fallkonferenz statt. Der verantwortliche Arzt der Einrichtung besitzt die dazu notwendige Supervisionskompetenz in Form einer Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer des Saarlandes für den Bereich „Psychotherapie“ sowie für das Gebiet „Psychiatrie und Psychotherapie“ für zwei Jahre. Neue Mitarbeiter der Einrichtung befinden sich zusätzlich in fortlaufender regelmäßiger interner Supervision beim Arzt der Einrichtung über einen Zeitraum von etwa zwei Jahren. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit zur externen Supervision für Mitarbeiter. Die externe Teamsupervision findet vierwöchentlich für zwei Stunden statt. Alle Bezugstherapeuten (Psychologische Psychotherapeuten/innen, Dipl. Sozialebeiter/innen) sind seitens der DRV Bund durch abgeschlossene Ausbildung anerkannt, verfügen über langjährige Erfahrung im Bereich der Suchtrehabilitation und nehmen regelmäßig an störungsspezifischen Fortbildungen teil.

Theoriemodell

Die Abhängigkeitserkrankung wird grundsätzlich als eine **bio-psycho-soziale** Krankheit verstanden, bei der es durch wechselseitig-rückwirkende Störungen zu einer komplexen Beeinträchtigung des sich selbst regulierenden inneren Gleichgewichts des Menschen in seiner Gesamtheit kommt. Nur als Abstrahierung dieses Prozesses lassen sich zum deskriptiven Verständnis ein toxikomanes, ein psychisches, ein somatisches und ein soziales Syndrom voneinander trennen. Die Syndromebenen ermöglichen aber, die eingetretenen Schädigungen (Impairments) zu erfassen, das Ausmaß der Fähigkeitsstörungen (Disabilities) und der sozialen Beeinträchtigungen (Handicaps) zu beschreiben und den Ressourcen eines Menschen gegenüberzustellen.

Das Pathologische Glücksspiel wird durch die jeweils gültige Fassung der ICD (aktuell ICD-10) definiert als häufiges und wiederholt episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (WHO, 1999). Das pathologische Glücksspiel wird nosologisch den Impulskontrollstörungen zugeordnet, aber nach der „Empfehlung Glücksspielen“ als Abhängigkeitsstörung operationalisiert und behandelt. Unter Berücksichtigung aktueller Forschungsarbeiten zeigt das pathologische Glücksspiel wesentlich mehr Gemeinsamkeiten mit stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Craving, Kontrollstörung, Entzugssymptome auf neurobiologischer Ebene etc.) als mit Impulskontrollstörungen.

Es zeigten sich in einer Vielzahl wissenschaftlicher Arbeiten und Theoriekonzepte drei wiederkehrende zentrale Punkte in der Beschreibung pathologischer Glücksspieler. Hierzu gehören **narzisstische Größen- und Allmachtsphantasien, eine Pseudounabhängigkeit mit Minderwertigkeitsgefühlen und eine ausgeprägte Vernachlässigung im Kindesalter** („parental neglect“).

Im Weiteren werden wir nur diejenigen Theorien referieren, die uns als Grundlage zur Rehabilitation dienen und einen konkreten praktischen Bezug (z. B. durch Forschungsarbeiten) aufweisen.

Bereits Sigmund Freud (1900) beschäftigte sich in seinem Werk „Die Traumdeutung“ mit dem pathologischen Glücksspiel. Er beschrieb eine Hassliebe zwischen Vater und Sohn, die zu einem ausgeprägten Minderwertigkeitsgefühl des Sohnes führte. Er beschrieb das Spielen unter dem Ziel des Verlierens, um in einem Wiederholungszwang durch analadistische Selbstbestrafung und eine „Lust am Leiden“ eine Triebabfuhr libidinöser Bestrebungen zu erreichen. Die Liebe zum Vater führte zur Selbstdestruktion und einer Lust an Leid und Unterwerfung. Für Freud erfolgte das Spielen nicht des Spielens wegen, sondern mit dem Ziel des Verlierens im Sinne masochistischer Bestrebungen. Wie wir heute wissen, ist die fehlende Berücksichtigung des eigentlichen Spielaktes und ihrer neurobiologischen Korrelate sowie die Fixierung auf die Vater-Sohn-Beziehung eine der größten Schwächen der Freud'schen Theorie.

Berger (1958) führte Freuds Theorie fort und passte sie an die aktuellen Forschungen an. Er beschrieb das pathologische Spielen als Folge der Rebellion gegen die Autorität der Eltern, der daraus resultierenden Schuldgefühle und folgender Selbstbestrafung. Er führte den Begriff der Pseudoaggressivität als unbewusstes Verlangen nach Niederlage und Selbstbestrafung ein. Daher bleibt das Konzept des Wiederholungszwangs

auch hier gültig. Erstmals wurden jedoch die differenzierten Beziehungen zwischen Kind, Vater und Mutter als Defizit der frühen Triangulierung beschrieben. Ursachen hierfür waren die „Verweigerung“ der Mutter und die Ablehnung des Vaters durch Realverlust oder Desinteresse (Präsentismus). Einerseits introjiziert sich so der Wunsch nach Niederlage und Ablehnung, andererseits der unerhörte Wunsch nach Wiedervereinigung mit dem Vater und die Wut über das Verlassenwerden. All diese Prozesse spiegeln sich in der Therapie pathologischer Spieler wieder und bedingen eine kontinuierliche Reflektion der Übertragung durch den Therapeuten, das Spiegeln des Verhaltens und der Affekte sowie die Arbeit an den Omnipotenzphantasien des pathologischen Spielers durch Förderung und teils durch Eskalation der Übertragungssituation. Der Therapeut und die Gruppe müssen einen „well being father“ darstellen und die Forderung nach Aufgabe der Selbstdestruktivität aufrechterhalten.

Die Anerkennung positiver Anteile des pathologischen Glücksspiels als eine Kompensation unkontrollierbarer negativer Gefühle und Impulse wurde erstmals ausführlich von Rosenthal diskutiert. Der Spieler ist nicht in der Lage, das Spielen aus eigenem Antrieb zu unterlassen und unterliegt so einer Unkontrollierbarkeit. Der Zusammenhang von pathologischem Glücksspiel, den eigenen negativen Gefühlen und Impulsen sowie frühen Beziehungserfahrungen ist dem Spielsüchtigen nicht bewusst zugänglich. Der unbewusste Motor des pathologischen Glücksspiels wird als Störung der frühen Triangulierung mit defizitärer Ausbildung der Ich-Anteile und übersteigerten Über-Ich- und Ideal-Ich-Anteilen verstanden. Der zentrale Konflikt ist als Selbstwertkonflikt oder **Ideal-Ich-Konflikt** zu benennen. Dieser wurde durch wiederholte Zurückweisung, Vernachlässigung und Liebesentzug genährt. Stabile und benevolente Beziehungsstile wurden nicht erlernt. Die Stabilisierung des Selbstwertgefühles war stets externalisiert an Objekte gebunden, die als tragisches Element nur rigide und strafend auftraten. Dadurch entstand eine **innere Gefühlswelt** aus Hilflosigkeit, Unzulänglichkeitsgefühlen, diffuser Angst und **Scham**. Diese unkontrollierbaren negativen Gefühle äußern sich im Leitspruch des schamvollen Individuums wie folgt: „Du bist schlecht!“ – nicht liebens- oder lebenswert. Es entsteht der unerfüllte Wunsch nach Wiedergutmachung und Ausradieren aller Verlust- und Schamgefühle. Durch die defizitären Selbstwertanteile ist dies aus sich selbst heraus nicht möglich. Es kommt im Folgenden zu einer Abwehr der Scham durch Schuld. Die Formel des schuldigen Individuums „Du hast etwas Schlechtes getan“ scheint erträglicher und einfacher als die Verarbeitung des Grundkonfliktes. So entsteht die Abwehr des Ideal-Ich-Konfliktes im Über-Ich-Konflikt. Gefühle des Versagens und der Schwäche werden scheinbar weniger destruktiv erlebt als Hilflosigkeit und paralyisierende Scham. Das Verhängnis dieses Abwehrmechanismus zeigt sich in der einfachen Formel „zweimal falsch ist noch nicht richtig“. Der pathologische Spieler, gefangen in seinem „distortion field“ beginnt jedes Spiel mit der Überzeugung „Das wird mein großer Gewinn“.

Rehabilitationsaspekte

Bereits früh zeigte sich, dass ein kontrolliertes Spielen nicht möglich ist. Ein erneutes Spielen ist als Rückfall zu verstehen und zu bearbeiten. Daher muss der Therapeut die Notwendigkeit der Abstinenz stets fordern. Eine „harm reduction“ ist im analytischen Verständnis des pathologischen Spielens nicht möglich.

Pathologische Spieler stellen an das Rehabilitationssetting spezielle Anforderungen. In strukturierten **Einzelsitzungen** stehen die Anamnese, die Identifikation von Rückfalltriggern und Copingstrategien sowie das Cravingmanagement im Vordergrund. Hinzu kommen die Analyse der Finanzsituation und ggf. Erarbeitung eines Schuldentilgungsplans sowie Hilfestellungen im Erlernen eines „gesunden“ Geldmanagements. In den **Gruppensitzungen** spielen Identifikation, Benennen und Deutung von Widerständen eine zentrale Rolle. Einerseits muss das Spielen als Bewältigungsmechanismus bzgl. des „Benötigten“ und der Gefühle honoriert werden, andererseits kommt dem Aufdecken von Lügen und Manipulation und der Forderung nach Aufgabe des Spielens als maladaptivem, pathogenem und gescheitertem Versuch und der Lösung zugrunde liegender Konflikte besondere Bedeutung zu. Der Spieler erlebt durch die früher gelungene Täuschung, das Lügen und Fortführen des Spielens gegenüber seinem sozialen Umfeld und insbesondere in der Beziehung zu seinem Therapeuten eine ungeheure Befriedigung seiner Grandiositätsphantasmen. Er provoziert einen Machtkampf mit dem Therapeuten, der zur Gegenübertragung mit Strafaktionen und destruktivem Agieren des Therapeuten führen könnte. Rasch kann das Gefühl, der Rehabilitand wolle keine Hilfe annehmen, zur Schlussfolgerung führen, er sei die Therapiemühen nicht wert. Eine Hauptaufgabe des Therapeuten ist es, diese destruktiven Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene zu erkennen und im Verlauf zu deuten. Dies kann dem Spieler helfen, seine eigenen destruktiven Anteile zu erkennen und langfristig Verantwortung für seine Entscheidungen und sein Handeln zu übernehmen. Besonders hilfreich hierbei ist es, dass die vom Rehabilitanden bewusst und unbewusst erwartete Handlungsweise des Therapeuten ausbleibt und dieser den Spieler mit seinen Ohnmachtsgefühlen ernst nimmt und eine neue Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt erfolgt. Das Schreiben, die Vorstellung und das Durcharbeiten der Lebensgeschichte des Rehabilitanden stellt eine der effektivsten therapeutischen Instrumente dar (Rugle, Chapman 1972). Hier geht es um die bewusste Reflektion der eigenen Soziobiographie, Suchtgeschichte und Klärung der eigenen Vulnerabilität. Dies ermöglicht die Aufgabe der Omnipotenzphantasien und ein erstes Artikulieren eigener Gefühle. Dadurch können Stärkungsprozesse des Selbstwertgefühls in Gang gesetzt werden. Unterstützt wird dieser Prozess durch das Schreiben eines Abschiedsbriefes an das pathologische Glücksspiel.

Die berufsbegleitend ambulante Rehabilitation muss in besonderem Maße einen haltgebenden Rahmen geben, in dem die Omnipotenzphantasien und das Lügen des Spielers begrenzt werden und so erstmals neue Beziehungserfahrungen gelebt und verinnerlicht werden können. Der Therapeut muss sich der besonderen und schwierigen Übertragungssituation mit dem Rehabilitanden bewusst sein. Er muss den „Wunsch des Scheiterns und Versagens“ des Rehabilitanden als solchen wahrnehmen und stets seine Gegenübertragung prüfen, um nicht die Rolle der aggressiven und destruktiven Eltern zu wiederholen.

Integriertes Programm zur Behandlung pathologischer Glücksspieler in der Vorphase zur Rehabilitation

Die **Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte** vom 04.05.2001 fordert in der Anlage 1, dass ambulante Rehabilitationseinrichtungen ein **integriertes Behandlungsprogramm** neben dem im Rahmen der Rehabilitation finanzierten Leistungsspektrum vorhalten. Durchschnittlich werden pro Jahr ca. 50 Pathologische Glücksspieler in der Motivationsphase betreut. Diese Phase umfasst insbesondere:

- Diagnostik und Indikationsstellung
- Motivationsklärung und Motivierung
- Therapeutische Einzel- und Gruppengespräche
- Beteiligung der Bezugspersonen am therapeutischen Prozess
- Begleitende Hilfen im sozialen Umfeld
- Krisenintervention
- Vorbereitung der stationären Leistungen zur Rehabilitation
- Ggf. Zusammenarbeit im Therapieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen)
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Prävention

In der Anlage 3 der Vereinbarung wird festgelegt, dass zur differenzierten Indikationsstellung zur Rehabilitation eine mindestens **vierwöchige Vorbereitungsphase** (i. d. R. 4-8 Wochen) unter Abstinenzbedingungen in der Einrichtung voranzugehen hat.

Wir verstehen die Vorphase zur Rehabilitation als **eine intensive ambulante medizinische Versorgung** von Abhängigkeitserkrankten mit **umfassender Diagnostik** und **medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung**.

Die Phase zwischen Abstinenzbeginn und Beginn der Rehabilitation ist für Suchtkranke eine **äußerst kritische Zeit**, in der sie in vielerlei Hinsicht besonders vulnerabel sind. Über mehrere Wochen liegen weiterhin ein gestörter Hirnstoffwechsel, eine Störung der Biorhythmen wie der Schlafätigkeit sowie eine deutlich reduzierte Stresstoleranz vor. Die Schaffung der Abstinenz bei pathologischen Glücksspielern stellt die Rehabilitationseinrichtung vor besondere Aufgaben. Die Überprüfung der Abstinenz kann nie so umfassend wie bei stoffgebundenen Süchten erfolgen. Bereits zu Beginn steht die Finanzanalyse im Vordergrund; Kontoauszüge und zeitliche begrenzte Sperrungen von EC- und Kreditkarten können notwendig werden. Dies ist nur über die Einbeziehung von Angehörigen möglich.

Häufig weitet sich die Abhängigkeitserkrankung im Sinne einer Suchtverlagerung auf stoffliche Suchtmittel (Alkohol, Drogen, Schmerz-, Beruhigungs- oder Schlafmittel) aus oder ist schon als komorbide

Abhängigkeitserkrankung etabliert. Daher muss unter Umständen eine medizinische Entzugsbehandlung zur Vermeidung schwerer vegetativer Entzugssymptome ergänzt werden.

Erst nach Ablauf von mindestens sechs bis acht Wochen kann psychiatrisch-differentialdiagnostisch entschieden werden, ob neben der Abhängigkeitserkrankung eine weitere spezifische komorbide psychiatrische Erkrankung vorliegt. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten konfrontiert die erreichte Abstinenz vom Glücksspiel den Erkrankten mit seiner inneren sowie interpersonellen Konflikthaftigkeit und stellt seine bisherigen pathogenen Bewältigungsmöglichkeiten im Rahmen der Suchtentwicklung in Frage. Dies alles erklärt die **besondere Anfälligkeit für Rückfälle** in dieser Zeit. Gleichzeitig findet sich häufig im sozialen Umfeld eine akute Krise, etwa als Partnerschaftskrise in der Familie oder Konflikt am Arbeitsplatz. Der frühzeitige Einbezug von wichtigen Bezugspersonen ist aus diesem Grunde notwendig. Die Differentialindikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme wird heutzutage verstanden als Ergebnis eines rückbezüglichen Prozesses im Rahmen differentialdiagnostischer und therapeutischer Maßnahmen, d. h. der Verlauf der Orientierungsphase bestimmt die Indikationsentscheidung.

Die **Indikationsentscheidung** zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wird auf Grundlage der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankte“ vom 04.05.2001 getroffen. Dabei gelten folgende Kriterien:

1. Eine ambulante Rehabilitation (Entwöhnung) kommt insbesondere in Betracht, wenn folgende Kriterien zutreffen:
 - 1.1 Die Störungen auf seelischem, körperlichem und sozialem Gebiet sind so ausgeprägt, dass eine ambulante Behandlung erfolgversprechend erscheint und eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr erforderlich ist.
 - 1.2 Das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken hat (noch) stabilisierende/unterstützende Funktion. Soweit Belastungsfaktoren bestehen, müssen diese durch bedarfsgerechte therapeutische Leistungen aufgearbeitet werden. Es ist nicht ausreichend, dass die ambulante Behandlungsstelle allein die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.
 - 1.3 Die Herausnahme aus dem sozialen Umfeld ist nicht oder nicht mehr erforderlich, da hiervon keine maßgeblichen negativen Einflüsse auf den therapeutischen Prozess zu erwarten sind.
 - 1.4 Der/die Abhängigkeitskranke ist beruflich (noch) ausreichend integriert. Jedoch schließen Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbstätigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht aus. Die sich abzeichnende Notwendigkeit zur Reintegration in das Erwerbsleben wird durch eine wohnortnahe Rehabilitation unterstützt.
 - 1.5 Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
 - 1.6 Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit

- zur aktiven Mitarbeit,
- zur regelmäßigen Teilnahme und
- zur Einhaltung des Therapieplans

in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung vorhanden ist.²

- 1.7 Der/die Abhängigkeitskranke ist bereit und in der Lage, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm regelmäßig teilzunehmen.
- 1.8 Auch bei einem langen oder intensiven Suchtverlauf kann die Indikation für eine ambulante Entwöhnung bestehen.
- 1.9 Ausreichende Mobilität ist vorhanden, d. h. die tägliche An- und Abfahrt z. B. mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist möglich. Der/die Abhängigkeitskranke muss in der Lage sein, innerhalb einer angemessenen Zeit (ca. 45 Minuten) die Einrichtung zu erreichen bzw. nach Hause zurückzukehren.

2. Kontraindikationen

Kontraindikationen zur ambulanten Rehabilitation sind akute Suizidgefährdung, akutbehandlungsbedürftige Psychosen, schwere hirnorganische Störungen sowie schwere andere organische Erkrankungen, die eine eigene Rehabilitationsnotwendigkeit bedingen.

Die Vorbereitungsphase dauert mindestens vier bis sechs Wochen und soll einen Zeitraum von sechs Monaten keinesfalls überschreiten. Sie endet mit Aufnahme der Rehabilitation auch bei Vermittlung in eine stationäre Maßnahme.

Im Einzelnen umfasst die **Vorbereitungsarbeit/Motivationsphase:**

- Diagnostik der Suchterkrankung (ICD-10 bzw. Nachfolgesysteme) mit eigen- und fremdanamnestischen Angaben unter Berücksichtigung medizinischer Vorbefunde
- Ergänzende medizinische Diagnostik und Befundklärung
- Feststellung der Art und Ausprägung des pathologischen Glücksspiels oder Suchtmittelgebrauchs
- Feststellung körperlicher und psychischer komorbider Störungen
- Klärung der sozialen Situation und Finanzen
- Feststellung des Rehabilitationsbedarfs
- Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit
- Abklärung der Notwendigkeit und eventuelle Einleitung einer Entzugsbehandlung, ambulant oder stationär
- Kontinuierliche Begleitung während der qualifizierten ambulanten Entzugsbehandlung

² Das kann angenommen werden, wenn der/die Abhängigkeitskranke insbesondere während der Motivationsphase die von der Beratungsstelle bzw. Beratungs- und Behandlungsstelle gesetzten Grenzen und Vorgaben akzeptieren und einhalten konnte. Die der Rehabilitation vorangehende Motivationsphase dauert mindestens vier Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.

- Kontinuierliche psychotherapeutische Interventionen als Einzel- und Gruppentherapie von der Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die weiterführende Rehabilitation
- Einmal wöchentlich eine 90-minütige Gruppenbehandlung, einmal bis mehrfach wöchentlich eine 60-minütige Einzeltherapie
- Kriseninterventionen und ständige Rufbereitschaft
- Formulierungen der Rehabilitationsziele
- Aussagen zur Prognose
- Aussagen zur Motivation
- Rückfallbearbeitung
- Abstinenzkontrollen
- Koordinierung der begleitenden vertragsärztlichen Behandlung (Hausärzte, Fachärzte)
- Koordinierung und Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der Betriebe und mit Betriebsärzten
- Eventuell Abklärung und Einleitung notwendiger beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen, Absprachen mit dem Arbeitsamt
- Ggfs. Vermittlung in Schuldnerberatung
- Möglichst früher Einbezug von Angehörigen des Patienten
- Rehabilitationsantragstellung

IANUA hat mit mehreren gesetzlichen **Krankenkassen Kooperationsvereinbarungen und Verträge zur „Integrierten Versorgung Abhängigkeitskranker“** von stoffgebundenen Süchten zur Ausgestaltung und Förderung der Rehabilitationsvorphase geschlossen. Die Krankenkassen nutzen das Behandlungsangebot der Einrichtung im Rahmen ihrer Case-Management-Programme zur Abklärung des individuellen Rehabilitationsbedarfs ihrer Versicherten sowie zur Verbesserung der Überleitung von medizinischer Krankenbehandlung zur Rehabilitation. **IANUA** ist bemüht, auch für pathologische Glücksspieler ergänzende Angebote zu etablieren. Dies könnte langfristig die Kooperationen noch enger und effektiver gestalten.

Rehabilitationsphase (berufsbegleitend ambulante Rehabilitation)

Die ambulante Suchtrehabilitation in der Einrichtung umfasst einen Zeitraum mit einer **Dauer von 10 bis 12 Monaten**. Es werden Frauen und Männer ab dem vollendeten 18. Lebensjahr aufgenommen. Der im Vergleich zur berufsbegleitend ambulanten Suchtrehabilitation bei Substanzabhängigkeiten nochmals verdichtete Rehabilitationsprozess trägt den spezifischen Problemen und Anforderungen des pathologischen Glücksspiels Rechnung. Hierzu gehören bereits von Beginn an eine intensive Klärung und „Überwachung“ der finanziellen Situation. Während dieser Zeit können maximal 120 therapeutische Einzel- oder Gruppengespräche sowie – wenn erforderlich – bis zu 12 therapeutische Gespräche mit Bezugspersonen erfolgen. Dabei besteht das kontinuierliche therapeutische Programm aus **2,5-3** therapeutischen Leistungen pro Woche, wobei Gruppengespräche ergänzt werden durch obligatorische, kontinuierlich stattfindende Einzelgespräche bzw. Kriseninterventionstermine. Während der ambulanten Rehabilitation gelten die Richtlinien der jeweils zuständigen Leistungsträger (vgl. Abschnitt: Therapeutische Interventionen).

Der Ablauf der Rehabilitation ist inhaltlich in drei Abschnitte gegliedert. Im ersten Abschnitt (4-6 Wochen) liegt der Schwerpunkt der Arbeit in einem umfassenden Assessment und einer Überprüfung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsgesamtplans im Sinne eines adaptiven Vorgehens. Es geht um die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten und um die Entwicklung einer haltgebenden Gruppenkohärenz. In der Auseinandersetzung um das Rehabilitationssetting stehen u. a. die Erarbeitung von Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt und Beständigkeit, soziale Fähigkeiten wie Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten und Umgang in der Gruppe sowie Aspekte des Selbstbildes mit Selbständigkeit, Übernahme von Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit im Mittelpunkt. Die Krankheitseinsicht soll vertieft werden, eine emotionale Akzeptanz der Abhängigkeitserkrankung soll sich entwickeln. Darüber soll sich eine eigenständige stabile Abstinenzmotivation herausbilden. Hierzu gehören auch Veränderungen im Umgang mit Geld und Übernahme von Verantwortung für das eigene Handeln.

Im zweiten Abschnitt (7-8 Monate) geht es um die vertiefte therapeutische Arbeit an zugrundeliegenden inneren und interaktionellen Konflikten, um die Bearbeitung belastender Kontextfaktoren in Familie und Beruf sowie um den Aufbau alternativer haltgebender Bewältigungsmechanismen. Dazu gehört eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Soziobiographie und Suchtentwicklung. In diesem Abschnitt wird verstärkt mit Bezugspersonen gearbeitet.

Der dritte Abschnitt (4-6 Wochen) dient der Ablösung aus dem Rehabilitationsprozess. Es ist der Abschnitt des Übergangs und der Vermittlung in weiterführende Maßnahmen, insbesondere in Selbsthilfegruppen und in besonderen Fällen in eine weiterführende psychotherapeutische Behandlung. In diesem Abschnitt geht es um die Bilanzierung des Prozesses und um die abschließende Einschätzung aller Beteiligten mit der Notwendigkeit einer sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung.

Dem Umgang mit **Rückfällen** innerhalb der Rehabilitation kommt eine entscheidende Bedeutung zu. Als **Rückfall** ist ein erneutes „Spielen“ oder ein kompensatorischer Konsum von Suchtmitteln (Alkohol, Drogen, Medikamente) zur Vermeidung Craving-induzierender Affekte und Situationen zu definieren.

Die **Abstinenzkontrolle** ist dabei unverzichtbar, bzgl. des Glücksspiels aber auch schwierig in der Umsetzung und gelingt nur in Zusammenarbeit mit den **Angehörigen und dem Rehabilitanden**. Daher werden die Angehörigen von Beginn der Rehabilitation an in den Therapieprozess und die Abstinenzkontrollen mit eingebunden. Die Rehabilitanden verpflichten sich eine Selbstsperre bei Spielcasinos und Lottogesellschaften. Der Patient ist verpflichtet seine Konten und Bankgeschäfte offen zu legen sowie ein Haushaltsbuch zu führen.

Jeder Rückfall ist Anlass, den therapeutischen Prozess neu zu überdenken und anzupassen. Nach Analyse und Durcharbeitung des Rückfalls wird beobachtet, ob der Rehabilitand Konsequenzen aus dem Rückfall zieht und sein diesbezügliches Verhalten ändert. Nach dem zweiten Rückfall endet die ambulante Rehabilitation, wenn ersichtlich wird, dass der Rehabilitand sein süchtiges Leben fortführen will.

Für Rehabilitanden, die nach dem zweiten Rückfall weiter therapiemotiviert sind und für die eine gute Rehabilitationsprognose gilt, kann ein Antrag auf Umwandlung in eine vollstationäre Rehabilitationsmaßnahme erfolgen oder es ist aufgrund der psychiatrischen Komorbidität eine akutmedizinische Behandlung (Fachabteilung: Psychiatrie/Psychosomatik) notwendig. Bei zweiter Indikation entscheidet die Rentenversicherung über eine mögliche Wiederaufnahme in die berufsbegleitende ambulante Rehabilitation im Einzelfall nach der stationären Akutbehandlung. Ergänzende Behandlungsangebote nach Ende der stationären Suchtrehabilitation wie die poststationäre ambulante Rehabilitation oder die Nachsorge sind meist anschließend indiziert.

Rehabilitationsdiagnostik

Wir verstehen die Rehabilitationsdiagnostik als einen **fortlaufenden Prozess**, der ein **adaptives Vorgehen der Interventionen** möglich macht. Die Grundlage bildet die umfassende Diagnostik des Assessments in der Vorphase. Die medizinische Diagnostik umfasst neben den aktuellen Befunden den kontinuierlichen Einbezug ergänzender vertragsärztlicher hausärztlicher und fachärztlicher Befunde. Die psychiatrische Befunderhebung orientiert sich am AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie), die psychotherapeutisch-psychodynamische Diagnostik am OPD (Operationalisierte psychodynamische Diagnostik). Störungen der Funktionen und Fähigkeiten werden im Rahmen des ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) erfasst und klassifiziert. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik wird ergänzt durch Testverfahren. Eingesetzt werden standardisierte Leistungstests sowie Persönlichkeitstests. Die spezielle Analyse der Arbeitssituation kann ergänzt werden durch eine Testdiagnostik zum arbeitsbezogenen Verhalten. Die Aufgabe des Arztes der Einrichtung ist die verantwortliche Leistungserbringung. Er ist verantwortlich für die Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussuntersuchung inklusive des ärztlichen Reha-Entlassungsberichtes mit sozialmedizinischer

Leistungsbeurteilung. Er ist darüber hinaus zuständig für die Erstellung des Rehabilitationsplanes und entscheidet über die Therapiefrequenzen. Er koordiniert ergänzende ärztliche Behandlungen und Hilfen außerhalb der Rehabilitation und arbeitet verantwortlich in Fall- und Teambesprechungen im adaptiven Prozess der Rehabilitation mit. Schwerpunkt der psychologischen Tätigkeit ist die Testdiagnostik; Schwerpunkt der sozialarbeiterischen Tätigkeit sind die ergänzenden sozialtherapeutischen Leistungen mit Sozialanamnese, beruflicher und Familienanamnese.

Wir verstehen unsere Arbeit als interdisziplinären Prozess, der zwischen den einzelnen beteiligten Berufsgruppen in regelmäßigen Fallbesprechungen diskutiert wird.

Therapeutische Interventionen

Die ambulante Suchtrehabilitation wird in der Regel in einer **slow-open-Gruppe** von 10 bis 12 Rehabilitanden durchgeführt (Mindestgröße von sechs Rehabilitanden). **Pathologische Glücksspieler** werden in einer separaten Gruppe behandelt und nicht gemeinsam mit Substanzabhängigen. Die Gruppe wird geschlechtsgemischt besetzt. Die Rehabilitationszeiten sind an die Arbeitszeiten angepasst, d. h. in der Regel ab 16:30 Uhr. Bei ausreichend großem Bedarf werden Vormittags- oder Wechselschichtangebote angeboten. Bei Beginn der Rehabilitation wird mit den Rehabilitanden ein **schriftlicher Therapievertrag** abgeschlossen. Im weiteren Verlauf werden gemeinsam **verbindliche Therapieziele** besprochen und vereinbart. Während des gesamten Verlaufs besteht ein stabiles therapeutisches Setting mit einem/einer **Bezugstherapeuten/-therapeutin**. Über eine Vertretungsregelung wird die Rehabilitation auch in Urlaubs- und Krankheitszeiten des Bezugstherapeuten sichergestellt. Wöchentlich werden **zwei** therapeutische Leistungen in der Gruppe zu je 100 Minuten erbracht. Der therapeutische Prozess wird ergänzt und vertieft durch **Einzelgespräche**, insbesondere auch zur Bearbeitung von akuten Krisensituationen, zur Vertiefung der therapeutischen Arbeit, zur Therapieplanung, zur Absprache von verbindlichen Therapiezielen und zur Überprüfung der Erreichung der Ziele. Diese finden mindestens 14-tägig statt.

Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs werden Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess miteinbezogen. Dies geschieht sowohl punktuell in Form einzelner **Paar- oder Familiengespräche** als auch in Form von Wochenendseminaren. Dafür stehen vom Leistungsträger zusätzliche Angehörigenleistungen zur Verfügung. Die Angehörigenarbeit dient der Aufdeckung und Bearbeitung co-süchtiger Beziehungsstrukturen, der Hilfestellung im Umgang mit dem Veränderungsprozess des Rehabilitanden, der Förderung von Verständnis für den Suchtkranken und den Angehörigen. Bei den Seminaren werden die Methoden der Information, der Gruppen- und Familienarbeit benutzt. Es besteht die Möglichkeit, Angehörige in eine Gruppe für Angehörige von Suchtkranken (indikative Psychotherapie) zu vermitteln.

Neben dem fortlaufenden Prozess in der Bezugsgruppe gibt es die Möglichkeit, im Rahmen **indikativer Gruppen** eine problemorientierte Klärung und Vertiefung zu erreichen. Diese werden geleitet von dafür fachlich qualifiziertem Personal. Die indikativen Gruppen umfassen insbesondere **„Raucherentwöhnung“**, **„Schmerz-, Körperwahrnehmung und Körpertherapie“**, **„Entspannungstraining“** sowie

„**Arbeitsplatzbezogene Problemlösung**“ und dienen insbesondere der Förderung ressourcenorientierter Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der **Beratung von arbeitslosen Rehabilitanden**. Die **klinische Sozialarbeit** bietet die Möglichkeit sozialrechtlicher Beratung, der Vermittlung und Koordination ergänzender Hilfen sowie der Information und Motivation im Rahmen psychoedukativer Arbeit. Dadurch wird es möglich, im Rahmen des ambulanten Settings den Rehabilitationsprozess mit ergänzenden Hilfen der beruflichen Wiedereingliederung und mit ergänzenden sozialen Hilfen zu verzahnen. Es erfolgt bei jedem Rehabilitanden eine **Analyse der beruflichen Situation** und des konkreten Arbeitsplatzes. Dabei wird der Vorteil des ambulanten Therapiesettings, d. h. die Nähe zum beruflichen Alltag mit seinen Schwierigkeiten und Bedingungen genutzt. Es geht darum, mögliche aktuelle Probleme auf dem Arbeitsplatz zu identifizieren, deren Hintergründe und Zusammenhänge zu beleuchten und Lösungen mit dem Rehabilitanden zu erarbeiten.

Zusätzlich zum therapeutischen Angebot sind **Geldmanagement und Schuldenregulierung** Schwerpunkte. Zu Beginn muss ein Überblick über die aktuelle Finanzlage geschaffen werden. Dies beinhaltet alle Einnahmen, Verbindlichkeiten, alle regelmäßigen Kosten und Lebensunterhaltskosten (Führung eines Haushaltbuches). Die Schuldenregulierung (Gesamtbetrag, Zins, Tilgung) muss kritisch bewertet und eventuell eine Umfinanzierungsmaßnahme eingeleitet werden. Ziel ist es, einen **stabilen und tragfähigen Wirtschaftsplan** zu erarbeiten, den der Suchtkranke selbst mitgestaltet. So sollen erste alternative Lösungs- und Denkansätze verinnerlicht werden. Bei hoch komplexen Überschuldungen oder der Notwendigkeit einer Privatinsolvenz vermitteln wir kurzfristig in eine **Schuldnerberatung** oder fachanwaltliche Betreuung. Die **Angehörigen** werden nicht nur in den psychotherapeutischen Prozess miteingebunden, sondern ebenfalls in alle wirtschaftlichen Fragestellungen und in die Abstinenzkontrollen. Häufig ist die Finanzverwaltung bereits durch Angehörige übernommen worden (Entzug der Kontenvollmachten, EC- und Kreditkarten), um einer weiteren Schädigung der Familie entgegenzuwirken. Notwendig ist die **schrittweise Wiedereinbeziehung des Suchtkranken in seine alltäglichen Finanzangelegenheiten**. In besonders chronifizierten oder stark ausgeprägten Fällen kann die Einrichtung einer **gesetzlichen Betreuung** (Vermögens- und Gesundheitsfürsorge) notwendig werden. Erforderliche Schritte werden bei Bedarf auch als Eilantrag oder gegen den Willen des Rehabilitanden in die Wege geleitet. Ziel ist es jedoch, eine Betreuung nach Möglichkeit im Einvernehmen mit dem Rehabilitanden beim zuständigen Amtsgericht zu beantragen, sollte dies notwendig sein. Mitarbeiter von **IANUA** übernehmen nie die Funktion des gesetzlichen Betreuers.

Ziele

Grundsätzliche Ziele der Suchtrehabilitation sind das Erreichen einer **stabilen und zufriedenen Abstinenz**, die **möglichst umfassende Aufarbeitung der dahinterstehenden Persönlichkeitsproblematik**, die **volle Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit** sowie die **Integration in Arbeit, Beruf und Gesellschaft**.

Das Rehabilitationsprogramm mit seinem interdisziplinären Ansatz dient der umfassenden Analyse der Abhängigkeitsentwicklung mit dem Ziel der vertieften Krankheitseinsicht und der stabilen Abstinenzentscheidung. Im Mittelpunkt stehen dabei Rückfallanalyse und Erwerb von Rückfallbewältigungsstrategien. Auf dieser Grundlage wird eine Verbesserung des Interaktionsverhaltens, der Beziehungsfähigkeit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeit angestrebt.

Nachsorge

Die Einrichtung verfügt über ein **spezifisches Nachsorgeprogramm** für Rehabilitanden nach vorangegangener stationärer Suchtrehabilitation von stoffgebundenen oder anderen Suchterkrankungen wie dem pathologischen Glücksspiel. In einem Zeitraum von einem halben Jahr können 20 Einzel- oder Gruppensitzungen sowie bis zu zwei Gespräche für Bezugspersonen durchgeführt werden. Eine einmalige Verlängerung der Maßnahme ist in begründeten Fällen möglich. Die Nachsorge dient der Stabilisierung der erreichten Suchtmittelabstinenz und stellt insbesondere eine ergänzende Hilfe im Rahmen weiterhin notwendiger psychosozialer Eingliederung dar. Die Nachsorge wird durchgeführt in Form von **Einzelbetreuung** oder als **spezifische, psychoedukativ ausgerichteten Gruppengesprächen**. Wir halten dafür eine spezielle Nachsorgegruppe vor, die wöchentlich 100 Minuten lang stattfindet. Die Einrichtung arbeitet mit verschiedenen Selbsthilfegruppen zusammen. Bereits in der Rehabilitationsphase wird die Kontaktaufnahme der Rehabilitanden zu **Selbsthilfegruppen** angeregt, unterstützt und gefordert. Spätestens gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird auf einen überlappenden Übergang in die Selbsthilfgruppenarbeit Wert gelegt. Bei Komorbidität wird eine weiterführende psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung mit dem Rehabilitanden besprochen und in die Wege geleitet.

Die inhaltlichen und strukturellen Anforderungen des „Gemeinsamen Rahmenkonzeptes der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31. Oktober 2012“ werden bzgl. der Anforderungen an den Gruppenleiter eingehalten.

Prävention

IANUA - Gesellschaft für **Prävention** und Sozialtherapie ist darüber hinaus auch auf dem Gebiet der Prävention von Suchterkrankungen tätig. Es ist sinnvoll und notwendig, nicht nur Hilfen für bereits von der Suchterkrankung Betroffene anzubieten, sondern auch im Vorfeld der Erkrankung durch geeignete Maßnahmen einer süchtigen Entwicklung vorzubeugen. Nur so kann dem stetigen Anstieg der Anzahl von Suchtkranken begegnet werden.

IANUA arbeitet auf der Grundlage **gemeindepsychiatrischer Prinzipien**. Sie richtet dementsprechend ihre präventive Tätigkeit konkret an den Erfordernissen und Bedürfnissen von Einrichtungen und Personen ihres Einzugsgebietes aus. Aus dem breiten Spektrum möglicher Präventionsmaßnahmen wird eine **schwerpunktmäßige und projektbezogene Arbeit** angeboten. Dabei sind Absprache, Koordination und Zusammenarbeit mit anderen auf diesem Gebiet tätigen Institutionen erforderlich.

IANUA arbeitet kontinuierlich im **Arbeitskreis „Suchtprävention“ des Landkreises** mit. In ihm sind auch das örtliche Gesundheitsamt, weitere Beratungsstellen, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen, das Jugendamt, die Polizei und Schulen vertreten. Es wird jährlich ein **gemeinsames Aktionsprogramm** mit wechselnden Themenschwerpunkten und Veranstaltungen erarbeitet und durchgeführt. Eine wichtige Zielgruppe sind dabei Kinder und Jugendliche. Von daher kommt der Präventionsarbeit mit Lehrern und in der Jugendarbeit Tätigen eine besondere Schlüsselstellung zu. **IANUA** bietet für diese Zielgruppen eine langfristige **Informations- und Fortbildungsmöglichkeit** einschließlich **Supervision** an. Projektbezogen mit thematischen Schwerpunkten, führt **IANUA** auch in Einrichtungen Veranstaltungen zur Suchtprävention durch. **IANUA** berät darüber hinaus Betriebe bei der Einrichtung und Durchführung **betrieblicher Suchtkrankenarbeit**. Dazu gehören die Analyse suchtbedingter betrieblicher Schwierigkeiten, die Entwicklung von Konzepten zu ihrer Überwindung sowie die dazugehörige Realisierung von Programmen mit Supervision durch qualifiziertes Fachpersonal. Auch hier bietet **IANUA** spezielle Seminare zur Information und Schulung von Führungskräften.

Im Rahmen der **Fort- und Weiterbildung** bietet **IANUA** für Ärzte die Möglichkeit zum Erwerb der Fachkunde **„Suchtmedizinische Grundversorgung“** im Rahmen eines einjährigen Curriculums. Ebenso besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einer **Balint-Gruppe** für Hausärzte. Es werden zweimal jährlich **Fortbildungsveranstaltungen** zum Thema „Diagnostik von Suchterkrankungen“ für kooperierende Vertragsärzte angeboten. Für ärztliche und psychologische Psychotherapeuten in Weiterbildung ist es möglich, in der Einrichtung als **Co-Therapeuten** notwendige Rehabilitations- und Orientierungserfahrungen zu machen. Der verantwortliche Arzt der Einrichtung ist zur Weiterbildung auf den Gebieten „Psychiatrie und Psychotherapie“ ermächtigt.

IANUA beteiligt sich an wissenschaftlichen Kongressen und stellt seine Arbeit dort zur Diskussion. Darüber hinaus werden jährlich auf der Grundlage des deutschen Kerndatensatzes die Ergebnisse der Tätigkeit veröffentlicht.

Literaturverzeichnis

- Albers N. (1993): Ökonomie des Glücksspielmarktes in der BRD. Berlin
- Bensel W., (2000): Die stationäre Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“. Neunkirchen: Münchwieser Hefte Nr. 24
- Berger E.: The psychology of gambling. New York: International University Press, 1958
- Brehm N., Khantzian E.J., Dodes L.M. (1993). Recent developments in alcoholism: psychodynamic approaches. *Recent Dev Alcohol*, 11: 453-471
- Bönisch M (1994): Opium für die Armen. Lottospiel und Volksmagie im frühen 19. Jahrhundert. Eine Fallstudie aus Baden Württemberg. Tübingen
- Brandt C. (1993): Sucht und Automatenspiel. Freiburg im Breisgau
- Dilling H., Mombour W., & Schmidt M.H. (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Hans Huber
- Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (2001)
- Fett A., (Hrsg.) (1996): Glück-Spiel-Sucht Konzepte und Behandlungsmethoden. Lambertus: Freiburg.
- Freud S.: Die Traumdeutung. Studienausgabe Band 2, S. Fischer Verlags GmbH, Frankfurt am Main, 11, korrigiert Auflage von 2001, Erstauflage 1900.
- Fröhling U. (1993): Droge Glücksspiel. Betroffene erzählen von einer heimlichen Sucht. Frankfurt am Main
- Füchtenschneider I. (2000): Die ambulante Beratung / Behandlung von „pathologischen Glücksspielern“. Neunkirchen: Münchwieser Hefte Nr. 24
- Fydrich T., Renneberg B., Schmitz B. & Wittchen H.U.(1997): *SK/D-11* -Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Hogrefe: Göttingen.
- Gibson B., Sanbonmatsu D.M., Posavac S.S. (1997): The effects of selective hypothesis testing on gambling. *Journal of Experimental Psychology*. 3,126-142.
- Grawe K., Donati R. & Bernauer F. (1994): Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession. Hogrefe: Göttingen.
- Gupta R., Derevensky J.L.: Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *J Gambl Stud* 16(2/3), 315-342 (2000)
- Heigl-Evers A. (1978): Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heigl-Evers A. (1991): Suchttherapie psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Heigl-Evers A. (1995): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode Theorie und Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

- Heigl-Evers A, Nitzschke B. (1991): The „interpretation“ principle and the „response“ principle in psychoanalytic therapy. Comments on the theoretical foundation of two therapeutic orientations, directed at different patient groups. *Z Psychosom Med Psychoanal*; 37 (2): 115–127
- Holtgraves T.M. (1998): Gambling as a self-representation. *Journal of Gambling Behaviour*. 4, 78-91.
- Kanfer F.H., Reinecker H. & Schmelzer D. (2000): *Selbstmanagement Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis - 3.Auflage*. Springer: Berlin.
- Krämer W. (1996): *Denkste! Trugschlüsse aus der Welt des Zufalls und der Zahlen*. Frankfurt am Main (2. Auflage)
- Kunzke D., Burtscheidt W. (2002): Zur Wirksamkeit der psychoanalytisch orientierten Gruppenpsychotherapie des Alkoholismus – eine Literaturübersicht. *Gruppenpsychother Gruppensystemik*; 38: 17
- Langer E.J. (1975): The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*. 32,311-328.
- Leichsenring F. (2002): The effectiveness of psychodynamic therapy. A review using criteria of evidence-based medicine. *Z Psychosom Med Psychother*; 48 (2): 139–162
- Marlatt G.A. & Gordon J.R. (1985): *Relapse Prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviour*. Guilford Press: New York.
- Meyer G., Bachmann M. (1993): *Glücksspiel. Wenn der Traum vom Glück zum Alptraum wird*. Berlin, Heidelberg
- Meyer G. & Bachmann M. (2000): *Spielsucht: Ursachen und Therapie*. Springer: Berlin.
- Ocean G. & Smith G.J. (1993): Social reward, conflict and commitment: a theoretical model of gambling behaviour. *Journal of Gambling Studies*. 9, 321-339.
- Petry J. (1996): *Psychotherapie der Glücksspielsucht*. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Petry L. (2000): Editorial: Die medizinische Rehabilitation von „pathologischen Glücksspielern“. Neunkirchen: Münchwieser Hefte Nr. 24
- Petry J. (2003): Pathologisches Glücksspielverhalten. Ätiologische, psychopathologische und psychotherapeutische Aspekte. Neuland, Geesthacht
- Petry J. & Jahrreiss R. (1999): Stationäre medizinische Rehabilitation von „Pathologischen Glücksspielern“: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. In „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischen Glücksspielern. Handreichung der Arbeitsgemeinschaft der Landesversicherungsanstalten 2001.
- Prochaska J. & Di Clemente C. (1982): In Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999) *Motivierende Gesprächsführung*. Lambertus: Freiburg.
- Reid R.L. (1986): The psychology of near miss. *Journal of Gambling Behaviour*. 2, 32-39.
- Rosenthal R.J. (2008): Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Rev Bras Psiquiatr.*;30(Supl I): 41-50

- Rugle LJ., Rosenthal RJ.: Transference and countertransference reactions in the therapy of pathological gambler. *J Gambl Stud.* 10 (1), 43-65, (1994)
- Saß H., Wittchen H.-U.; Zaudig M. (Hrsg.) (2001): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe
- Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger (2001). Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen.
- Stea JN., Hodgins DC. (2011): A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev.*, 4(2):67-80.
- Thomas G.J. (1992): Ambulante Suchtkrankheiten im Verbund eines Suchtkrankenhauses In Meyer, G. & Bachmann, M. (2000) Spielsucht Ursachen und Therapie. 175. Springer: Berlin, Heidelberg
- Thompson W.N. (1991): Machismo: manifestation of a cultural value in the latin american casino. *Journal of Gambling studies.* 7, 143-164.
- Tversky A. und Kahnemann D. (1973): Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology.* 5, 207-233.
- Viets L., Miller WR. (1997): Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review* 17 (7): 689-702
- Walker M.B. (1992): The psychology of gambling. Pergamon Press: Oxford.
- Weltgesundheitsorganisation (1999). Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Hans Huber: Bern.



Stand vom 06.05.2013, verantwortlich:

Sonja Steffen

Dipl.-Sozialarbeiterin, Leitende Therapeutin, Geschäftsführerin

Alexandr Litinetski

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, verantwortender Arzt der Einrichtung

IANVA

GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 06831 - 46 00 55
FAX: 06831 - 46 00 57
WWW.IANUA-GPS.DE
INFO@IANUA-GPS.DE

A M B U L A N T E
B E H A N D L U N G U N D
R E H A B I L I T A T I O N
A B H Ä N G I G K E I T S K R A N K E R
P R Ä V E N T I O N

T H E R A P I E V E R T R A G

Für pathologische Glücksspieler

zwischen

Frau/Herrn _____ geboren _____

Anschrift _____

und

IANUA - Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH
66740 Saarlouis, Lisdorfer Straße 2

1. Sie haben sich dafür entschieden, an der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme für Pathologische Glücksspieler teilzunehmen. Die Rehabilitationsmaßnahme dauert maximal 12 Monate. Sie umfasst maximal 120 Behandlungseinheiten in Form von Einzel- (50 Minuten) oder Gruppengesprächen (100 Minuten) sowie zusätzlich bis zu maximal 12 Angehörigenleistungen. Der Schwerpunkt der Rehabilitation liegt auf der Gruppenbehandlung, die ergänzt wird durch Einzelsitzungen. Diese erfolgen regelmäßig 14-tägig und zusätzlich zur Krisenintervention.
2. Wesentlicher Teil der ambulanten Rehabilitation ist die Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Aus diesem Grund verpflichten Sie sich, eine Bezugsperson mit in die Behandlung einzubeziehen.
3. Sie verpflichten sich, bezüglich des Spielens abstinent zu sein. Zur Abstinenzforderung gehört das Einstellen von Automaten-, Casino-, Lotto-, Totoglücksspiel, Wetten jeglicher Art sowie Karten- und Gesellschaftsspiele mit Zufalls- und Glückscharakter oder direktem Geldbezug, Geschicklichkeitsspiele um Geld, Börsenspiele. Weiterhin verpflichten sie sich zur Selbstanzeige einer Spielersperre in Spielcasinos und bei Lottogesellschaften. Zur Überprüfung Ihrer Abstinenz verpflichten Sie sich, uns auf Nachfrage Ihre Kontobewegungen offenzulegen. Dazu ist die Transparenz Ihrer Haushaltsführung notwendig, was das Führen eines Haushaltsbuches und einer differenzierten und umfassenden Finanzaufstellung bedingt. Bei nicht zu regelnden Schulden verpflichten Sie sich, eine Schuldnerberatungsstelle zur Klärung Ihrer finanziellen Situation mit einzubeziehen und aktiv an einer Klärung Ihrer Situation mitzuarbeiten. Eine weitere Möglichkeit ist in besonderen Fällen die Errichtung einer gesetzlichen Betreuung für den Bereich Ihrer Vermögensfürsorge.
4. Sie verpflichten sich, während der ambulanten Suchtrehabilitation bezüglich Alkohol, suchtmachenden Medikamenten und Drogen aller Art abstinent zu leben. Dazu gehört, dass Sie Alkohol auch in geringen Mengen (Alkohol in Speisen, „alkoholfreies“ Bier u. ä.) vermeiden. Zu den suchtmachenden Medikamenten gehören Beruhigungs-, Schlaf-, Aufputsch- und Schmerzmittel. Auch Antidepressiva und Neuroleptika können als Suchtmittel gebraucht werden. Bei schweren zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen und in besonderen Noffällen können diese im Einzelfall verordnet werden. Dabei ist Rücksprache mit dem verantwortenden Arzt der Einrichtung zu halten. Bei Zweifeln, ob ein Medikament zu den Suchtmitteln zählt, wird die Rücksprache mit der Einrichtung empfohlen.
5. Auch Nikotin ist ein Suchtmittel. Die Nikotinabstinenz wird jedoch von Ihren Leistungsträgern nicht als Voraussetzung für die Rehabilitation gefordert und der Konsum von Nikotin nicht als Rückfall gewertet. Wir weisen Sie darauf hin, dass ein weiterer Gebrauch von Nikotin Ihrer Gesundheit schadet, Ihre Rehabilitation erschwert und Ihr Rückfallrisiko erhöht. Sollten Sie sich freiwillig zur Abstinenz von Nikotin entscheiden, finden Sie Unterstützung in der Einrichtung. Auch süchtiger Gebrauch von Koffein kann zu Problemen führen und dann zur Notwendigkeit von Verhaltensänderungen.
6. Ferner verpflichten Sie sich, bei nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten Ihr süchtiges Verhalten aufzugeben (z. B. exzessiver Internet-, PC-Gebrauch, Spielkonsolen).

7. Sie verpflichten sich, während der gesamten Rehabilitation an allen therapeutischen Maßnahmen aktiv teilzunehmen. Die Rehabilitation wird integriert und koordiniert mit der weiterlaufenden kontinuierlichen hausärztlichen und einer evtl. notwendigen fachärztlich-psychiatrischen Behandlung. Zur hausärztlichen Betreuung gehören regelmäßige Befundkontrollen einschließlich der Erhebung der Laborwerte sowie der notwendigen Mitbehandlung von körperlichen Suchtfolgeschäden. Der verantwortliche Psychiater der Einrichtung bietet in den Räumen der Einrichtung eine regelmäßige wöchentliche Sprechstunde an. Darüber hinaus können Sie mit ihm begleitend zur Rehabilitation zusätzliche Termine vereinbaren. Der Arzt der Einrichtung und sein Vertreter sind notfallmäßig telefonisch auch an Wochenenden erreichbar. Zum Rehabilitationsablauf gehören Abstinenzkontrollen, Befundkontrollen einschließlich Testdiagnostik und wenn notwendig die Mitbehandlung zusätzlicher bestehender schwerer psychiatrischer Erkrankungen.
8. Sollten Sie sich darüber hinaus in zusätzlicher ärztlicher ambulanter oder stationärer Behandlung während der Rehabilitation befinden, veranlassen Sie, dass ein Befundbericht der Einrichtung zugeht. Zeiten der Arbeitsunfähigkeit werden Sie der Einrichtung anzeigen.
9. Zur Koordination von Rehabilitation und hausärztlich/fachärztlicher Behandlung entbinden Sie IANUA - Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH gegenüber dem
Hausarzt: _____ von der Schweigepflicht.
10. Die regelmäßige und beständige Teilnahme an allen Maßnahmen ist verbindlich. Sollten Sie aus besonderen Gründen fehlen, werden Sie dies vor der jeweiligen Sitzung mitteilen. Bei Erkrankungen werden Sie ein ärztliches Attest vorlegen. Wiederholtes, unentschuldigtes Fehlen führt zur Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme.
11. Bei der Urlaubsplanung werden Sie sich an die vorgegebenen Urlaubszeiten halten. Für Urlaubszeiten Ihres Bezugstherapeuten sorgt die Einrichtung für eine Vertretungsregelung. Dies betrifft auch Erkrankungsfälle des Bezugstherapeuten.
12. Sie sind bereit, im Falle eines Rückfalls diesen aufzudecken und innerhalb der Rehabilitationssituation zu bearbeiten. Weitere Rückfälligkeit macht es notwendig, den Gesamtrehabilitationsplan neu zu überdenken. Bei weiterer Rehabilitationsnotwendigkeit und -bereitschaft ist eine Umwandlung in eine stationäre Rehabilitation notwendig. Bei fehlender Kooperation und fehlender Rehabilitationsbereitschaft erfolgt die Beendigung der Maßnahme. Wir weisen Sie darauf hin, dass das Decken von rückfälligen Mitpatienten von uns als Rückfall in das alte Suchtverhalten gewertet wird.
13. Sie verpflichten sich, alles was Sie von den Mitpatienten/Mitpatientinnen während der Rehabilitation erfahren, vertraulich zu behandeln und darüber (auch über die Therapiezeit hinaus) Stillschweigen zu bewahren.
14. Sollten Sie beabsichtigen, die Rehabilitation vorzeitig abubrechen, verpflichten Sie sich, diese Absicht in der nächsten Gruppensitzung anzusprechen. Danach werden Sie eine Wartezeit von zwei Wochen einhalten, um Ihre Entscheidung noch einmal zu überdenken.
15. Bei Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme – sei es durch Abbruch oder reguläre Entlassung – werden Sie ein Abschlussgespräch bei dem verantwortenden Arzt der Reha-Einrichtung und Bezugstherapeuten wahrnehmen.
16. Sie erklären sich bereit, zur Sicherung des Rehabilitationserfolges bereits während der Rehabilitation Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe für Suchtkranke/Pathologische Glücksspieler aufzunehmen und diesen Besuch auch nach Abschluss der Maßnahme fortzuführen.

Datum/Unterschrift, Patient/Patientin

Datum/Unterschrift, Therapeut/Therapeutin



Antrag auf Selbstsperre bei Erkrankung an pathologischem Glücksspiel

- an das Spielcasino: _____
Anschrift: _____
- an die Lottogesellschaft _____
Anschrift: _____

Hiermit beantrage ich eine Selbstsperre, die ab sofort gelten soll.

Vorname: _____
Name/ Geburtsname: _____
Anschrift (Str. PLZ Ort): _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____

Eine **Bestätigung der Sperre** schicken Sie bitte an meine o.g. Anschrift

Eine **Bestätigung der Sperre** schicken Sie bitte an folgende Anschrift:

Ianua G. P. S. mbH, Lisdorfer Straße 2, 66740 Saarlouis

Tel. 06831/460055, Fax 06831/460057 (ambulante Rehabilitationseinrichtung)

Ich lege diesem Antrag eine Kopie meines Personalausweises bei

Ich möchte mich sperren lassen, weil ich glücksspielsüchtig bin.

Bitte notieren Sie meine Sperre für:

- den Mindestzeitraum von einem Jahr
- für einen längeren Zeitraum von _____ Jahren
- lebenslang

Mit diesem Antrag willige ich in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Geburtsort) und Weiterleitung an die an dem übergreifenden Sperrsystem beteiligten Spielbanken und Lottogesellschaften und deren Beauftragte zur Durchsetzung der Spielersperre ein. Mir ist bekannt, dass diese Sperre für alle Casinospiele sowie für suchtrelevante Lottospiele wie Oddset, Toto und Keno gilt.

Bitte sehen Sie davon ab, mir Glücksspielwerbung Ihrer und der am Sperrsystem beteiligten Gesellschaften bzw. Einladungen zu Glücksspielveranstaltungen zuzusenden.

Ich bin wegen meiner Glücksspielsucht bereits in Beratung / Behandlung und wünsche von Ihnen keine weiteren Informationen zum Thema Glücksspielsucht.

Bitte schicken Sie mir Informationsmaterial zum Thema Glücksspielsucht

Ort, Datum

Unterschrift



IANVA Gesellschaft für Prävention und Sozialtherapie mbH

Name		Vorname		Geburtsdatum
Patientennummer	lanua Identifikation	Geschlecht M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	Krankenkasse	

KONTEN- UND FINANZAUFSTELLUNG

Zur Sicherstellung des Behandlungserfolges ist es notwendig, dass Sie uns eine komplette Aufstellung Ihrer Ein-/Auskünfte, Schulden und Verbindlichkeiten sowie Konten zu erstellen. Dies ermöglicht es Ihnen dann erst, wichtige Schritte zur Finanzplanung und Haushaltskonsolidierung zu entwickeln.

1. Konto (Hauptkonto)

Kontonummer		BLZ	Bank, Sitz
Überziehungsrahmen (Dispo)	EC-Karte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abgegeben am	An (z. B. Ehepartner, Eltern etc.)

2. Konto

Kontonummer		BLZ	Bank, Sitz
Überziehungsrahmen (Dispo)	EC-Karte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abgegeben am	An (z. B. Ehepartner, Eltern etc.)

3. Konto

Kontonummer		BLZ	Bank, Sitz
Überziehungsrahmen (Dispo)	EC-Karte <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Abgegeben am	An (z. B. Ehepartner, Eltern etc.)

4. Kreditkarte

Kartennummer XXXX - XXXX - -		Gültig bis	Bank, Sitz
Kreditrahmen		Abgegeben am	An (z. B. Ehepartner, Eltern etc.)

5. Kreditkarte

Kartennummer XXXX - XXXX - -		Gültig bis	Bank, Sitz
Kreditrahmen		Abgegeben am	An (z. B. Ehepartner, Eltern etc.)

6. Paypal-Konto/sonstige (z. B. ADAC, Karstadt etc.)

Kontoname	Gesperrt am	Durch Abmeldung (Ausdruck) oder Passwortänderung (Wer?)
-----------	-------------	---

FINANZAUFSTELLUNG

EINNAHMEN		AUSGABEN	
Hauptlebensunterhalt Gehalt/Rente, Übergangs-, Kranken-, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe u.a.	€	Miete und Nebenkosten	€
Weitere Einnahmen (z.B. Zuwendungen Dritter, Ersparnisse etc.)	€	Handy, Internet, PC, Fernsehen	€
Nebenverdienste	€	Sonstige Verträge	€
Einkünfte aus Vermögen, Mieteinnahmen etc.	€	Versicherungen (auch KfZ), Mitgliedsbeiträge	€
	€		€
	€	Familie (Unterhalt, Versorgung, Kinder etc.)	€
	€	Schuldenregulierung (monatliche Raten)	€
			€
			€
			€
			€
Monatliche Gesamteinnahmen	€	Monatliche Gesamtausgaben	€
Frei verfügbare Summe pro Monat	€	Gesamtschulden (siehe Schuldenaufstellung)	€

Benötigtes Taschengeld (für Kleidung, Kosmetika, Genussmittel etc.):									
Einschätzung	weniger	100€	125€	150€	175€	200€	225€	250€	mehr
des Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des Therapeuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entscheidung Taschengeld/Monat					€				

SCHULDENAUFSTELLUNG

Nr.	Gläubiger (Kreditinstitut, Firma, Privatperson)	Ursprüngliche Summe/Datum	Restsumme aktuell	Vereinbarung aktuell (z. B. monatliche Raten/Höhe)	Sonstiges (z. B. rechtskräftiges Zahlungsurteil)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
GESAMT		€	€	€	

ÜBERSICHT HAUSHALTSBUCH

Jahr/Monat	Gesamtsumme			Gesamtbilanz
	Einnahmen	Feste Ausgaben	Sonstige Ausgaben	
1.:				
2.:				
3.:				
4.:				
5.:				
6.:				
7.:				
8.:				
9.:				
10.:				
11.:				
12.:				
13.:				
14.:				
15.:				

Restschuld €

Haben/Saldo Behandlungsende €



IANVA

**GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION
UND SOZIALTHERAPIE MBH**

LISDORFER STRASSE 2
66740 SAARLOUIS
TEL. 06831 - 46 00 55
FAX: 06831 - 46 00 57
WWW.IANUA-GPS.DE
INFO@IANUA-GPS.DE

A M B U L A N T E
B E H A N D L U N G U N D
R E H A B I L I T A T I O N
A B H Ä N G I G K E I T S K R A N K E R
P R Ä V E N T I O N