



GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE

IANVA

# Konzept

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

**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“. Die Einrichtung versteht sich als Teil einer komplexen gemeindepsychiatrisch orientierten Versorgung psychisch Kranker. Sie ist integriert in den Strukturen der ambulanten und stationären Krankenbehandlung, den 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.

## 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 französische Patienten behandelt, die langjährige Berufspendler ins Saarland sind. Die Stadt wird geprägt durch ihre Grenznahe 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 mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist die Stadt über die Anbindung an zwei Autobahnen aus allen Teilen des Saarlandes schnell zu erreichen.

Die Einrichtung verfügt über zwei Gruppenräume, die jeweils für 15 Patienten genutzt werden können. Es stehen drei 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 einen Aufenthaltsraum für die Patienten mit gut ausgestatteter Küche.

**IANUA** behandelt **Abhängigkeitskranke mit substanzbedingten Störungen von Alkohol, Medikamenten und Drogen**. Zu Beginn der Behandlung muß die Fähigkeit zur Einsicht und zur beständigen und zuverlässigen Mitarbeit vorhanden sein. Ausgeschlossen sind Patienten mit schwerwiegenden körperlichen, psychischen, geistigen und sozialen Schäden, die ein stationäres Behandlungs- und Rehabilitationsangebot notwendig machen. Im Rehabilitationsbereich verfügt die Einrichtung über 90 Rehabilitationsplätze.

Die Einrichtung hält ein **multiprofessionelles Team** aus Ärzten, Psychologen und Sozialarbeitern vor. Der verantwortliche Arzt ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin/Psychosomatische Medizin. Sein ständiger Vertreter ist ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. In der Einrichtung arbeiten Diplompsychologen/Diplompsychologinnen und Diplomsozialarbeiter/Sozialarbeiterinnen mit abgeschlossener Weiterbildung gemäß den Anforderungen des Verbandes der Rentenversicherungsträger. In der Verwaltung sind eine Sekretärin sowie Hilfskräfte im Schreibdienst und in der Dokumentation tätig. Der aktuelle Personalstandsplan wird regelmäßig den Rehabilitationsleistungsträgern vorgelegt.

## Konzeptmerkmale

### Dokumentation

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

### Vernetzung

Die Einrichtung verfügt im Rahmen der **externen Vernetzung** über eine eingespielte 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 ambulante/stationäre Suchtrehabilitation im Rahmen eines modularen Gesamtkonzeptes.

### **Qualitätssicherung, Ergebniskontrolle**

Die Einrichtung beteiligt sich am **Qualitätssicherungsprogramm des Verbandes der Rentenversicherungsträger**. Im Rahmen von „Ebis“ werden **katamnestische Untersuchungen** durchgeführt. Die Deutsche Rentenversicherung Bund übermittelt Katamnesedaten über den Versicherungsverlauf ihrer Rehabilitationspatienten. Die Einrichtung beteiligt sich an **externen Qualitätszirkeln**. Ein **interinstitutionell / interdisziplinärer Zirkel** in der Einrichtung **IANUA** ist von der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer zertifiziert. In der Einrichtung finden regelmäßige, 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“ berufsbegleitend für einen Zeitraum von drei Jahren sowie für die Gebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ jeweils für ein Jahr. 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 umfasst vierteljährlich vier Stunden.

### **Theoriemodell**

Sucht ist eine **bio-psycho-soziale** Krankheit, 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.

Die Einrichtung arbeitet auf der Grundlage der **psychoanalytisch/psychodynamischen Entwicklungs- und Krankheitslehre**.

Die Sucht wird dabei verstanden als gescheiterter Anpassungsversuch auf dem Boden einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung. Als Ausgangspunkt einer defizitär integrierten Struktur finden sich häufig nicht ausreichend stabile und haltgebende frühe Beziehungserfahrungen. Diese führen einerseits zu einem gestörten Selbstbild und Selbsterleben mit Beeinträchtigung der Affektregulation und andererseits zu Beziehungsstörungen. Intrapyschische Störungen und interpersonelles Verhalten verstärken sich gegenseitig in einem **zyklisch-maladaptiven Prozeß**. Das Wahrnehmen von Situationen der Gegenwart wird nach

alten Mustern verzerrt. Es findet sich ein Mangel an positiver Erwartung und Phantasie. Wünsche nach Zuwendung, Liebe und Fürsorge werden nicht antizipiert, nicht in sich selbst aktiviert und nicht bei anderen provoziert. Stattdessen kommt es zu Vernachlässigung, Bemächtungsverhalten und Kränkungen. Süchtige Kollusionen ersetzen stabile Bindungen.

Der Gebrauch einer psychotropen Substanz stellt in Konfliktsituationen den Versuch dar, das labile narzißtische innere Gleichgewicht zu stabilisieren und dient der Bedürfnisregulation. Der Suchtmittelgebrauch wird zur pathogenen Bewältigungsmöglichkeit. Die „Einnahme“ des Mittels verstärkt als „Falsches Objekt“ die Selbstbildstörung, durch die toxischen Wirkungen die Beeinträchtigung von Selbst- und Außenwahrnehmung und durch die süchtigen Peer-Group-Erfahrungen das krankhafte Beziehungsverhalten.

Über die neurobiologischen Wirkungen entsteht eine irreversible Gegenregulation mit überdauerndem Niederschlag im Erregungs-/Hemmungsgleichgewicht des neuronalen Netzwerkes. Als klinische Zeichen dafür finden sich die Unfähigkeit zur Abstinenz und/oder der Kontrollverlust. Darüber ist Sucht als eigenständige Krankheit entstanden, in der die Grundstörung dialektisch aufgehoben ist. Dadurch ist die Notwendigkeit eines **eigenständigen Krankheitsmodells** und einer von der Behandlung der Grundstörung unterschiedenen Therapie essentiell. Dies bedingt die Hierarchie der Diagnosesysteme und die zentrale Bedeutung von Abstinenz. Wir verstehen also Gesundung als Wiederherstellung eines in sich stabilen Gleichgewichtes im neuronalen Netzwerk. Dies schließt den Gebrauch von Entwöhnungsmitteln (Disulfiram, Naltrexon, Acamprosat) aus.

Nur unter **Abstinenzbedingungen** kann der letztlich somatisch verfestigte Krankheitsprozeß unterbrochen werden und Alternativen in Behandlung und Rehabilitation eröffnet werden. In der Suchtentwicklung kann es zu verfestigten Lebensweisen in krankheitserhaltenden sozialen Situationen (Drogenmilieu, Freizeitverhalten, Peer-Groups) kommen. Da in diesen Situationen pathogene Handlungsbereitschaften aktiviert werden, kann eine Trennung von dem sozialen Umfeld neben der Suchtmittelabstinenz als Therapievoraussetzung notwendig sein.

Die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung hat die Suchtmittelabstinenz als unabdingbare Voraussetzung. Die Stärkung der Abstinenzmotivation bleibt im Verlauf das übergeordnete Ziel. Die Rückfallbearbeitung hat in der Abfolge der Interventionen immer Priorität.

Da Sucht verstanden wird als zyklisch-maladaptiver Prozeß von intrapsychischen Strukturen und interpersonellem Verhalten, besteht das Grundgerüst der Behandlung in der Form der **Gruppentherapie als „interaktionell-analytische Therapie“**. Die Erfahrung der Pluralität in der Gruppe konfrontiert den Patienten mit der Notwendigkeit als einer unter vielen zu existieren, begrenzt Größenideen und Tendenzen zu Bemächtungsverhalten in dyadischen Beziehungen. Die gleichzeitige Erfahrung der Einzigartigkeit unter anderen gibt die Möglichkeit der Abgrenzung und der Verselbständigung.

In der Gruppe erlebt der Patient, daß er nicht souverän ist, sondern auf das Miteinander und auf plurale Beziehungen zur Bedürfnisbefriedigung angewiesen ist. Er wird in der Gruppe mit den Folgen des eigenen Tuns unmittelbar konfrontiert. Die Aufgabe des Therapeuten ist die Bearbeitung aller destruktiven Impulse, um sich selbst und die Gruppe als Ganzes, als haltgebenden Möglichkeitsraum zu bewahren und alternative Bindungserfahrungen zu fördern. So kann sich Distanz zu destruktiven Selbstanteilen entwickeln und deren Wirkung gemildert werden. Über die Trauer über Versäumtes ist Betroffenheit über den Täteraspekt möglich. Die Wiedergutmachung wird eine Zukunftsaufgabe. In der Gruppe werden freundliche soziale Kompetenzen eingeübt. Gefördert wird die Entwicklung zu hoffnungsvollen, wohlätigen Erwartungen für die Zukunft.

## **Integriertes Programm zur Behandlung Abhängigkeitskranker 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. Dieses 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 **vier- bis sechswöchige Vorbereitungsphase** 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 Entzug und Beginn der Rehabilitation ist für Suchtkranke eine **äußerst kritische Zeit**, in der sie in vielerlei Hinsicht besonders vulnerabel sind. Über mehrere Wochen liegt weiterhin ein gestörter Hirnstoffwechsel, ein reduziertes geistiges Leistungsvermögen, eine Störung der Biorhythmen, wie der Schlafritmigkeit sowie eine deutlich reduzierte Streßtoleranz vor. Erst im Verlauf von Wochen bilden sich substanzbedingte Angststörungen oder affektive Störungen zurück.

Erst nach Ablauf von etwa 6 bis 8 Wochen kann psychiatrisch-differentialdiagnostisch entschieden werden, ob neben der Abhängigkeitserkrankung eine weitere spezifische komorbide psychiatrische Erkrankung vorliegt. Unter psychodynamischen Gesichtspunkten konfrontiert die erreichte Suchtmittelabstinenz 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 Suchtmittelrückfälle** in dieser Zeit. Gleichzeitig findet sich häufig im sozialen Umfeld eine akute Krise, etwa als Partnerschaftskrise in der Familie oder ein Konflikt am Arbeitsplatz. Der frühzeitige Einbezug von wichtigen Bezugspersonen ist aus diesem Grunde notwendig. Die Zwischenphase zwischen Entzug und Rehabilitation fordert also die umfassendsten fachlichen Kompetenzen bezüglich Diagnostik und Behandlung. Die Differentialindikation zu einer Rehabilitationsmaßnahme wird heutzutage verstanden als Ergebnis eines rückbezüglichen Prozesses im Rahmen differentialdiagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Die therapeutischen Erfahrungen der Vorphase stabilisieren einen Patienten in einer äußerst kritischen Phase; sie bilden die Grundlage für eine **differenzierte Indikationsentscheidung**, die von allen Beteiligten getragen werden kann.

Die Indikationsentscheidung zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation wird auf Grundlage der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ 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 Erfolg versprechend 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.<sup>1</sup>
- 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 zurück zu kehren.
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 4 bis 6 Wochen und soll einen Zeitraum von 6 Monaten keinesfalls überschreiten. Sie endet mit Aufnahme der Rehabilitation auch bei Vermittlung in eine stationäre Maßnahme.

Im Einzelnen umfaßt die **Vorbereitungsbehandlung**:

- Diagnostik der Suchterkrankung mit eigen- und fremdanamnestischen Angaben unter Berücksichtigung medizinischer Vorbefunde
- Feststellung der Art und Ausprägung des Suchtmittelgebrauchs
- Feststellung körperlicher und psychischer Störungen

<sup>1</sup> 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 4 Wochen, wobei ein regelmäßiger Besuch vorausgesetzt wird.

- Klärung der sozialen Situation
- Feststellung des Rehabilitationsbedarfs
- Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit
- Abklärung der Notwendigkeit und eventuelle Einleitung einer Entzugsbehandlung, ambulant oder stationär
- Kontinuierliche Begleitung während der Entzugsbehandlung
- Kontinuierliche psychotherapeutische Interventionen als Einzel- und Gruppentherapie von der Kontaktaufnahme bis zur Überleitung in die weiterführende Rehabilitation.
- einmal wöchentlich eine 90-minütige Gruppenbehandlung, ein bis mehrfach wöchentlich 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 Betriebsärzten
- eventuell Abklärung und Einleitung notwendiger beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, Absprachen mit dem Arbeitsamt
- möglichst früher Einbezug von Angehörigen des Patienten
- Rehabilitationsantragstellung

**IANUA** hat mit mehreren gesetzlichen **Krankenkassen** (Landesverband der Betriebskrankenkassen Rheinland-Pfalz/Saar, IKK Südwest Direkt) **Kooperationsvereinbarungen** 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 Vertragspartner einer Integrierten Versorgung der Deutschen Angestellten-Krankenkasse für Abhängigkeitskranke im Einzugsgebiet von Saarlouis. Das Versorgungsmodell ist die Reduzierung der Schnittstellenproblematik, die Früherkennung, die Frühintervention, die Verhinderung von chronischen Verläufen, sowie die zielgerichtete Zuführung zur Rehabilitation.

## Rehabilitationsphase

Die ambulante Suchtrehabilitation in der Einrichtung umfaßt einen Zeitraum mit einer **Dauer von bis zu 18 Monaten**. Die *Regelrehabilitationszeit* beträgt ca. 12 Monate, im begründeten Einzelfall kann eine Verlängerung auf 18 Monate erfolgen. 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 mindestens zwei therapeutischen Leistungen pro Woche, wobei Gruppengespräche ergänzt werden durch obligatorische, stetig stattfindende Einzelgespräche bzw. Kriseninterventionstermine. Während der ambulanten Rehabilitation gelten die Richtlinien der jeweils zuständigen Leistungsträger.

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 Überprüfung und Weiterentwicklung des Rehabilitationsgesamtplans im Sinne eines adaptiven Vorgehens. Es geht um die Herstellung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten, um die Entwicklung einer haltgebenden Gruppenkohärenz. In der Auseinandersetzung um das Behandlungssetting, 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.

Im zweiten Abschnitt (8-9 Monate) geht es um die vertiefte therapeutische Arbeit an zugrundeliegenden inneren und interaktionellen Konflikten, um die Bearbeitung belastender Kontextfaktoren in Familie und Arbeit sowie um den Aufbau alternativer haltgebender Bewältigungsmechanismen im Lebensalltag und im Beruf. 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. Die Abstinenzkontrolle ist dabei unverzichtbar. Jeder Rückfall ist Anlaß, den therapeutischen Prozeß neu zu überdenken und anzupassen. Nach Analyse und Durcharbeitung des Rückfalls wird beobachtet, ob der Patient Konsequenzen aus dem Rückfall zieht und sein diesbezügliches Verhalten ändert. Nach dem zweiten

Rückfall endet die ambulante Rehabilitation, wenn ersichtlich wird, daß der Patient sein süchtiges Leben fortführen will.

Für Patienten, die nach dem zweiten Rückfall weiter behandlungsmotiviert sind und für die eine gute Rehabilitationsprognose gilt, kann die ambulante Rehabilitation kurzfristig im Rahmen eines **modularen Ansatzes** in eine **kombiniert ambulanz-stationäre Rehabilitation** umgewandelt werden. Dazu ist ein Umwandlungsantrag beim zuständigen Rehabilitationsleistungsträger erforderlich. Das so genannte ST-A-R-S-Programm ist auch als kurzfristige Krisenintervention bei ambulant nicht aufzuarbeitenden schweren sozialen Konflikten im Umfeld möglich. Die Grundlage dafür bildet eine Kooperationsvereinbarung mit den Kliniken Daun. Die stationäre Rehabilitation dauert maximal vier Wochen. Danach erfolgt die Rückkehr in die ambulante Bezugsgruppe. Bei schweren Rückfällen, die eine erneute stationäre Entzugsbehandlung notwendig machen, wird der Rehabilitationsleistungsträger informiert, der über die Fortführung der ambulanten Suchtrehabilitation entscheidet.

## 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 integriert wird.

## Therapeutische Interventionen

Die ambulante Suchtrehabilitation wird in der Regel in einer **geschlossenen Gruppe** von 10 bis 12 Patienten durchgeführt. Behandelt werden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige polytoxikomane Patienten mit Ausschluß von reinen Heroin- und Kokainabhängigen. Die Gruppen werden geschlechtsgemischt besetzt. Aus konzeptionellen Erwägungen werden Patienten mit unterschiedlichen Abhängigkeitsdiagnosen gemeinsam in eine Gruppe integriert. Dadurch wird das Verständnis der Austauschbarkeit der Suchtmittel gefördert, was wiederum einer Suchtverlagerung vorbeugt. Der Blick ist auf die Sucht gerichtet, nicht ausschließlich auf die spezifische Ausprägungsform. Bei Beginn der Rehabilitation wird mit den Patienten ein **schriftlicher Therapievertrag** (siehe Anlage) abgeschlossen. Im weiteren Verlauf werden gemeinsam **verbindliche Therapieziele** besprochen und vereinbart. Während des gesamten Verlaufs besteht eine stabile therapeutische Situation zu einem **Bezugstherapeuten/-therapeutin**. Über eine Vertretungsregelung wird die Rehabilitation auch in Urlaubszeiten 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 Therapiezeiten und zur Überprüfung der Erreichung der Ziele. Abgestimmt auf die beruflichen Erfordernisse der Rehabilitanden bieten wir Rehabilitationsgruppen sowohl vormittags als auch nachmittags und in den Abendstunden an. Innerhalb des Einzugsgebiets der Einrichtung gibt es eine Vielzahl von Betrieben, in denen Schichtarbeit geleistet wird. Um den besonderen Erfordernissen der Arbeitssituation von Patienten aus diesen Betrieben gerecht zu werden, hält die Einrichtung ein spezielles **Angebot für Schichtarbeiter** vor. Dabei handelt es sich um alternierende Gruppen, die wochenweise vor- oder nachmittags stattfinden. Dazu wird das Konzept modifiziert (Slow-Open-Groups).

Während des gesamten Rehabilitationsverlaufs werden Bezugspersonen in den therapeutischen Prozeß einbezogen. Dies geschieht sowohl punktuell in Form einzelner **Paar- oder Familiengespräche** als auch in Form eines Gruppenprozesses, bei dem die Angehörigen mit einbezogen werden. Es werden mindestens drei **Wochenendseminare** für Betroffene und deren Angehörige veranstaltet. 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 Patienten, 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/Körpertherapie**“, „**Entspannungstraining**“ sowie „**Eßstörungen**“ und dienen insbesondere der Förderung ressourcenorientierter Veränderungs- und Lösungsmöglichkeiten.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt in der **Beratung von arbeitslosen Patienten**. 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 Patienten eine **Analyse der beruflichen Situation** und des konkreten Arbeitsplatzes. Dabei wird der Vorteil des ambulanten Behandlungssettings, 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 Patienten zu erarbeiten.

## **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 der Erwerb von Rückfallbewältigungsstrategien. Auf dieser Grundlage wird eine Verbesserung des Interaktionsverhaltens, der Beziehungsfähigkeit, der Selbst- und Fremdwahrnehmung und der Anpassungs- und Bewältigungsfähigkeit angestrebt. Die Verzahnung der Rehabilitationsinterventionen mit der begleitenden ambulanten Vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht die langfristige Mitbehandlung vorhandener somatischer Suchtfolgeerkrankungen.

## **Nachsorge**

Die Einrichtung verfügt über ein **spezifisches Nachsorgeprogramm** für Patienten nach vorangegangener stationärer Suchtrehabilitation. In einem Zeitraum von einem halben Jahr können 20 therapeutische Einzel- oder Gruppensitzungen sowie bis zu zwei Therapiesprache 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 weiter notwendiger psychosozialer Eingliederung dar. Die Nachsorge wird durchgeführt in Form von **Einzelbetreuung** oder als **spezifische, psychoedukativ ausgerichtete Gruppenbehandlung**. 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 Patienten zu **Selbsthilfegruppen** angeregt und unterstützt. Spätestens gegen Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird auf einen überlappenden Übergang in die Selbsthilfegruppenarbeit Wert gelegt. Bei Co-Morbidität wird eine weiterführende psychiatrisch / psychotherapeutische Behandlung mit dem Patienten besprochen und in die Wege geleitet.

## 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 ist die Absprache, die Koordination und die Zusammenarbeit mit anderen auf diesem Gebiet tätigen Institutionen erforderlich.

**IANUA** arbeitet kontinuierlich mit im **Arbeitskreis „Suchtprävention“ des Landkreises**. In diesem 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**. 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 Behandlungserfahrungen zu machen. Der verantwortliche Arzt der Einrichtung ist zur Weiterbildung ermächtigt in den Gebieten „Psychiatrie“ und Psychotherapeutische Medizin“ sowie für den Bereich „Psychotherapie“.

**IANUA** beteiligt sich an wissenschaftlichen Kongressen und stellt seine Arbeit dort zur Diskussion.

**IANUA** veröffentlicht jährlich auf der Grundlage des deutschen Kerndatensatzes die Ergebnisse ihrer Tätigkeit.

verantwortlich:

Sonja Steffen, Dipl.-Sozialarbeiterin, Leiterin der Einrichtung

Rainer Steffen, Facharzt für Psychiatrie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie,  
verantwortender Arzt der Einrichtung

# IANVA

GESELLSCHAFT FÜR PRÄVENTION UND SOZIALTHERAPIE

LISDORFER STRASSE 2  
6 6 7 4 0 S A A R L O U I S  
T E L . 0 6 8 3 1 - 4 6 0 0 5 5  
F A X : 0 6 8 3 1 - 4 6 0 0 5 7  
W W W . I A N U A - G P S . D E  
I N F O @ I A N U A - G P S . D E

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





# 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