

Ambulante medizinische Rehabilitation in der Beratungsstelle Frauenperspektiven

KONZEPTION



Beratungsstelle Frauenperspektiven
Charlottenstraße 26
20257 Hamburg
Tel. 040 432 96 00
beratungsstelle@frauenperspektiven.de
Hamburg November 2013

Sucht- und Jugendhilfeträger
Frauenperspektiven e.V., Charlottenstraße 26, 20257 Hamburg,
Tel.: 040 430 46 23, www.frauenperspektiven.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	4
2	Allgemeines	5
3	Die medizinische Rehabilitationseinrichtung	6
4	Rehabilitationskonzept	12
4.1	Theoretische Grundlagen	12
4.1.1	Ein tiefenpsychologisch fundierter ressourcenorientierter Ansatz	12
4.1.2	Ein frauenspezifischer Ansatz in der Suchttherapie	16
4.1.3	Ein sozialtherapeutischer Zugang	19
4.2	Rehabilitationsindikationen und Rehabilitationskontraindikationen	20
4.3	Rehabilitationsziele	22
4.3.1	Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation	23
4.3.2	Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit	23
4.3.3	Teilhabe an der Erwerbsarbeit und berufliche Wiedereingliederung	23
4.3.4	Förderung einer aktiven und selbstständig Lebensführung	24
4.3.5	Begreifen der Entwicklung der Suchtmittelabhängigkeit	25
4.3.6	Entwicklung eines individuellen Gesundheitsförderungskonzeptes (Komorbidität und Körper)	26
4.3.7	Konflikt- und Krisenbewältigung	28
4.3.8	Entwicklung einer tragfähigen Alltagsstruktur	28
4.3.9	Einordnung der Suchtentwicklung in gesellschaftliche Zusammenhänge	29
4.4	Rehabilitationsdauer	29
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	30
4.6	Rehabilitationsprogramm	34
4.7	Rehabilitationselemente	34
4.7.1	Motivationsphase und Aufnahmeverfahren	34
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	36
4.7.3	Medizinische Therapie	37
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	38
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	42
4.7.6	Entspannungstechniken	43
4.7.7	Freizeitangebote	44
4.7.8	Sozialdienste	44
4.7.9	Gesundheitsbildung und Ernährung	44
4.7.10	Angehörigenarbeit	45
4.7.11	Rückfallmanagement	45
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	48
4.7.13	Hilfsangebote für suchtbelastete Mütter	48
4.7.14	Weitere Leistungen – das Angebot der Kombinationstherapie	49
4.7.15	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	53
5	Personelle Ausstattung	55
5.1	Das medizinisch-therapeutische Team	55
5.2	Qualifikationen	56

6	Räumliche Gegebenheiten.....	58
7	Kooperation und Vernetzung	59
8	Maßnahmen und Qualitätssicherung	60
9	Kommunikationsstruktur/Therapieorganisation	62
10	Notfallmanagement	63
11	Fortbildung	64
12	Supervision	65
13	Therapievertrag.....	66
14	Literatur	67

1 Einleitung

Das Angebot der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist eingebettet in ein Verbundsystem von ambulanten Angeboten für suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen und Mädchen in der Trägerschaft des Vereins Frauenperspektiven e.V. und im Verbundsystem *Kombinationstherapie Nord*, dem nahezu alle Leistungsanbieter aus Hamburg mit stationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsangeboten angehören.

Frauenperspektiven e.V. ist seit 1990 ein Suchthilfeträger und wurde zunächst von der damaligen LVA Hamburg als Träger der Einrichtung zur Durchführung ambulanter Leistungen zur Rehabilitation im Sinne der 'Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht' vom 29.01.1991 am 14.03.1996 anerkannt und am 01.09.1996 eröffnet. Die Anerkennung durch die damalige BFA erfolgte am 22.03.2007.

Sie basiert heute auf der Grundlage der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“, der *Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001*.

Darüber hinaus gilt das *Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.08*.

Die Arbeitshilfe (Heft 12) für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR) ist ebenfalls Grundlage der Leistungserbringung.

Das Konzept der Rehabilitationseinrichtung basiert auf einem subjekt- und handlungsorientierten Menschenbild, auf dem bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodell der WHO, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit (ICF), Behinderung und Gesundheit und auf suchtspezifischen und frauenspezifischen wissenschaftlich begründeten Theorien und Studienergebnissen. Diese Konzeptgrundlagen und ihre Konkretisierung in Rehabilitationsziele, -methoden und -inhalte, sowie deren Überprüfung sind in den entsprechenden Kapiteln ausführlich dargestellt.

Die Überprüfung und Sicherung der Qualität der Arbeit in allen Tätigkeitsfeldern der medizinischen Rehabilitation gewährleistet ein Qualitätsmanagement, das auf der folgenden Grundlage im Entwicklungsprozess ist: *Qualitätskriterien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach §137d SGB V vom 08.12.2011* sowie der *Selbstbewertungsbogen internes Qualitätsmanagement für ambulante Reha-Einrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen vom 30.06.2010* des Gemeinsamen Ausschusses nach §137 SGB V. Der Selbstbewertungsbogen wird fristgerecht zum 30.06.2014 zur externen Prüfung der DRV Nord vorgelegt werden.

2 Allgemeines

Bei dem hier vorgelegten Dokument handelt es sich um das Rehabilitationskonzept der ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Beratungsstelle Frauenperspektiven in der Trägerschaft des als gemeinnützig anerkannten Sucht- und Jugendhilfeträgers Frauenperspektiven e.V. Die einzelnen Leistungen werden einzelfallbezogen und an den individuellen Bedarfen der Rehabilitandinnen entsprechend der *Empfehlungsvereinbarung Ambulante Rehabilitation Sucht vom 04.05.2001* durchgeführt. Im Rahmen der Kombinationsbehandlung werden Kombinationstherapien eingeleitet, beantragt und als ambulantes Modul erbracht. Während der ambulanten medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungs- und Kostenträger.

Die wesentliche Indikation basiert auf einer medizinischen Diagnose bei Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung im Sinne der ICD-10 (F1x.2) und einer darüber hinaus durchgeführten Analyse und Bewertung der persönlichen Störungen psychischer und physischer Funktionen, der Beeinträchtigungen der Teilhabe, der Aktivitäten sowie der Lebenssituation der Rehabilitandinnen. Eine vorausgegangene Entzugsmaßnahme sowie eine abstinente Lebensführung sind, neben anderen, notwendige Voraussetzungen.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3 Die medizinische Rehabilitationseinrichtung

Der *Verein Frauenperspektiven e.V.* ist seit 1990 anerkannter Suchthilfeträger und seit 1991 anerkannter Jugendhilfeträger. Um den unterschiedlichen Erscheinungsformen von Suchtmittelkonsum, -missbrauch bis hin zur Entwicklung einer Sucht von Rehabilitandinnen und Mädchen Rechnung zu tragen, haben wir zielgruppenspezifische Präventions-, Beratungs- und Behandlungskonzepte und entsprechende Angebote entwickelt. In unseren Einrichtungen stellen wir die Bedarfe und Interessen und die komplexen Lebensbedingungen, die konkreten Lebenswege von Rehabilitandinnen und Mädchen in den Mittelpunkt.

Die *Beratungsstelle Frauenperspektiven* wurde am 19.11.1991 eröffnet und ist eine suchtmittelübergreifende Beratungsstelle, deren Angebote sich an alkoholabhängige, drogenabhängige und medikamentenabhängige Rehabilitandinnen und Angehörige richten.

Nach der Eröffnung der Beratungsstelle wurde ein spezifischer Behandlungsbedarf, entsprechend der ambulanten medizinischen Rehabilitation, erkennbar und nach entsprechendem Verfahren wurde die ambulante medizinische Rehabilitationsbehandlung zunächst von der damaligen LVA am 14.03.1996 anerkannt und am 01.09.1996 eröffnet. Die Anerkennung durch die damalige BFA erfolgte am 22.03.2007.

Zur Entwicklung und Realisierung der ambulanten medizinischen Suchttherapie werden die Infrastruktur sowie die konzeptionellen Grundlagen der verschiedenen Projektbereiche, insbesondere der Beratungsstelle Frauenperspektiven genutzt.

Seit dem Bestehen hat sich die Gruppe der Rehabilitandinnen verändert. Waren es zu Beginn überwiegend von illegalen Drogen abhängige Klientinnen, die die Beratungsstelle aufsuchten, so sind es seit ca. 2000 überwiegend Klientinnen, die von Alkohol abhängig sind. Die Behandlungsdauer entspricht in der Regel 12 Monaten, die im Einzelfall (nach Antragstellung) überschritten werden.

In der Indikation hat es über die Jahre keine grundsätzlichen Änderungen gegeben.

Die *räumlichen Gegebenheiten* haben sich im Jahre 2002 durch den Umzug an die heutige Adresse positiv verändert.

Zielgruppe

Die Angebote der ambulanten Suchttherapie richten sich an *drogenabhängige, alkoholabhängige und medikamentenabhängige Rehabilitandinnen*. Zu unserer *Zielgruppe* gehören Rehabilitandinnen mit unterschiedlichsten Lebensweisen, Rehabilitandinnen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind und Rehabilitandinnen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen. So kommen bspw. heterosexuelle Rehabilitandinnen, lesbische Rehabilitandinnen, Rehabilitandinnen mit und ohne Kinder, erwerbstätige und erwerbslose Rehabilitandinnen, Rehabilitandinnen mit und ohne Beeinträchtigungen,

Rehabilitandinnen verschiedenen Bildungsgrades und verschiedenen Alters. Das Mindestalter der Rehabilitandinnen der ambulanten Therapie beträgt 18 Jahre.

Eine *einrichtungsbezogene Auswertung der Basisdaten aller Klientinnen und Rehabilitandinnen* der Beratungsstelle und der ambulanten Suchttherapie aus 2012 macht deutlich, dass die Klientinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven spezifische Belastungskonstellationen mitbringen:

So ist der Anteil suchtblasteter Mütter, die *allein mit ihren minderjährigen Kindern* leben, erheblich. Fast die Hälfte (47%) aller Klientinnen gaben an ein bis vier Kinder zu haben. 22% der Mütter leben mit jungen minderjährigen Kindern (MW:1,5 Kinder) allein im Haushalt. (vgl. BADO e.V. 2013/2).

Die Vorbelastungen durch ein, insbesondere zwei *süchtige Elternteile* ist erheblich: so gaben 56% der Klientinnen an ein bis beide Elternteile (15% beide Elternteile) mit Suchtproblemen zu haben. (vgl. BADO e.V. 2013/2)

So ist der Anteil von Rehabilitandinnen mit (*sexuellen*) *Gewalterfahrungen* sehr hoch: 71% der von der Beratungsstelle beratenen und behandelten Klientinnen haben körperliche Gewalt erlebt (vgl. BADO e.V. 2013/2) gegenüber 60% derjenigen Klientinnen, die in gemischtgeschlechtlichen Einrichtungen betreut wurden (vgl. BADO e.V. 2013/1); 49% der von der Beratungsstelle beratenen und behandelten Klientinnen erlebten sexuelle Gewalt. (vgl. BADO e.V. 2013/2)

So ist die Rate derjenigen, die Selbsttötungen versuchten, ebenfalls erheblich: 24% der Klientinnen haben ein bis drei *Suizidversuche* unternommen. (vgl. BADO e.V. 2013/2)

So sind von *Ängsten und Phobien* 93% aller Klientinnen betroffen (vgl. BADO e.V. 2013/2).

So sind die Belastungen durch *physische und psychische Komorbidität* erheblich: von mittleren, erheblichen und extremen psychischen Belastungen berichten 87% der Klientinnen. 66% berichten von erheblichen bis extremen psychischen Belastungen (vgl. BADO e.V. 2013/2) jeweils zu Beginn der Beratung.

So sind durch *depressive Stimmungen* in mittel, erheblichem und extremem Ausmaß 94% aller Klientinnen belastet (Depression, innere Nervosität, Ängste/Phobien).

50% der Klientinnen nehmen *Psychopharmaka* und 45% aller Klientinnen nehmen *Antidepressiva* ein.

Von mittleren, erheblichen und extremen *gesundheitlich-körperlichen Belastungen* berichten zu Beginn der Betreuung 88% der Klientinnen. 52% berichten von erheblichen bis extremen gesundheitlich-körperlichen Belastungen. (vgl. BADO e.V. 2013/2)

Wie oben dargestellt sind *suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen mit Kindern eine spezifische Gruppe*, und hier insbesondere allein Erziehende, die in ihrem Alltag kaum Unterstützung erfahren. Für viele Rehabilitandinnen mit Kindern ist die eigene Suchtmittelabhängigkeit sehr scham- und angstbesetzt. Ängste vor moralischer Entwertung durch das soziale Umfeld bis hin zur Angst, das Sorgerecht für das eigene Kind zu verlieren sind alltagsbegleitende Gefühle.

Eine weitere spezifische Zielgruppe unseres Angebotes sind Rehabilitandinnen, die unter einer *posttraumatischen Belastungsstörung* leiden und deren Suchtentwicklung im Zusammenhang mit andauernden demütigenden Erfahrungen und mit (sexuellen) Gewalterfahrungen im Zusammenhang stehen. Viele der Rehabilitandinnen mit diesen Erfahrungen können sich nicht vorstellen, Einrichtungen aufzusuchen, die von Männern genutzt werden bzw. in denen sie von Männern beraten oder betreut werden. Ein großer Teil unserer Rehabilitandinnen hat zuvor keine gemischtgeschlechtlichen Suchteinrichtungen genutzt. Das Angebot einer Suchtberatungsstelle war für viele Rehabilitandinnen die erste suchtspezifische Anlaufstelle in ihrer langjährigen Suchtmittelabhängigkeit.

Aus der Praxis und Forschung der Suchtarbeit ist seit vielen Jahren bekannt (vgl. Vogt 2005; Zenker 2002), dass die Mehrzahl süchtiger Rehabilitandinnen in ihrer Geschichte *massive Gewalterfahrungen* und Übergriffe erlebt hat. Sexuelle Gewalt in der Kindheit, Vergewaltigungen, Prostitutionserfahrungen und körperliche Misshandlungen sind in den Lebensgeschichten suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen immer wiederkehrende Erfahrungen. Für viele Rehabilitandinnen ist es auf dem Hintergrund dieser Erlebnisse zum einen schwer möglich, sich der Konfrontation mit Szenebekanntschaften und Zuhältern oder z. T. gewalttätigen Ehemännern in den gemischten Suchtthilfeeinrichtungen zu stellen. Zum anderen ist es häufig nicht vorstellbar, die eigenen Erfahrungen einem männlichen Mitarbeiter anzuvertrauen, so dass die Rehabilitandinnen gezielt ein frauenspezifisches therapeutisches Angebot aufsuchen.

Eine weitere spezifische Zielgruppe sind Rehabilitandinnen, die aufgrund biographischer und aktueller Belastungen *psychische Störungen* entwickelt haben. Für diese Gruppe ist die Vernetzung und Kooperation mit dem psychiatrischen Hilfesystem in Hamburg unabdingbar. In der Regel ist es möglich akute Auffälligkeiten in der Behandlung zu berücksichtigen, um die Fortsetzung der ambulanten Therapie nicht zu gefährden. Dennoch kommt es zunehmend vor, dass Rehabilitandinnen aufgrund akuter Schübe und massiver Störungen die Therapie nicht mehr fortsetzen können. In diesen Fällen vermitteln wir sie in entsprechende stationäre Maßnahmen.

Der Anteil der Rehabilitandinnen mit *Migrationshintergrund* steigt in der Beratungsstelle und in der ambulanten Therapie stetig. Dennoch entspricht er zurzeit nicht dem Anteil in der Bevölkerung. Dieser liegt in Hamburg bei 28% (Statistikamt Nord 2009). Noch nicht ausreichend erforscht ist zurzeit die Sucht-Betroffenheit der Menschen mit Migrationshintergrund, sodass auch eine objektive bzw. absolute Bewertung der erreichten Anzahl nicht vorgenommen werden kann. Aus diesem Grund beziehen wir uns auf eine relative Bewertung und freuen uns über steigende Zahlen von Rehabilitandinnen mit Migrationshintergrund, die die Beratungsstelle aufsuchen.

Durch die Einstellung von Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund und gezielter Öffentlichkeitsarbeit in Einrichtungen, Institutionen und an Orten, an denen risikobelastete Migrantinnen anzutreffen sind, versuchen wir den Zugang in die Beratungsstelle und in die ambulante medizinische Rehabilitation zu erleichtern und die (geschätzte) Unterversorgung zu überwinden. Von den Klientinnen der

Beratungsstelle, die in 2012 erreicht wurden, haben 12% einen Migrationshintergrund (vgl. BADO e.V. 2013/2).

Die Räumlichkeiten der Beratungsstelle ermöglichen die Beratung und Behandlung von Rehabilitandinnen mit **körperlicher Behinderung**. Gemäß den Vorschriften des SGBI und IX und den §2 und §4 des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) vom 27.04.2002 können Rollstuhlfahrerinnen über eine große Rampe barrierefrei in die Räume des Erdgeschosses gelangen. Die nahe gelegene U-Bahnstation (U2/Emilienstr.) ist mit einem Fahrstuhl ausgestattet. Die sanitären Anlagen in der Beratungsstelle sind eingeschränkt nur mit Gehhilfen zu benutzen. Einzelgespräche und die Teilnahme an Gruppen sind mit dieser Einschränkung möglich. 9% der Klientinnen aus 2012 sind behindert, nahezu 52% von Ihnen haben einen Behinderten-Grad von 50% und mehr (vgl. BADO e.V. 2013/2)

Insgesamt bemühen sich die Beraterinnen, Therapeutinnen und Ärztinnen um eine angemessene Sprache und benutzen wenn möglich eine **einfache Sprache**, damit auch diejenigen ein Beratungs- und ein Behandlungsangebot annehmen und für sich nutzen können, deren sprachliche und kommunikationsbezogene Fähigkeiten eingeschränkt sind.

In Abhängigkeit von den individuellen Behandlungszeiten werden **zwischen bis zu 48 Klientinnen pro Jahr** behandelt.

Die **Dauer der Leistung** richtet sich nach den entsprechenden Vorgaben der Kostenträger. Sie beträgt in der Regel 12 Monate. Individuell begründete Verlängerungen bilden die Ausnahme.

Die Beratungsstelle Frauenperspektiven, deren integraler Bestandteil die Leistungserbringung der ambulanten medizinischen Rehabilitation ist, ist verkehrstechnisch sehr günstig angeschlossen. Die nahe gelegene U2-Station (Emilienstrasse) ist in fünf Minuten Fußweg zu erreichen. Die ambulante medizinische Rehabilitation ist ein eigenständig agierendes und klar abgegrenztes Angebot innerhalb der Beratungsstelle Frauenperspektiven, mit der eine trägerinterne Kooperation besteht.

Die ambulante medizinische Rehabilitation findet in den Räumen der Beratungsstelle statt. Technik und Verwaltungs- sowie sanitäre Räume werden gemeinsam genutzt, während Gruppen- und Beratungsräume entweder der Beratungsstelle oder der ambulanten Therapie zugeordnet sind. Das Personal ist klar und eindeutig den Leistungen/Angeboten zugeordnet und wird im Personalstrukturhebungsbogen erhoben. Die Verwaltung des Trägers ist im selben Gebäude untergebracht. Es befindet sich auf einem kleinen Gewerbehof. Im Gebäude befinden neben der Einrichtung, die sich über zwei Stockwerke erstreckt, 4 Wohnungen.

Erste Kontaktaufnahmen, die Vereinbarungen von Terminen und spontane (Kurz-) Beratungen sowie Krisengespräche können in der Beratungsstelle während folgender **Öffnungs- oder Telefonzeiten** erfolgen:

Mo, Mi, Do	10-16 Uhr Öffnungszeit 10-18 Uhr Telefonberatung
Di	14-16 Uhr Telefonberatung
Fr	10-14 Uhr Öffnungszeit und Telefonberatung

Wie bereits erwähnt, ist die ambulante medizinische Rehabilitationseinrichtung Bestandteil der Beratungsstelle Frauenperspektiven. Aufgrund dieser Tatsache verfügen wir über ein Programm zur integrierten Versorgung von Abhängigkeitskranken, das folgende Schwerpunkte gewährleistet:

Eine qualifizierte Diagnostik und Indikationsstellung, sowie die Motivationsklärung und Motivation zu einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme werden von qualifizierten Fachkräften geleistet.

Die therapeutischen Einzel- und Gruppensitzungen finden sowohl innerhalb als auch außerhalb der regulären Öffnungszeiten statt, auch ungewöhnliche Behandlungszeiten sind in Ausnahmefällen möglich.

Weitere **Gruppenangebote** der Beratungsstelle werden je nach Bedarf themenzentriert oder indikationsspezifisch angeboten (z.B. die Rückfallpräventions-, die Stabilisierungsgruppe oder die Akupunkturgruppen) und stehen allen Rehabilitandinnen offen.

In seltenen Fällen wird eine begleitende **Hilfe im sozialen Umfeld** realisiert, die grundsätzlich möglich ist. Die **Beteiligung der Bezugspersonen** am therapeutischen Prozess ist bedarfsgerecht möglich.

Auch für **Kriseninterventionen** stehen sowohl Beraterinnen als auch Fachkräfte der ambulanten medizinischen Rehabilitation zur Verfügung.

Die regelmäßige Initiierung von **Selbsthilfegruppen**, die für einen begrenzten Zeitraum von Kolleginnen angeleitet und in Krisen unterstützt werden, ist ebenfalls wesentlicher Bestandteil unserer Angebotspalette.

Im Rahmen der **Kombinationstherapie Nord** und dem Verbundsystem im Großraum Hamburg ist nach entsprechender Indikation und Beantragung auch ein Wechsel aus einer teilstationären oder stationären Maßnahme in das ambulante Modul des Trägers möglich (siehe Kap. 4.7.5).

Der Verbund differenzierter aufeinander abgestimmter Angebotssegmente des Vereins Frauenperspektiven, insbesondere der Beratungsstelle Frauenperspektiven und im Verbundsystem **Kombinationstherapie Nord** bildet inhaltlich und strukturell den Rahmen und die Basis der ambulanten medizinischen Rehabilitation.

Neben den Beratungsangeboten ist es seit 2013 möglich, eine Suchtnachsorge entsprechend des *Rahmenkonzeptes zur Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.2012* in der Beratungsstelle Frauenperspektiven zu nutzen.

Darüber hinaus besteht eine enge **Kooperation** mit Kollegen und Kolleginnen der verschiedenen **Beratungs-, Betreuungs-, und Entgiftungseinrichtungen**, mit ambulanten und stationären Rehabilitationsangeboten sowie mit den Kollegen und Kolleginnen **angrenzender Arbeitsbereiche wie Arbeits- und Beschäftigungsmaßnahmen** und **psychotherapeutischen und psychiatrischen** Maßnahmen.

Sowohl die trägerinterne Kooperation innerhalb der Beratungsstelle Frauenperspektiven als die auch im Verbundsystem „*Kombi-Nord*“ und darüber hinaus gehenden *Vernetzungen und Kooperationen mit Einrichtungen der Hamburgischen* (ambulanten und stationären) *Suchthilfe* und mit *frauenspezifischen Angeboten* in (psycho-)sozialen *Einrichtungen* sind die Basis für eine individuell abgestimmte Beratung und Behandlung der einzelnen Rehabilitandinnen und sie tragen erheblich zu einer *Verbesserung der Schnittstellenproblematik* bei.

Ein hoher Anteil der Klientinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven findet Zugang zu unserem Angebot durch die Vermittlung der o. g. angrenzenden Fachgebiete, insbesondere durch die Vermittlung durch stationäre und ambulante Einrichtungen der Suchthilfe sowie des hamburgischen Gesundheitswesens.

Das *Einzugsgebiet der Beratungsstelle* umfasst die gesamte Stadt Hamburg, vereinzelt nutzen auch Rehabilitandinnen aus angrenzenden Bundesländern das Angebot. Zu den Arbeitssegmenten der Beratungsstelle gehört ein niedrighschwelliger Bereich, den Rehabilitandinnen zum Aufenthalt und für spontane Beratungsgespräche nutzen können.

In der Beratungsstelle können Rehabilitandinnen Beratungs- und Betreuungsangebote und die Telefonberatung nutzen: Je nach Bedarf werden unterschiedliche Segmente genutzt. Spezielle Kompetenzen und Beratungsangebote für Rehabilitandinnen mit Kindern, bspw. Erziehungsberatung, pädagogische Hilfestellungen und Vermittlung von Unterstützungsangeboten für Mütter und Kinder gehören zum Kompetenzbereich 'Kinder suchtblasteter Mütter'.

Das *Einzugsgebiet* der ambulanten Rehabilitationseinrichtung deckt sich weitgehend mit dem Einzugsgebiet der Beratungsstelle Frauenperspektiven. Die Rehabilitandinnen kommen aus dem gesamten Stadtgebiet der Freien und Hansestadt Hamburg mit rund 1,8 Millionen Einwohner_innen, d.h. die ambulante medizinische Rehabilitation arbeitet bezirksübergreifend.

Im Bereich *Prävention* finden in der Beratungsstelle Frauenperspektiven auf Anfrage Fortbildungen für Kolleginnen und Kollegen angrenzender Arbeitsbereiche, bspw. Frauenprojekte, psychiatrische Einrichtungen und Wohneinrichtungen, in deren Rahmen die Mitarbeiter_innen eigene Umgangsweisen mit Suchtmittelkonsum und Abhängigkeit der Klientel reflektieren und präventive Schritte in ihrem Arbeitskontext planen können.

Im Bereich *Öffentlichkeitsarbeit* ist Frauenperspektiven auf zahlreichen Fachtagungen und Kongressen mit eigenen Veranstaltungen vertreten, publiziert in der Tagespresse und in Fachzeitschriften, ist mit Informationsständen auf Veranstaltungen vertreten, nutzt Funk, Fernsehen und das Internet zur Publizierung der Angebote des Trägers und der fachlichen Inhalte frauenspezifischer Suchtarbeit.

Eine wissenschaftlich begründete Konzeption zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Frauen wird im Folgenden detailliert ausgeführt.

4 Rehabilitationskonzept

Das Konzept zur Entwöhnungsbehandlung von suchtkranken Frauen im ambulanten medizinischen Setting basiert auf den im Folgenden dargestellten theoretischen Grundlagen.

4.1 Theoretische Grundlagen

Grundlage der ambulanten Entwöhnungsbehandlung ist ein ganzheitliches Verständnis von Suchtmittelabhängigkeit bei Rehabilitandinnen, das die Verknüpfung individueller Voraussetzungen und Lebenserfahrungen mit sozialen und gesellschaftlichen Bedingungen zum Ausgangspunkt für eine Veränderung süchtigen Verhaltens nimmt.

Entsprechend dem zugrunde liegende Menschenbild fördern wir die aktivierenden und gestaltenden Ressourcen der Rehabilitandinnen im ausschließlich weiblichen Setting.

4.1.1 Ein tiefenpsychologisch fundierter ressourcenorientierter Ansatz

Wir arbeiten auf der Grundlage eines *tiefenpsychologisch fundierten Krankheitsmodelles und Suchtverständnisses* und beziehen darüber hinaus gezielt verschiedene psychotherapeutische Methoden sowie sozialtherapeutische Zugänge ein, z.B.: kognitiv - verhaltenstherapeutische Methoden zur Bewältigung von Angststörungen und Depressionen und neueste traumatherapeutische Methoden. Dies begründet sich aus der bedeutenden Anzahl an Rehabilitandinnen, die durch entsprechende Komorbidität belastet sind und unter chronifizierten posttraumatischen Symptomen leiden.

Gerade der differenzierte und aufeinander abgestimmte Einsatz psychotherapeutischer und sozialtherapeutischer Zugänge ermöglicht den Rehabilitandinnen, die emotionale und kognitive Verarbeitung ihrer lebensgeschichtlichen Erfahrungen, die Einordnung ihrer Erfahrungen in gesellschaftliche Zusammenhänge aber auch die alltagsnahe Entwicklung und Erprobung neuer Handlungs- und Bewältigungsstrategien.

Wir begreifen unsere Arbeit als *tiefenpsychologisch fundiert* insofern, als wir die aktuellen Strategien der Beziehungsgestaltung und die Regulierung der eigenen Bedürfnislage der Rehabilitandinnen ins Verhältnis zu früheren Beziehungserfahrungen setzen. Die biographische, suchtrelevante Aufarbeitung folgt also dem tiefenpsychologisch fundierten Modell von frühen Objekterfahrungen und dem Erwerb von Objektrepräsentanzen, die sich in der aktuellen Beziehungsgestaltung, aber auch in der Beziehung zum Suchtmittel widerspiegeln (vgl. Bilitza 1993, Burian 1994). Basierend auf dieser Grundlage werden in der Einzel- und Gruppentherapie gezielt auch einzelne Elemente aus der *Integrativen Therapie* (vgl. Rahm 1990, Rahm u.a. 1993), aus dem Psychodrama (vgl. Bosselmann 1993, Moreno 1989) oder der *Verhaltenstherapie* (vgl. Linden/Hautzinger 1993) einbezogen.

Wir beziehen uns dabei auf das *Persönlichkeitsmodell* der 'Objektbeziehungs-Theorie' (vgl. Kernberg 1988). Die Entwicklung psychischer Strukturen (unter anderem Selbst-

und Objektrepräsentanzen, Konstellationen von Repräsentanzen in den psychischen Systemen Ich und Über-Ich) verstehen wir als Folge und als Ergebnis von Internalisierungsprozessen. Den 'Objekten der Außenwelt', bspw. relevanten Bezugspersonen der frühen Kindheit, entsprechen die 'Objekt-Repräsentanzen der inneren Welt'. Die erfahrene und gelebte Beziehung zu den Objekten wirkt auch auf die Entwicklung der 'Selbst-Repräsentanzen' ein. Analog der realen Beziehungsentwicklung bilden die Selbst-Repräsentanzen mit den entsprechenden Objekt-Repräsentanzen die eigentlichen Objekt-Beziehungsrepräsentanzen, also Repräsentanzen von Selbst- und Objekt-Konstellationen (vgl. Bilitza/Heigl-Evers 1993, 158 ff., Kernberg 1988).

Sucht verstehen wir im tiefenpsychologischen Sinne als psychische Abhängigkeit, die häufig auf Ich-Funktionsdefizite zurückzuführen ist. Ich-Funktionen sehen wir im Sinne von Heigl-Evers als jene Aktivitäten des Ich, die im Gegensatz zu denen des Es adaptierten Zwecken dienen, wobei adaptiv heißt, selbstbewahrend unter Beachtung der Realität. (vgl. Heigl-Evers, Standtke 3/1989). Die mangelhaft entwickelten Ich-Funktionen sollen mit Hilfe des Suchtmittels ausgeglichen werden. Somit bekommt das Suchtmittel den Charakter eines Heilmittels und wird im Sinne eines Selbstheilungsversuches eingenommen. Das Suchtmittel als Ausgleich von Ich-Funktionsdefiziten kann sowohl dämpfend als auch schützend wirken, bspw. als Schutz gegen starke und bedrohliche Affektzustände, wie Wut, Furcht, Hilflosigkeit, als Schutz gegen Angst bei der Gefahr der Ich-Desintegration oder als Milderung einer neurotischen oder psychotischen Symptomatik, sowie bei einer dissoziativen Symptomatik als Folge von akuten und chronifizierten traumatischen Belastungen.

Für die Behandlung von traumatisierten Rehabilitandinnen nutzen wir die **Stabilisierungstechniken und Copingstrategien der Traumabehandlung** (vgl. Huber 2005) und beziehen die funktionelle Beziehung zwischen PtBS- Symptomen und Suchtmittelmissbrauch in die Behandlung ein (vgl. Lüdecke, Sachsse, Faure 2010).

Die zentrale Regulierungsfunktion, die das Suchtmittel stellvertretend für das Ich übernimmt, kann suchtmittelabhängigen Menschen helfen, sich selbst und ihre Beziehungen vermeintlich besser zu organisieren. Die wahrnehmbaren strukturellen Defizite der Ich-Funktionen gehen dabei häufig auf massive frühkindliche Störungen und Traumata der Entwicklung zurück. Wobei es zu beachten gilt, „nicht das Trauma macht krank, sondern die posttraumatische Belastung“ (vgl. Huber, 2009). Huber geht ebenso wie Heigl-Evers davon aus, dass die frühen Liebesobjekte und die entsprechenden Objektbeziehungen der ersten Lebensjahre entscheidend sind, da die Verinnerlichung dieser prägenden Erlebnisstrukturen die Grundlage für spätere Beziehungsstörungen zu Realobjekten sein kann und dafür, dass keine Kompensation traumatischer Erfahrungen möglich war. Aber auch kritische Lebensereignisse bzw. Traumata im Laufe des gesamten Lebens, durch die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung der Suchterkrankung bestehen, wirken sich als Beziehungsstörung bzw. Bindungsstörung aus und erhöhen Hochrisikoverhalten nach Traumatisierung (vgl. Lüdecke, Sachsse, Faure 2010).

Neuere Ansätze der Traumaforschung aus den USA (vgl. Herman 1993, vgl. Schwartz 2000) sowie Studien in der Bundesrepublik bestätigen Gewalterfahrungen im Kindesalter als Risikofaktoren für die Entstehung einer Sucht für Rehabilitandinnen

vgl. Schäfer 2005, 128f) und geben wichtige Hinweise zur Gestaltung von therapeutischen Beziehungen und zu den Prozessen der Traumaverarbeitung.

Insbesondere die tiefenpsychologisch fundierte Traumatherapie hat viele Impulse daraus aufgenommen und fokussiert auf strukturierende, stützende und vor allem ressourcenorientierte Ansätze auf tiefenpsychologischer Grundlage.

Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem Aufbau einer **sicheren tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung** zu (Huber 2004), ohne die die Behandlung nur wenig Erfolg verspricht. Ferner sind die Zusammenhänge von Trauma und Sucht auf Grundlage der neusten neurobiologischen Erkenntnisse zu behandeln, weil Suchterkrankungen und Traumatisierungen eine neurohormonale Veränderung im Gehirn hervorrufen und deshalb willentlich nur in begrenztem Maße von der Erkrankten zu kontrollieren sind. So werden sowohl die Suchterkrankung als auch die posttraumatische Störung als eine neurophysiologische Erkrankung des Stressverarbeitungssystems verstanden (vgl. Lüdecke/Sachse/Faure 2010) Demzufolge erlernen die Rehabilitandinnen übungszentriert Kenntnisse und Fähigkeiten, die sie befähigen, wieder die Kontrolle über ihr Verhalten zu erlangen, wie z. B. verschiedene Imaginationstechniken, Schulungen der körperlichen und sinnlichen Selbstwahrnehmung bzw. Übungen zur Achtsamkeit. Diese Arbeit ist äußerst wichtig um Behandlungserfolg zu erzielen, weil traumatisierte Menschen

“in der Annahme zu leben scheinen, dass es jederzeit wieder zur Überwältigung kommen kann. Und so verlassen sie sich lieber auf Medikamente, Drogen und Alkohol“ (vgl. Onno v. d. Kolk, 2001)

Da die überwiegende Mehrheit suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen in der Kindheit und/oder als Erwachsene massive Gewalt erlebt hat (vgl. Kapitel 3), kommt diesen Ansätzen für unsere Arbeit eine wichtige Bedeutung zu.

Nach Heigl-Evers ist bei süchtigen Menschen die Fusion 'guter' und 'böser' Objektrepräsentanzen nicht hinreichend erfolgt. Daher konnten weder gesicherte Selbstrepräsentanzen, die sich durch ein gutes Selbstwertgefühl ausdrücken, verinnerlicht werden, noch steht eine ausreichende Objekt Konstanz zur Verfügung, die zur Aufrechterhaltung emotionaler Beziehungen, vor allem in Abwesenheit des anderen notwendig ist. Durch derartige strukturelle Defizite werden Objektbeziehungen häufig als überfordernd und überwältigend erlebt oder es kann ein Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein entstehen. Der Struktur-Mangel und die Ich-Funktionsdefizite erschweren eine Auseinandersetzung mit der Realität. Das Suchtmittel wird daher als Schutz und Steuerung in bedrohlichen Beziehungen und Situationen eingesetzt, bspw. als Objekt, das ohne eigene Bedürfnisse dem Wunsch nach Stabilisierung, Schutz und Regulierung verfügbar ist (vgl. Heigl-Evers, Standke 3/1989).

Ein inhaltlicher Schwerpunkt innerhalb der Suchttherapie mit Rehabilitandinnen ist seit ihren Anfängen die Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der gesellschaftlichen Arbeitsteilung und geschlechtsspezifischen Sozialisation auf das Selbstbild und Selbstbewusstsein von Rehabilitandinnen sowie geschlechtsspezifisch erworbene psychische Verarbeitungsweisen und Beziehungsmuster.

Ein weiteres Thema der Therapie mit Rehabilitandinnen ist die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Gewaltstrukturen, in die Rehabilitandinnen eingebunden sind

und den individuellen und kollektiven Auswirkungen traumatischer Erfahrungen auf Rehabilitandinnen. Im Zentrum stehen hier die unterschiedlichen Verarbeitungsweisen (sexueller) Gewalterfahrungen sowie deren Konsequenzen für die therapeutische Arbeit (vgl. Huber 1995, Kretschmann 1993, Woltereck 1994).

Nicht jeder Suchtentwicklung liegt jedoch eine 'frühe Störung' im beschriebenen Sinne zugrunde. Es bedarf einer differenzierten Diagnostik, um die Fixierungspunkte für die Suchtentwicklung zu erarbeiten und "die Grundstörung einer Sucht" (vgl. Rost 1994, S. 28) zu verdeutlichen. So unterscheidet bspw. Rost die Suchtentwicklung als auf neurotischem Niveau "Konfliktlösung einer relativ reifen, bis zum ödipalen Niveau entwickelten Persönlichkeit" (vgl. Rost 1994, S. 29), Sucht als Selbstheilungsmittel bei sogenannten "Ich-schwachen" Persönlichkeiten (geringe Affekttoleranz, mangelnde Affektdifferenzierung, geringe Frustrationstoleranz etc.) und Suchtentwicklung als Störung auf dem Borderline-Niveau (extreme Selbstzerstörungstendenzen, Autodestruktion, auffällig: extreme Traumatisierungen in der Biographie).

Die originäre Aufgabe der Therapeutinnen in der ambulanten Suchthilfe besteht demnach in der Motivierung zur Veränderung der destruktiven Bewältigungsstrategien, die durch süchtiges Verhalten, Denken und Fühlen gekennzeichnet sind, und in der Veränderung/Reduzierung der objektiven Belastungen der Rehabilitandinnen, die entweder Ursache für die Suchtentwicklung oder als Folge süchtigen Verhaltens entstanden sind.

Für die Erarbeitung von veränderten Handlungs-, Fühl und Denkweisen nutzen wir Aspekte eines *ressourcen- und lösungsorientierten Ansatzes*, der durch Grawe 1998 angeregt wurde (vgl. Grawe 1998: 773 ff).

Er veröffentlichte in Deutschland 1998 ein grundlegendes Werk mit dem Titel 'Psychologische Therapie'. In langjähriger Auswertung verschiedener Studien in Bezug auf Erfolgsnachweise der unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen hatte er festgestellt, dass keine Therapieschule den anderen überlegen ist und führte die Wirkungen verschiedener Therapieformen auf vier Wirkprinzipien zurück: Problembewältigung (Intensionsrealisierung), motivationale Klärung (Intensionsveränderung), Problemaktualisierung (prozessuale Aktivierung) und Ressourcenaktivierung.

Ein Ansatz, der insbesondere das vierte Wirkprinzip von Grawe in das Zentrum der Theorie- und Methodenentwicklung stellt, wurde von Maja und Frank Krause entwickelt. Mit ihrem Buch 'Selbstmanagement – ressourcenorientiert; Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell ZRM' weisen sie den Weg in eine integrierende Theoriebildung, deren Ziel es ist verschiedene Ansätze aus psychologisch-psychotherapeutischer Theorie und Praxis und neurowissenschaftliche Erkenntnisse über die Entstehung menschlichen Verhaltens, die „handlungssteuernde Funktion von unbewusst verlaufenden Automatismen“ zu integrieren (vgl. Storch/Krause 2005: 22).

Storch und Krause beziehen sich bei der Definition des Begriffs ‚Ressource‘ auf Grawe:

„Als Ressource kann nach Grawe <<jeder Aspekt des seelischen Geschehens und darüber hinaus der gesamten Lebenssituation eines Patienten aufgefasst werden, also zum Beispiel motivationale

Bereitschaften, Ziele, Wünsche, Abneigungen, Interessen, Überzeugungen, Werthaltungen, Geschmack, Einstellungen, Wissen, Bildung, Fähigkeiten, Gewohnheiten, Interaktionsstile, physische Merkmale wie Aussehen, Kraft, Ausdauer, finanzielle Möglichkeiten und das ganze Potenzial der zwischenmenschlichen Beziehungen eines Menschen... Die Gesamtheit all dessen stellt, aus der Ressourcenperspektive betrachtet, den Möglichkeitsraum des Patienten dar, in dem er sich gegenwärtig bewegen kann oder, anders ausgedrückt, sein positives Potential, das er in den Veränderungsprozess einbringen kann...<<“ (Storch/Krause 2005: 77).

Zentrale Begriffe in der Theorie des ressourcenorientierten Ansatzes und dem daraus entwickelten Methoden-Modell, dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), sind: Bedürfnis, Motiv, Intention, präaktionale Vorbereitung und Handlung (vgl. Storch/Krause 2005: 59). Eine Verhaltensänderung als Ziel der Therapie wird wesentlich durch die Motivation des Klienten/der Klientin bestimmt.

„Je attraktiver ein Ziel erscheint und je höher die Wahrscheinlichkeit ist, dass es durch eigenes Handeln realisiert werden kann, desto stärker ist der Wille, die Umsetzung dieses Ziels in Angriff zu nehmen.“ Storch/Krause 2005: 66).

Grawes Wirkungskomponentenmodell betont die Verbesserung des Wohlbefindens der Rehabilitandinnen durch: die positive Kontrollerfahrung, die positive Beziehungserfahrung und die selbstwerterhöhende Erfahrung. Wesentliche Ziele der Psychotherapie sind nach Grawe die Zunahme an Konsistenz und die Symptomreduktion (vgl. Junglas 2002: 27).

Diesem Ansatz entsprechen wesentliche Prämissen unseres frauenspezifischen Ansatzes: Rehabilitandinnen als Subjekte, als aktive und gestaltende Personen wahrzunehmen und ihre Fähigkeiten, Bedürfnisse und Interessen in den Mittelpunkt eines transparenten Behandlungsprozesses zu stellen. Diese Selbstbefähigung wird neudeutsch als Empowerment bezeichnet.

4.1.2 Ein frauenspezifischer Ansatz in der Suchttherapie

Seit dem Beginn des 21sten Jahrhunderts häufen sich die Forderungen einer geschlechtergerechten Gesundheitswissenschaft und von Behandlungskonzepten, die die Kategorie Geschlecht enthalten. Ein Gesundheitswesen, in dem Genderbias überwunden und es zu keinen geschlechtsspezifischen Unter-, Fehl oder Überversorgungen kommt, ist 11 Jahre nach Erscheinen des *Handbuch Gesundheitswissenschaften* von Hurrelmann und Kolip (Hrsg.)(2002) mit dem Titel: *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit* nicht flächendeckend realisiert. In den 90er Jahren des 20sten Jahrhunderts setzten sich insbesondere Forscherinnen und Praktikerinnen mit frauenspezifischen Themen und Methoden der Beratung und Behandlung auseinandersetzen (vgl. Schwarting (2005) S. 10ff), auf die wir noch heute zurückgreifen. Aktuell gibt es nur vereinzelt therapeutische Konzepte, die frauenspezifische Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen zur Grundlage nehmen und entsprechende Konzepte entwickeln. Aus diesem Grund werden die meisten geschlechtsneutral entwickelten Methoden zielgruppenspezifisch aufbereitet, reflektiert und weiterentwickelt.

Eine Befragung der Rehabilitandinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven aus 2012 bestätigt, was Christel Zenker in ihrer Studie *“Ursachen der Sucht bei Frauen“*, vorgetragen auf dem Symposium *»Frauen und Sucht«* der Landesärztekammer

Baden-Württemberg 17.11.2004 herausgefunden hat: ***Rehabilitandinnen profitieren von geschlechterhomogenen Gruppen***. Sie selbst nehmen dies auch wahr und berichten, dass der Frauenzusammenhang ihnen im Laufe des Beratungs- und Behandlungsprozesses immer wichtiger geworden ist. Insbesondere die Tatsache, dass Beraterin und Therapeutin weiblich sind lässt ihr Vertrauen bei der Benennung unangenehmer, Scham besetzter Themen wachsen.

Auch Vogt kommt in einer Studie zu dem Ergebnis, dass Klientinnen in hohem Maße von frauenspezifischen Kompetenzen und Konzepten profitieren (vgl. Vogt 2005)

In einer Studie, in der nach den Risikofaktoren der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung bei Rehabilitandinnen geforscht wurde, kommen die Autorinnen zu dem Schluss, dass die Ursachen oft in familiären Risikofaktoren in der Kindheit, vor allem Gewalterfahrungen aber auch Ablehnung, Vernachlässigung, permanente Überforderung und Demütigung, zu wenig Orientierung oder Freiräume gebendes erzieherisches Verhalten und sexueller Missbrauch identifiziert werden können. Die Tatsache, dass Rehabilitandinnen mit gleichen belastenden Erfahrungen keine Sucht oder seelische Störungen entwickeln, erklären die Autorinnen mit dem Zusammentreffen von verschiedenen Risiken in unterschiedlichen Lebenszusammenhängen und dem Vorhandensein nur weniger oder nicht ausreichender protektiver Faktoren bei denjenigen, die eine Sucht entwickelt haben (vgl. Zenker/Bammann/Jahn 2002: 135).

Dementsprechend ist ein Wissen über die Entstehung von Sucht und deren Zusammenspiel mit spezifisch weiblichen Sozialisationserfahrungen, insbesondere die Kenntnis weiblicher Konsumkontexte, -muster und -motive eine Voraussetzung für eine frauengerechte Behandlung, die Fehlversorgungen zu vermeiden.

Auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der Sozialisationsforschung, aus der Reflexion der Erfahrungen bei der Umsetzung frauenspezifischer Drogentherapiekonzepte, die bereits in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts entwickelt wurden, haben wir das oben skizzierte analytische Krankheits- und Suchtverständnis durch wesentliche Erkenntnisse aus der ***Therapie mit Frauen*** konzeptionell erweitert. Wir arbeiten wie oben ausgeführt mit einem ressourcenorientierten und gesellschaftsbezogenen Zugang in der Frauensuchttherapie, der eine wichtige fachliche Grundlage für unsere Arbeit bildet und der von Beginn an in der Suchttherapie mit Frauen eine zentrale Bedeutung einnimmt (zur Therapie mit Rehabilitandinnen vgl. vor allem Bilden 1992, Freytag 1994).

Zentrale Prämissen der Therapie mit Frauen sind eine konsequente Subjektorientierung, die Parteilichkeit mit den Frauen, Transparenz bezüglich der therapeutischen Prozesse und die Einbeziehung der konkreten Lebensbedingungen mit ihren spezifischen Alltagsanforderungen an die einzelnen Rehabilitandinnen.

Subjektorientierung heißt vor allem, die suchtmittelabhängigen ***Rehabilitandinnen als handelnde Subjekte*** zu begreifen, die sich innerhalb gegebener gesellschaftlicher Verhältnisse ihr Leben selbsttätig einrichten und die eigene Handlungsstrategien entwickeln müssen bei der Überwindung ihrer Suchtmittelabhängigkeit. Dies bedeutet nicht, dass von den betroffenen Rehabilitandinnen selbst unbedingt eine handlungserweiternde Entwicklung angestrebt wird. Oft ist die Widersinnigkeit

entstanden, dass Rehabilitandinnen für sich gut finden, worunter sie zugleich leiden oder dass selbstzerstörerische Handlungsweisen, und damit ja auch die verschiedensten Abhängigkeiten, als normal, nicht vermeidbar oder sogar als der vorläufig beste Weg empfunden werden können. Realitätsverleugnende Verarbeitungsweisen stellen sich hier als zu überwindende Aufgabe. Die Unterstützung der einzelnen Patientin bei der Suche neuer, suchtmittelunabhängiger Wege und beim Ausprobieren neuer Schritte ist dementsprechend Aufgabe der Therapie.

Durch das Zusammenwirken von Erfahrungsanalyse und Handlung entsteht ein ganzheitlicher Prozess, in dem Zusammenhänge erkannt und zugleich handelnd erlebt werden. Ein solcher Prozess kann nur stattfinden, wenn die Betroffenen aktiv an ihm beteiligt sind und in ihn einwilligen. Voraussetzung dafür wiederum ist, dass ihnen der *Therapieprozess transparent* und durchschaubar ist und dass sie die Ziele für sich akzeptieren. Weil das Verhältnis zwischen Therapeutin und Patientin kein dominant egalitäres ist, ist es wichtig, dass die Therapeutin nicht mit einer undurchschaubaren Definitionsmacht ausgestattet auftritt, sondern ihr Vorgehen transparent macht und der Patientin begründet. Für die Ambulante medizinische Rehabilitation heißt dies, mit den Rehabilitandinnen auch die speziellen institutionellen Rahmenbedingungen zu besprechen, die gesellschaftlichen Regelungen und Zwänge, denen die Mitarbeiterinnen ausgesetzt sind und wie damit umgegangen wird (z.B. Rückmeldepflicht gegenüber Justiz, Auskünfte über Rehabilitandinnen an die Kostenträger in Form von Berichten, Rückmeldung beim Jugendamt bei Kindeswohlgefährdung). Ziel einer subjektorientierten Therapie ist in diesem Kontext, *jegliche Mystifikationen zu vermeiden* und das therapeutische Vorgehen zu begründen und offenzulegen und so die Compliance in der Behandlung zu ermöglichen bzw. auf einem hohen Level zu halten.

Hierzu gehört auch, dass die *räumliche Trennung* von Rehabilitandinnen und Männern möglich ist. Sie ist zum einem von vielen Rehabilitandinnen gewollt als Schutzraum und als Rahmen, in dem es möglich ist über weibliche Erfahrungen, das eigene Körpererleben, über Essstörungen und über sexuelle Erfahrungen zu sprechen, die häufig mit zur Aufrechterhaltung der Suchterkrankung beitragen und die Männern gegenüber zu schambesetzt sind um problematisiert zu werden. Dies gilt nicht nur, aber insbesondere für traumatisierte Rehabilitandinnen.

„Für traumatisierte Frauen ist die Trennung außerdem deshalb wichtig, weil die Opfererfahrung ganz unterschiedlich zu Männern verarbeitet wird. Diese Frauen zeigen in Gegenwart von Männern oft ihr typisches Unterordnungsverhalten; sie spalten Männer innerlich in Täter und Retter, unterwerfen sich dem Täter und „flirten“ mit dem Retter. So agieren sie ihre Probleme eher aus, statt sich mit der Überwindung solcher Spaltungsprozesse auseinander zu setzen und eine Behandlung bleibt wenig wirksam.“ (vgl. Huber 2004)

Hinsichtlich des Verhältnisses von Mitarbeiterinnen und Rehabilitandinnen gibt es eine Reihe Überlegungen, die aus der Theorie wie aus der Praxis entnommen sind. Wir gehen davon aus, dass beide Gruppen als Frauen gemeinsame Betroffenheiten im gesellschaftlichen Leben haben. Das heißt allerdings nicht, dass es keine Unterschiede gibt. Die "partiellen Gemeinsamkeiten" und "gravierenden Unterschiede" zwischen Rehabilitandinnen und Therapeutinnen bilden auch heute die Basis der therapeutischen Beziehung und Zusammenarbeit. Dabei wird von den Mitarbeiterinnen grundsätzlich

eine *parteiliche Haltung* gegenüber den suchtmittelabhängigen Rehabilitandinnen erwartet. Damit ist keine umfassende Identifikation gemeint, sondern das Wissen um die dargestellten Lebenszusammenhänge von Rehabilitandinnen, die Zusammenhänge mit Suchtmittelabhängigkeit und eine Haltung, die die Rehabilitandinnen als Subjekte versteht und sie als solche in der Ausweitung ihrer Handlungsmöglichkeiten unterstützt.

4.1.3 Ein sozialtherapeutischer Zugang

Die Wurzeln des *sozialtherapeutischen Zuganges* liegen in dem über Jahre entwickelten und verankerten Ansatz von Sozialtherapie im Hamburger Drogen- und Suchtbereich. Als zentrale Grundlagen sind hierbei zu nennen: eine starke Orientierung auf Gruppenerfahrungen als sozialer Bezugs- und Erfahrungsraum, eine subjekt- und handlungsorientierte Grundhaltung, die Unterstützung realitäts- und alltagsnaher Entwicklungsprozesse sowie die Verortung individueller Lebenserfahrungen und Entwicklungsmöglichkeiten in einem gesellschaftlichen Kontext unter Berücksichtigung der aktuellen Forschungsergebnisse hinsichtlich biologischer Erkenntnisse. Zentrales Ziel ist die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und damit der Aktivität, der Teilhabe und der Funktionsfähigkeit im Sinne des ICF.

Die Kritische Psychologie (vgl. Haug/Hauser 1989 und 1990, Holzkamp 1983), insbesondere der eigene Zweig zur Kritischen Psychologie der Frauen (vgl. hierzu Haug/Hauser 1988, 1990 und 1991), hat hierbei neben sozial-psychologischen Ansätzen wichtige theoretische Impulse gegeben. Der Bedeutung von Gruppenerfahrungen messen wir dabei im Setting der ambulanten Suchttherapie einen großen Stellenwert bei. Die Rehabilitandinnen können entdecken, dass sich andere Rehabilitandinnen mit ähnlichen Fragen und Problemen auseinandersetzen, sie können voneinander lernen, sie finden konkrete praktische Unterstützung und können den Rahmen zum Aufbau neuer sozialer Beziehungen nutzen.

In den letzten Jahren finden auch neuere Konzepte der Gruppentherapie, die besonders für Menschen geeignet sind, die unter Substanzmissbrauch und posttraumatischen Störungen leiden, fachliche Anerkennung. So nutzen wir entsprechende Teile des Therapieprogramms „Sicherheit finden“ von L. M. Najavits (2009) und entwickeln anhand spezifischer Anforderungen der Zielgruppe frauengerechte Methoden. (vgl. Lüdecke/Sachse/Faure 2010).

Sowohl bei der Diagnose als auch bei der Therapie orientieren sich die Fachkräfte an entsprechenden Leitlinienempfehlungen der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Forschungsgesellschaften).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass unsere Behandlung gekennzeichnet ist durch ein tiefenpsychologisch und sozialtherapeutisch fundiertes Suchtverständnis, das - anders formuliert - die individuell bestehenden *bio-psycho-sozialen Dimensionen, wie gesundheitsbedingte und -bedingende Faktoren und deren Wechselwirkungen* von z. B. Erziehung und Bildung, Selbstversorgung und Erwerbsleben hinsichtlich *Funktion, Aktivitäten und Teilhabe* fokussiert. Dabei sind neurobiologische Erkenntnisse z. B. der Stressverarbeitung zu integrieren.

Dieses Suchtverständnis, die langjährige Erfahrung in der frauenspezifischen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sowie aktuelle Forschungsergebnisse aus der **Traumabehandlung und anderen spezifischen komorbiden Belastungen** haben Einfluss auf die Rehabilitationsziele.

Ein wesentliches **Ziel** der medizinischen Rehabilitation ist die **Erhaltung und Stabilisierung der Abstinenz**. Daneben ist es ein Ziel sowohl die **psychischen als auch die physischen Belastungen zu behandeln** oder an entsprechende Facheinrichtungen zu vermitteln. Die (Wieder-) **Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft** und damit die Teilhabe an den gesellschaftlichen Ressourcen sind ebenso zentrale Ziele. Sie sind in Kap 4.3. ausführlich dargestellt.

Grundsätzlich ist nur dann eine ambulante medizinische Rehabilitationsbehandlung angezeigt, wenn die Rehabilitandin die rechtlichen **Voraussetzungen**, so wie **die Diagnose Abhängigkeitserkrankung nach ICD 10 und persönliche Voraussetzungen** erfüllt, die eine positive Prognose der Behandlung im Sinne der o. g. Ziele ermöglichen. Dies sind insbesondere eine von Abstinenz geleitete Motivation und Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft sowie ausreichende psychische und physische Fähigkeiten und Fertigkeiten wie auch soziale Voraussetzungen, wie z. B. die Wohnsituation und Partnerschaften, die eine mögliche Verunsicherung und Irritation, kurzfristig ausgelöst durch den therapeutischen Prozess, auffangen können. Diese Voraussetzungen werden im Einzelfall überprüft.

Die Überprüfung der Motivation und der rechtlichen und persönlichen Voraussetzungen erfolgt in der Beratungsstelle Frauenperspektiven.

Die Überprüfung der (Teilhabe-)Ziele der Rehabilitationsträger und die Überprüfung der individuell angestrebten Ziele sind Bestandteil des therapeutischen Prozesses.

4.2 Rehabilitationsindikationen und Rehabilitationskontraindikationen

Bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms durch Alkohol, Opioide, Cannabinoide, Sedativa und Hypnotika, Kokain, Halluzinogene oder multiplen Substanzgebrauch in abhängiger Weise sind **entsprechende ICD 10- Diagnosen** angezeigt. Einer so bestätigten grundsätzlichen Bedürftigkeit nach Rehabilitation kann für weibliche Rehabilitandinnen ab dem 18. Lebensjahr, nach erfolgter Entzugsbehandlung und nach Vorlage einer gültigen Kostenzusage entsprochen werden.

Die **typischen körperlichen und seelischen Schädigungen** bei Vorliegen einer Substanzmittelabhängigkeit können sowohl Folge als auch Ursache des suchtförmigen Konsums innerhalb eines Konsumkontextes sein. Im Einzelnen sind dies Erkrankungen und Infektionen einzelner Organe, insbesondere der Leber, Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten, psychische Störungen und Belastungen und weitere komorbide Belastungen wie sie in Kapitel 3 für die Zielgruppe Frauen kennzeichnend sind und dargestellt sind.

Die Gefährdung oder der Verlust des Arbeitsplatzes sowie Verlust von Partnerin/des Partners/Freund_innen und Wohnungsverlust sind Existenz bedrohende typische soziale Folgen exzessiven Substanzkonsums.

Die Erfahrungen stationärer und ambulanter Suchttherapien zeigen, dass die Aufnahme einer *ambulanten Therapie andere Anforderungen an die betroffenen Rehabilitandinnen stellt als eine stationäre Therapie* und dass sie andere Möglichkeiten bietet: Ein wesentlicher Unterschied ist zunächst, dass die ambulante medizinische Rehabilitation den Rehabilitandinnen ermöglicht, weiterhin ihrer Erwerbstätigkeit, Ausbildung etc. nachzugehen, wenn sie in einem Beschäftigungsverhältnis stehen.

Gerade in Zeiten hoher Erwerbslosigkeit ist die berufliche Eingebundenheit bzw. der Erhalt und die Absicherung des eigenen Arbeits- oder Ausbildungsplatzes für viele Rehabilitandinnen ein wichtiger, stabilisierender Faktor. Insbesondere viele alkohol- und medikamentenabhängige Rehabilitandinnen nutzen aus diesem Grunde die ambulante medizinische Rehabilitation.

Für viele suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen ist die ambulante Therapie gerade im Anschluss an eine stationäre Therapie ein wichtiges Angebot, um die in stationärer Therapie erarbeiteten konkreten Umsetzungsschritte im Lebensalltag, insbesondere bei der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit oder Ausbildung, zu erproben, auszuwerten und auftretende psychische Krisen therapeutisch zu bearbeiten. Z. B. tritt die erste akute Krise oftmals kurz nach der Entlassung aus dem stationären Kontext auf, weil zwar die Veränderungsbereitschaft vorhanden ist, aber diese nicht ohne professionelle Hilfe umgesetzt werden kann.

Eine *Indikation* für eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme besteht, wenn neben den o.g. Voraussetzungen folgende erfüllt sind: ausreichendes Maß an körperlicher Gesundheit, psychische Stabilität, eine relativ gute soziale Integration, selbstständige Grundversorgung und die Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit in der Einhaltung der Termine.

Außerdem sollten die Rehabilitandinnen vor Beginn der Therapie ihren Alltag mehrere Wochen ohne Suchtmittel bewältigen können und (noch) über einige suchtmittelfreie Kontakte bzw. eine eigene Freizeitgestaltung und /oder Arbeitssituation verfügen. Eine abgesicherte Wohnsituation ist eine zentrale Bedingung, damit die Rehabilitandinnen nicht durch eine unklare Wohnperspektive belastet sind. Zudem ist die Akzeptanz der vorgegebenen Therapiestruktur und ihrer Verbindlichkeiten unerlässlich. Abstinenzmotivation, Krankheitseinsicht und Veränderungswillen sowie die Bereitschaft zur aktiven Mitgestaltung (Compliance) müssen insbesondere im ambulanten Setting vorhanden sein. Die Therapieindikation beinhaltet auch die Abklärung der Frage, wie intensiv eine Patientin in einzeltherapeutische und /oder gruppentherapeutische Sitzungen eingebunden werden kann.

Vor Aufnahme der Behandlung werden vorhandene Begleiterkrankungen der Abhängigkeit von der leitenden Ärztin untersucht und deren Behandlungsfähigkeit im ambulanten Setting abgeklärt. In nicht wenigen Fällen sind wegen starker Beeinträchtigungen oder akuter Erkrankungen oder Verschlechterungen sowohl im psychischen als auch im physischen Bereich Behandlungen in Kliniken oder Vermittlungen an andere Fachärzt_innen angezeigt, die eine kurz- bis mittelfristige Unterbrechung der ambulanten medizinischen Rehabilitation erfordern. Diese werden im Einzelfall mit den Leistungsträgern abgesprochen.

Bezüglich der Teilnahme an der ambulanten Suchttherapie bestehen folgende **Kontraindikationen** : Besteht kein ausreichendes Maß an körperlicher Gesundheit, an psychischer Stabilität sowie einer relativ guten sozialen Integration (s.o.), ist eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme kontraindiziert. Eine ambulante Rehabilitation ist weiterhin kontraindiziert, wenn akute Psychosen, eine akute Suizidalität, eine akute Entzugsproblematik, gravierende narzisstische Störungen, schwere soziale Desintegration oder mangelnde Abstinenzmotivation vorliegen. Liegt eine Doppeldiagnose, bspw. 'Psychose' und 'Sucht' vor, wird die Empfehlung hinsichtlich einer Maßnahme unter Berücksichtigung der aktuellen psychischen und sozialen Stabilität und der zur Verfügung stehenden Coping-Strategien der Patientin im Einzelfall getroffen. Eine Einbindung in eine destruktive Familiendynamik bzw. Partnerbeziehung kann eine Kontraindikation für eine ambulante Therapie sein, insbesondere bei anhaltendem Suchtmittelkonsum von PartnerInnen oder Familienangehörigen der Patientin. Hier ist ein stationäres Setting mit räumlichem und zeitlichem Abstand zum familiären System häufig eine wichtige Bedingung für die Erfolgsaussichten der Behandlung.

Mangelnde Compliance sowie wiederholte massive Rückfälligkeit vor bzw. während der Motivationsphase sowie nicht angesprochene Rückfälle vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme sind Ausschlusskriterien für die Maßnahme, für die eine hohe Abstinenzmotivation, Krankheitseinsicht und ein expliziter Veränderungswillen hinsichtlich des Suchtmittelkonsums und der Lebensgestaltung erforderlich sind. Ein weiteres Kriterium für die Teilnahme an einer der Therapiegruppen ist die Gruppenfähigkeit der Teilnehmerin. Wird nach der Eingangsdiagnostik die psychische Stabilität der interessierten Frau bezüglich ihrer Ich-Grenzen und ihrer selbstregulativen Möglichkeiten in der Gruppe als nicht ausreichend eingeschätzt, wird ihr eine adäquatere Maßnahme bzw. ein modifiziertes Setting empfohlen.

Ambulante und stationäre Therapien stellen an die Rehabilitandinnen sehr unterschiedliche Anforderungen, die in Vor- und Auswahlgesprächen abgeklärt werden müssen. Unserer Einschätzung nach braucht eine ambulante medizinische Rehabilitation eine Einbindung in ein Verbundsystem ambulanter und stationärer Maßnahmen, auf das die Rehabilitandinnen gegebenenfalls zurückgreifen können (siehe Kapitel 4.7.5 Kombinationstherapie).

4.3 Rehabilitationsziele

Die ambulante medizinische Rehabilitation zielt darauf ab, dass suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen ihre Abhängigkeit durch die Erarbeitung und Realisierung eines neuen, ohne Suchtmittel realisierbaren und zufrieden stellenden Lebensentwurfes überwinden.

Zur Zielerreichung der folgenden **drei Oberziele**

- Erreichung und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen

- Dauerhaft Erhaltung und/oder Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und soziale, politische, kulturelle und gesundheits- und bewegungsorientierte Gesellschaftszusammenhänge

sind weitere operationalisierte Zielformulierungen notwendig, die nun folgen.

4.3.1 Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation

Die dem Antragsverfahren vorausgegangene Entwicklung einer Krankheitseinsicht und eine damit verknüpfte Motivation zur Veränderung des Fühlens, Denkens und des Handelns ist integraler Bestandteil des gesamten Therapieprozesses. Die Überprüfung des Zielerreichungsgrades ist als Querschnittsaufgabe angelegt. So geben Probleme und Konflikte bei der Erreichung der weiteren Ziele Hinweise auf die Vernachlässigung dieses Zieles, das ggf. unmittelbar und direkt zu thematisieren ist.

4.3.2 Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit

Die Erhaltung und dauerhafte Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit ist ein erklärtes Ziel der ambulanten Suchttherapie.

Auch dieses Ziel ist nicht unmittelbar zu erreichen, denn Suchtmittelabhängigkeit ist das Resultat eines multifaktoriellen Prozesses, der wie in Kap. 2 ausgeführt, als Lebens- und Bewältigungsstrategie entwickelt wurde. Im Folgenden werden diejenigen Ziele aufgeführt, die die Realisierung einer dauerhaften abstinenten Lebensführung erhöhen.

Wesentliche Aspekte einer abstinenten Lebensführung sind: die Teilhabe am Erwerbsleben, an sozialen, materiellen und kulturellen Ressourcen, denn sie sind die Voraussetzungen für eine zufrieden stellende Lebensführung und Alltagsbewältigung,

4.3.3 Teilhabe an der Erwerbsarbeit und berufliche Wiedereingliederung

Die Teilhabe an der Erwerbsarbeit und damit die Integration in die Arbeitswelt ist eine Voraussetzung für eine stabile Lebensbewältigung. Die Bedrohung oder der Verlust der Erwerbsarbeit, des Einkommens sowie der dadurch bedingten sozialen Anerkennung wirkt destabilisierend auf die Lebensführung und auf die Selbstwahrnehmung als integrierte Person in der Gemeinschaft.

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit ist ein wesentliches Ziel in der Behandlung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation.

Für die Zielerreichung sind viele kleine und große Schritte notwendig, die auf dem individuellen Weg der Rehabilitandinnen von Vor-, Rück- und Zwischenfällen begleitet werden.

Sich in Auseinandersetzung mit dem Thema **Erwerbstätigkeit** als aktiv Handelnde und Gestaltende zu erfahren, ist vielen Rehabilitandinnen fremd. Umso bedeutsamer ist es für sie, im Bereich Ausbildung/Berufstätigkeit wieder eigene Interessen, Fähigkeiten und andere Ressourcen zu erkennen. In einem nächsten Schritt gilt es, ihre Fähigkeiten weiterzuentwickeln und sich als kompetent und wirkungsvoll im Sinne der

Selbstwirksamkeitserwartung zu erfahren. Um eigene Möglichkeiten und Interessen bezüglich Ausbildungs- und Berufsperspektive zu überprüfen, können sich die Rehabilitandinnen durch Praktika, Hospitationen, Berufsfindungskurse etc. neue Erfahrungsräume erschließen. Wichtig sind hierbei realistische Einschätzungen, die an den individuellen und externen Möglichkeiten und Ressourcen anknüpfen.

Für Rehabilitandinnen, die aufgrund ihrer Suchtentwicklung ihrer Erwerbstätigkeit nicht mehr oder nur eingeschränkt nachgehen, gilt es einen adäquaten Umgang mit der Arbeitslosigkeit zu entwickeln und eine Berufliche Perspektive zu erarbeiten. Dabei ist abzuklären, welche Tätigkeiten, welcher Arbeitsumfang und welche Arbeitsanforderungen für die Rehabilitandin realisierbar sind. Die Vermeidung von Unter- bzw. Überforderung und die Überprüfung von Veränderungsnotwendigkeiten bezüglich des (künftigen) Arbeitsplatzes sind ebenso Themen wie die Frage welche psychischen Verarbeitungsweisen und Haltungen und welche Konflikt- und Kommunikationsmuster veränderbar sind.

Besonders im Hinblick auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit bzw. die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt ist eine *adäquate Beziehungsgestaltungen* unabdingbar um teamfähig, sozial kompetent und lösungsorientiert den beruflichen Anforderungen zu entsprechen. Unsere therapeutische Arbeit zielt somit immer zugleich auf die Auseinandersetzung mit erworbenen Beziehungsmustern und der Erprobung neuer Wege der Beziehungsgestaltung ab. Die Reflektion und Veränderung der sozialen Kompetenzen sind im Einzelfall und in der Gruppe immer wieder kehrende Themen, die bezogen auf die Erhaltung des Arbeitsplatzes bedeutsam sind (vgl. Hinsch/Pfingsten 2002).

Wir unterstützen Rehabilitandinnen beim Erwerb konkreter Fertigkeiten hinsichtlich der Erwerbsperspektive, wie bspw. Berufsfindungskurse, Bewerbungstrainings, EDV-Kurse etc.. Die Maßnahmen finden in Einrichtungen der Kooperationspartner_innen statt. Anschließende Auswertungsgespräche und Perspektiventwicklungen finden im Einzelfall statt.

In Einzelgesprächen erfolgt eine Bestandsaufnahme der materiellen und ökonomischen Absicherung der Rehabilitandinnen und daraus folgende Maßnahmen zur Verbesserung der existentiellen Absicherung. In diesem Zusammenhang werden mit Hilfe externer Berater_innen und in Kooperation mit den Rehaberater_innen Möglichkeiten zur Teilhabe am Arbeitsleben eruiert und deren Realisierung fachlich begleitet.

Die oben ausgeführten arbeitsbezogenen Interventionen finden je nach individuellen Bedarfen in unterschiedlichen Formen und mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten statt. Grundlage der Interventionen sind die „Hinweise der Deutschen Rentenversicherung zu arbeitsbezogenen Interventionen in der ambulante Rehabilitation Abhängigkeitskranker“.

4.3.4 Förderung einer aktiven und selbstständig Lebensführung

Ein zentrales Therapieziel ist die Selbstwahrnehmung als *aktiv Handelnde und das eigene Leben gestaltende Frau*. Aufgrund von Vorstellungen von Weiblichkeit, die

mit einer Selbstzurücknahme und Altruismus verknüpft sind und aufgrund entsprechender biographischer Erfahrungen sehen sich suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen überwiegend als Opfer und abhängig von den Entscheidungen und Handlungen anderer Menschen. Diesem Selbstkonzept entspricht es, dass eigene Interessen nicht erkannt und wahrgenommen und Fähigkeiten als Ressourcen übersehen werden.

Für die Selbstwahrnehmung ist es bedeutsam die eigenen **Interessen und Fähigkeiten** wahrzunehmen oder zu entwickeln und sich dafür aktiv einzusetzen, um sich so als Handelnde und Gestaltende zu erfahren.

Weiterführend ist dabei die (Wieder-)Entdeckung der eigenen Stärken und Ressourcen, um daran ansetzend Möglichkeiten zur Veränderung und -gestaltung zu erkennen. Die Erfahrung von Spaß und Freude in einem Alltag ohne Suchtmittel ist dabei genauso wichtig wie die Chance, mit den Anforderungen des Alltags kreativ und gestaltend umzugehen. Die Gestaltung der Freizeitaktivitäten ist hierfür eine geeignete Übungsplattform. Emotionale und kognitive Prozesse werden in diesem Vorgehen immer in ihrer Widersprüchlichkeit und in ihrem Verhältnis zueinander berücksichtigt.

Weiterhin gilt es suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen in der bewussten und differenzierten **Wahrnehmung ihrer Gefühle und Bedürfnisse** zu fördern, da viele Rehabilitandinnen aufgrund ihrer Lebensgeschichte die eigene emotionale Befindlichkeit als diffus bedrohlich erleben und sich durch Suchtmittelkonsum und andere kompensatorische Strategien von ihren Emotionen distanzieren oder diese manipulieren. So zielt die Einzel- und Gruppentherapie insgesamt auf eine größere Wertschätzung der eigenen Befindlichkeit und Bedürfnislage, auf eine zunehmende **Affektdifferenzierung und Affektoleranz** (vgl. Burian 1994). Die eigene Befindlichkeit ernst- und wichtig zu nehmen und diese zum Ausgangspunkt der eigenen Lebensgestaltung und für Veränderungsschritte zu machen, ist für viele suchtmittelabhängige Rehabilitandinnen eine zunächst ungewohnte Perspektive, da Rehabilitandinnen es häufig gelernt haben, sich stärker auf die Bedürfnislage anderer Menschen einzustellen und ihre eigene Befindlichkeit weniger wertzuschätzen. Daher zielt das therapeutische Konzept insbesondere auf die Entwicklung von Selbstfürsorge bezüglich der eigenen Empfindungen und Bedürfnisse.

4.3.5 Begreifen der Entwicklung der Suchtmittelabhängigkeit

Die Beschäftigung mit dem biographischen Hintergrund der eigenen Suchtmittelabhängigkeit zielt darauf ab, die erlernten **(Über-)Lebensstrategien**, ihre Sinnhaftigkeit und **Funktionalität** zu verstehen und dabei auch die Bedingungen zu thematisieren, die bestimmte Lösungsstrategien nahe legten. Die Funktion des Suchtmittels kann hinsichtlich der eigenen frühen Objekterfahrungen und der erworbenen Muster der Kontaktaufnahme und der Bedürfnisregulierung deutlich werden.

Erarbeitet werden kann auf diese Weise, welche Themen individuell geschichtlich mit dem Suchtmittelkonsum wie verknüpft sind und welche gesellschaftlichen Bedingungen eine Rolle dabei spielen. Dieses Begreifen der Entstehungsgeschichte der eigenen Suchtentwicklung ermöglicht eine **individuelle Rückfallprophylaxe**, bei

der die Risikofaktoren und die entsprechenden protektiven subjektiven Haltungen, Handlungen und Rahmenbedingungen erkannt und Strategien zur Vermeidung oder Überwindung eines Rückfalls entwickelt und erlernt werden können.

Ein entscheidender Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist dabei die Verknüpfung kognitiver und emotionaler Prozesse sowie ein Rahmen, der es den Rehabilitandinnen ermöglicht, unterschiedlichste Gefühle differenziert wahrzunehmen, auszuhalten, auszudrücken und in ihr Selbstbild als Frau zu integrieren. Insbesondere die Wahrnehmung und neue Bewertung von Gefühlen wie Wut, Aggression, Neid und Konkurrenz, die viele Rehabilitandinnen im Laufe ihrer Lebensgeschichte lernen zu negieren oder gegen sich selbst zu richten, stehen im Zentrum unseres Therapieansatzes. Sie sind notwendige (nicht hinreichende) Voraussetzungen, um die eigene Rückfallgefährdung aufgrund biographischer Erfahrungen zu erkennen, zu vermeiden und zu bewältigen.

4.3.6 Entwicklung eines individuellen Gesundheitsförderungskonzeptes (Komorbidität und Körper)

Aufgrund der unterschiedlichen Lebenssituationen, der unterschiedlichen Erkrankungen und Erkrankungsgrade ist es ein Ziel der ambulanten Rehabilitation, unter Leitung der Allgemeinmedizinerin oder der Psychiaterin ***ein individuelles Gesundheitsförderungskonzept*** zu entwickeln, in dem es darum geht die Rehabilitandinnen für angemessene Behandlungsformen und Therapien oder Unterstützungsmöglichkeiten zu motivieren und sie ggf. für den Wechsel in eine Spezialeinrichtung zu motivieren.

Eine gesunde - im Sinne der Salutogenese betrachtete - Lebensführung ist das Resultat vieler verschiedener, die Gesundheit fördernder Einzelhandlungen. Gesundheit ist demnach eine Querschnittsaufgabe und betrifft alle Lebensbereiche. Die gesundheitsbezogenen Aspekte sind entsprechend umfassend und komplex und hier nicht darstellbar.

An dieser Stelle geht es vordergründig um zwei Unterziele, die in der Arbeit mit süchtigen Frauen zentral sind: Erstens um die Hinführung zu einem adäquaten Umgang mit komorbiden physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen, die eng mit der Sucht verknüpft sind. Und zweitens um die Hinführung zu einer entsexualisierten und annehmenden und genießenden Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Der Anteil suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen in Hamburg, die unter komorbiden Erkrankungen sowohl psychischer als auch physischer Art leiden, ist sehr hoch (vgl. Kap. 3. und BADO e.V. 2013/2).

Hinführung zu einem adäquaten Umgang mit komorbiden physischen und psychischen Gesundheitsbelastungen:

Der ***Altersdurchschnitt der Klientinnen***, die in Hamburg ambulante Beratungsstellen aufsuchen und von dort in ambulante (und stationäre) Rehabilitationsmaßnahmen vermittelt werden, liegt seit Jahren über 44 Jahre. Darunter sind viele Rehabilitandinnen älter als 45 Jahre, die teilweise seit Jahrzehnten Suchtmittel

konsumieren. Die in 2012 erreichten Klientinnen der Beratungsstelle Frauenperspektiven zeigen folgende Altersverteilung: *27% der Klientinnen sind jünger als 36 Jahre; 29% sind 36 bis 45 Jahre alt, 45% sind älter als 46 Jahre (vgl. BADO e.V. 2013/2).*

Es ist davon auszugehen, dass Erkrankungen und altersbedingte körperliche Einschränkungen Konsummotive sind, wenn die Erkrankungen oder Einschränkungen als starke Belastung erlebt werden und der Konsum von Suchtmitteln als Bewältigungsstrategie attraktiv erscheint. Insbesondere der Einstieg in eine Medikamentenabhängigkeit ist häufig eine Folge einer Erkrankung und den damit einhergehenden Schmerzen und Schlafstörungen. Auch spielen hierbei Symptome der Wechseljahre, wie depressive Verstimmungen und Schlafstörungen eine konsummotivierende Rolle.

„Problematisch erscheint nach wie vor die hohe Verordnungsrate von beruhigenden Psychopharmaka und Schlafmitteln bei Frauen. Im Vergleich zu Männern ist festzustellen, dass Tranquilizer, Antidepressiva und Schlafmittel ohne erkennbare therapeutische Indikation in einer Menge verordnet werden, die auf Dauer zu erheblichen unerwünschten Wirkungen führen kann. Bei Tranquilizern und Schlafmitteln ist von rund 1,2 Mio. Abhängigen auszugehen, zwei Drittel davon Frauen im höheren Lebensalter. Bei vielen Antidepressiva entstehen nach längerer Einnahmezeit Probleme beim Absetzen, Außerdem ist es nicht hinzunehmen, dass mehr und mehr dieser Arzneimittel mit Abhängigkeitspotenzial auf privaten Rezepten für die GKV-Versicherten verordnet werden, die Quote liegt bereits bei über 50%.“ Und weiter unten: „Das Risiko, auch bei Missbefindlichkeiten im Alltag Arzneimittel verordnet zu bekommen, ist (für Frauen, die Autorin) allerdings relativ hoch.“ (Zitat Glaeske 2012).

Dies bestätigt auch die Bundesärztekammer und verweist auf häufig andere Süchte wie die Medikamentenabhängigkeit (70% der Abhängigen sind Frauen) und höhere Co-Morbiditätsraten bei psychosomatischen Erkrankungen, Essstörungen und psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Bundesärztekammer 2007) bei Frauen.

Rehabilitandinnen, die sich aufgrund eines massiven Alkoholkonsums für eine stationäre Entwöhnungsbehandlung entschieden haben, haben häufig eine Suchterkrankung mit fortgeschrittener Chronifizierung, sind oftmals mit anderen psychiatrischen Erkrankungen zusätzlich belastet und benötigen – auch nach einer stationären Maßnahme – eine ambulante medizinische Rehabilitation als Nachsorgemaßnahme, in der sie an Einzel- und Gruppengesprächen teilnehmen können.

Unter ihnen diesen Rehabilitandinnen benötigen diejenigen besondere Unterstützungsmaßnahmen, die aufgrund physischer Erkrankungen bspw. des Bewegungsapparates oder akut auftretender starker Erkrankungen ihren Haushalt nicht mehr allein führen können. In diesen Fällen ist die Vermittlung an ambulante Dienste der Familien- oder (Alten-)Pflege angezeigt.

Hinführung zu einer entsexualisierten und annehmenden und genießenden Wahrnehmung des eigenen Körpers.

Der Körper nimmt in der Identitätsausbildung und Wahrnehmung der meisten Frauen eine zentrale Rolle ein. Der Körper erhält die Funktion der Präsentationsfläche, er ist das Medium der Selbstdarstellung und Selbstwahrnehmung und damit zentral für das Selbstwertgefühl. Der weibliche Körper ist in der Fremd- und in der

Selbstwahrnehmung historisch und kulturell bedingt sexualisiert. Diese Sexualisierung wird ständig und immer wieder neu hergestellt. Insbesondere dadurch, dass der weibliche Körper in der medialen „Aufbereitung“ als sexualisierende Werbefläche instrumentalisiert wird.

Die Selbstsexualisierung des eigenen weiblichen Körpers durch eine dauerhafte und in der Regel entwertende Beschäftigung mit dem Körper, durch den Anspruch nach ständiger „Herrichtung“, Kontrolle und Disziplinierung, aber auch die dauerhafte Anforderung die eigene Attraktivität auf den Körper zu reduzieren, belastet Frauen enorm.

Je nach Ausprägung der Körper-Instrumentalisierung und Überhöhung sind Themen wie Ernährung und Essverhalten, Körper als Selbstpräsentationsfläche, Selbstliebe und Annahme des Körpers, Gewalterfahrungen und Grenzverletzungen, aktive, von eigenen Bedürfnissen geleitete Sexualität versus passiver, fremdbestimmter Sexualität, Gesundheitsvorstellungen und –strategien u.a. mehr zu thematisieren.

Stark verknüpft mit der Körper-Instrumentalisierung sind die Identität, das Selbstbild und das Selbstkonzept als Frau. Hier geht es um Themen wie Körper und Frauenbild, Schönheitsideale und Weiblichkeitsvorstellungen, die Bedeutung des Körpers im Selbstkonzept als Frau, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Mutter sein, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Weiblichkeitsnormen, etc.

Die Orientierung auf eine bewegungsorientierte Freizeitgestaltung ist Bestandteil dieser Thematik. Bewegung, Sport und Tanz bieten die Möglichkeit zu einem genussvollen Erleben des eigenen Körpers.

4.3.7 Konflikt- und Krisenbewältigung

Konflikte und Krisen sind immer wiederkehrende Alltagsanforderungen, die sich in allen Lebensbereichen stellen. Das Erlernen eines konstruktiven Umgangs mit Konflikten und Krisen ist im Zusammenhang einer Suchtentwicklung unabdingbar. Dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Rückfallgefährdungen die in einer überfordernden Krisen- oder Konfliktsituation wurzeln kann.

Die Fähigkeit zur konstruktiven und von eigenen Gefährdungen aber auch Interessen, Bedürfnissen und eigenen Werten und Vorstellungen geleiteten Konflikt- und Krisenbewältigung beeinflusst maßgeblich die emotionale Stabilität und die soziale Einbindung der Rehabilitandinnen auf allen Ebenen (Erwerbsarbeit, Partnerschaft, Familie und Freundeskreis).

Wichtige Lern- und Veränderungsfelder liegen in Konflikten und Krisen am Arbeitsplatz und/oder im persönlichen Umfeld. Aus diesen Erfahrungen werden exemplarisch Strategien analysiert und für ein Probehandeln verändertes Konflikt- oder Krisenverhalten entwickelt.

4.3.8 Entwicklung einer tragfähigen Alltagsstruktur

Verknüpft sind die genannten Themen auf vielfältige Weise mit der eigenen konkreten Alltagssituation. Zur Gestaltung des Alltags gehört zunächst die Schaffung einer

stabilen Wohnsituation, in der sich die Rehabilitandinnen wohl fühlen sowie die *Absicherung der finanziellen Lage* bzw. die Auseinandersetzung mit bestehenden Verschuldungen und gegebenenfalls die *Regelung juristischer Probleme*.

Ein weiterer großer Alltagsbereich umfasst den Aufbau eines *tragfähigen sozialen Netzes* sowie die Auseinandersetzung der Rehabilitandinnen mit eigenen Interessensgebieten im Bereich der Freizeitgestaltung. Während ein großer Teil suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen eher sozial isoliert lebt und Suchtmittel eine wichtige Funktion in dieser Isolation erfüllen, besteht das soziale Netz anderer Rehabilitandinnen überwiegend aus Suchtkonsument_innen. Suchtmittelkonsum ist also eng mit der *Gestaltung sozialer Kontakte und der eigenen Freizeit* verknüpft. Eine bedeutende Auseinandersetzung bezieht sich auf die Suche nach (neuen) Räumen und Orten, in denen sie sich kulturell und sozial aufgehoben fühlen und Kontakte und Freundschaften schließen können. Eine aktive Freizeitgestaltung (bspw. Musik, Bewegung und Sport) hat für viele Rehabilitandinnen einen stabilisierenden Effekt in der zeitlichen Struktur des Alltags, bietet einen Rahmen, um Kontakte zu knüpfen, macht es möglich, verborgene bzw. verschüttete Interessen und Fertigkeiten (wieder) zu entdecken und sich aktiv in einer Gemeinschaft zu erleben.

Da die aktuelle *Beziehungsgestaltung* immer (auch) von frühen Beziehungserfahrungen und den entwickelten Selbst- und Objektrepräsentanzen beeinflusst wird, ist die Orientierung auf stabile Kontakte und Freizeitgestaltung immer auch verbunden mit der Notwendigkeit, die Auswirkungen früherer Beziehungserfahrungen auf das aktuelle Beziehungsgeschehen zu reflektieren.

4.3.9 Einordnung der Suchtentwicklung in gesellschaftliche Zusammenhänge

In der Gruppe können Rehabilitandinnen die erfahrene Verleugnung und Abwertung ihrer Person, ihrer Lebenseinstellung, ihrer Hautfarbe, ihrer kulturellen Wurzeln, ihrer ethnischen Herkunft, ihrer Behinderung, ihrer eingeschränkten Ressourcen, ihres Glaubens und ihrer Lebensform in einen gesellschaftlichen Kontext stellen. Die *Einordnung individueller Erfahrungen in einen gesellschaftlichen Zusammenhang* sowie die Erfahrung, dass es Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu den Lebenserfahrungen anderer Rehabilitandinnen gibt, ist ein wichtiges Ziel in der ambulanten Suchttherapie für Rehabilitandinnen und wird insbesondere durch die gemeinsame Gruppenerfahrung ermöglicht.

Diese bietet ein Lern- und Übungsfeld, um Neues auszuprobieren, bspw. sich verunsichernden Situationen zu stellen, zu lernen, Konflikte auszutragen, die Selbst- und Fremdwahrnehmung zu überprüfen und zu verbessern. In der Gruppenarbeit können sich tragfähige Beziehungen weit über die Therapiezeit hinaus bilden und die Rehabilitandinnen können produktive Gruppenerfahrungen nutzen.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die ambulante medizinische Rehabilitation bewegt sich im Spannungsfeld zwischen den Polen von 'Planung' und 'Prozessorientierung'. Die Rehabilitationsdauer beläuft

sich im Regelfall auf 12 Monate. Dem liegt ein Phasenverlauf (siehe nachfolgendes Kapitel) zugrunde, der in der Regel innerhalb dieser 12 Monate absolviert wird.

Die Analyse und Bewertung der individuellen Zielerreichung gemeinsam mit der Rehabilitandin ist die Grundlage für eine Beendigung der Maßnahme und sie bestimmt die Rehabilitationsdauer. In begründeten Einzelfällen werden Verlängerungen von maximal 6 Monaten beantragt, wenn eine Gesamtzielerreichung im Rahmen der unten aufgeführten Phasenverläufe in der vorgegebenen Regelzeit nicht zu leisten ist.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die individuelle Rehabilitationsplanung wird zu Beginn der Behandlung mit der Rehabilitandin gemeinsam entwickelt und in ihren Ergebnissen im Behandlungsplan dokumentiert und in individuell festgelegten Zeitabständen überprüft und ggf. verändert.

Die individuell zu erarbeitenden Therapieziele werden aus den oben dargestellten allgemeinen Therapiezielen je nach individuellen Bedarfen abgeleitet.

Grundlage dieser individuellen Therapiezielentwicklung ist eine genaue **Bestandsaufnahme** der Entwicklungsbedarfe und der vorhandenen Ressourcen und Stärken in Bezug auf das jeweilige zielrelevante Thema.

Folgende **zielrelevante Themen** seien hier beispielhaft genannt:

- Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe
- Rückzug in Isolation und Passivität
- Funktionelle Einschränkungen der beruflichen und sozialen Situation
- Ausbildung/Arbeit, finanzielle Situation, Arbeitslosigkeit und sozialer Abstieg in Hartz IV – Bezüge, Tages- und Wochenstrukturierung, Freizeitgestaltung, Freundeskreis/soziales Netz, Wohnsituation, Schulden, laufende Gerichtsverfahren
- Aktuelle Belastungsfaktoren und aktuelle Risikofaktoren
- Konsumierender Partner/konsumierende Partnerin bzw. ein soziales und/oder berufliches Umfeld, in dem der Konsum von Alkohol „dazu gehört“! Pflegebedürftige Angehörige, eigene schwere körperliche Erkrankungen, berufliche Neuorientierung aufgrund der Suchterkrankung, Arbeitslosigkeit und sozialer Abstieg in Hartz IV – Bezüge, chronifizierte posttraumatische Symptome, etc.
- Rückfallgefährdung und Rückfallbearbeitung
- Sensibilisierung für und Umgang mit rückfallgefährdenden Situationen, Ressourcenaktivierung, Funktion von Suchtmitteln im beruflichen und sozialen Alltag, biographischer Bezug, Konfrontation mit Suchtmittelkonsum an öffentlichen Orten etc.
- Familiärer und sozialer Entwicklungshintergrund

- Wichtige biographische, suchtrelevante und persönlichkeitsprägende Ereignisse und Bezugspersonen, frühe familiäre Atmosphären, Schichtzugehörigkeit, kultureller Bezugsrahmen bzw. Migrationshintergrund, Auseinandersetzung mit prägenden Familienbildern, Bezüge zwischen Familienkonstellationen und der aktuellen Lebenssituation bzw. Gruppensituation etc.
- Beziehungserfahrungen- und –gestaltung
- Gestaltung der aktuellen Beziehungen und des sozialen Netzes bzw. **des beruflichen Umfeldes**, Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Vertretung eigener Interessen, Grenzwahrnehmung und Grenzsetzung, Konfliktvermeidung und Konflikterprobung, Autonomie und Abhängigkeitskonflikte, Konkurrenz etc.
- Gewalterfahrungen und Grenzverletzungen
- Überlebensstrategien nach sexuellen Gewalterfahrungen, Auswirkungen auf die aktuelle Lebenssituation und auf das Verhalten in Beziehung zu anderen (Bindungsstörung, Misstrauen, soziale Phobien, erlernte Hilflosigkeit), Umgang mit Grenzen, Auswirkungen auf die Gruppensituation und Beziehungen in der Gruppe, Suche nach weiterführenden therapeutischen Angeboten etc.
- Körper und Leiblichkeit
- Physische Komorbidität, Körper- und Frauenbild, Körper als Medium weiblicher Selbstdarstellung, Ernährung, Gesundheit, Essstörungen, Erholung und Entspannung, 'Schönheitsideale' etc.
- Identität, Selbstbild und Selbstkonzept als Frau
- Berufliche Identität, Mutter sein, Selbst- und Fremdwahrnehmung, Beziehungskonzepte, lesbische, bisexuelle und heterosexuelle Lebensweisen, Weiblichkeitsnormen, etc.
- Sexualität
- Selbstbestimmung und Lusterleben in der Sexualität, sexuelle Erfahrungen, sexuelle Bedürfnisse, lesbische, bisexuelle und heterosexuelle Sexualität, Normen und Werte, etc.

Die Bearbeitung der in den Zielen thematisierten Themen erfolgt prozessorientiert im Rahmen der Gruppen- und Einzelarbeit und im zeitlichen Rahmen des wie folgt dargestellten Phasenmodelles.

Phasen des Therapieverlaufes

1. Initial- oder Aufbauphase (ca. 3 Monate)

Erstkontakt

Therapieplanung unter Berücksichtigung der bereits in der Motivationsphase durchgeführten Anamneseerhebung und Eingangsdiagnostik

Abschießende Erstellung des Behandlungsplanes mit Zeitvorgaben

Aufbau einer therapeutischen Beziehung
Aufbau einer tragfähigen Gruppenstruktur

2. Intensivphase (ca. 6 Monate)

themenzentrierte Arbeit in Einzel -und Gruppenprozessen
Auseinandersetzung mit den beruflich relevanten Fragen
Krisenbearbeitung und Rückfallbearbeitung
Auseinandersetzung mit der Funktion des Suchtmittelkonsums
Erprobung von Veränderungen in Beziehungen, im Beruf und im Lebensalltag
Biographische Tiefung lebensgeschichtlich, suchtrelevanter Themen
Erlernen neuer Copingstrategien und Umgang mit chronifizierten posttraumatischen Symptomen
Entwicklung und Umsetzung eines individuellen Gesundheitsförderungskonzeptes
Förderung der Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentwicklung
Arbeit an Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen

3. Abschlussphase (ca. 3 Monate)

Erarbeitung tragfähiger Strukturen in Arbeit, Beruf, Alltag, Sozialem Umfeld
Perspektiven nach Abschluss der Therapie
Bilanzierungsprozesse
Ablösung und Abschied

In der **Eingangsphase** der ambulanten Therapie liegt zunächst der Prozess der Vertrauensbildung sowie die Schaffung eines Arbeitsbündnisses im Zentrum der Einzel- und Gruppenarbeit. In der Einzelgesprächssituation gilt es gemeinsam mit den Rehabilitandinnen ein gewisses Maß an Sicherheit und Vertrauen in der Zweiersituation zu erarbeiten, damit die Rehabilitandinnen dort im weiteren Verlauf Themen bearbeiten können, die mit Unsicherheit und Angst verbunden sind (vgl. Woltereck 1994).

Wie oben beschrieben wird in dieser Phase die individuelle Therapieplanung auf der Grundlage der vorgeschalteten Diagnostik und Motivationsphase durchgeführt und im Behandlungsplan dokumentiert. Die Überprüfung der Zielerreichung, ggf. Veränderungen von Zielvorstellungen und Problemstellungen werden im Verlauf der Therapie durch zeitlich individuell festgelegte Zwischenauswertungen thematisiert.

In der **Intensivphase** des Therapieprozesses treten in der Einzel- und Gruppenarbeit geschlechtsspezifische Zusammenhänge der Suchtentwicklung in den Vordergrund. Auf der Grundlage der zuvor erarbeiteten therapeutischen Beziehung können

individuelle, lebensgeschichtlich relevante (Zielbestimmende) Themen gemeinsam bearbeitet werden. Regelmäßige Bilanzierungsprozesse anhand des Behandlungsplanes bieten hierbei immer wieder eine Orientierung und ermöglichen die weitere Planung. Auch die Arbeit in der Gruppe erfolgt in dieser Phase prozessorientiert, wobei inhaltliche Schwerpunkte unter Berücksichtigung der jeweiligen Gruppendynamik durch die therapeutischen Leiterinnen eingebracht werden.

Da die arbeitsbezogenen Maßnahmen in Kapitel 4.7.5 sowie die Inanspruchnahme und Kooperation mit Sozialdiensten in Kapitel 4.7.8 ausführlich dargestellt werden, wird auf deren ausführliche Wiederaufnahme an dieser Stelle verzichtet.

Festgehalten sei an dieser Stelle, dass die Befassung mit arbeitsbezogenen Interventionen ein Schwerpunkt der Intensivphase ist. Entsprechende Ziele sind wie bereits erwähnt Bestandteil des Behandlungsplanes, sie werden regelhaft solange ausgewertet und überprüft, bis die Rehabilitandin und die Therapeutin eine akzeptable Zielerreichung feststellen. Dies kann in Einzelfällen erst gegen Ende der Behandlung oder darüber hinaus zu einer Verlängerungsantrag führen.

Die Hilfen der Sozialdienste werden bedarfsgerecht ebenfalls in dieser und der nachfolgenden Phase in Anspruch genommen.

Aufgrund der in der Regel starken komorbiden Belastungen wird in dieser Phase das individuelle Gesundheitsförderungskonzept erarbeitet und soweit möglich umgesetzt.

Am Ende der ambulanten Therapie dient die *gemeinsame Auswertung der Therapie* einer Standortbestimmung, um sich Therapieerfolge zu vergegenwärtigen, um sich Veränderungsprozesse und Erreichtes vor Augen zu führen, aber auch anzuerkennen, welche Wünsche und Ziele offen bleiben.

In der *Abschlussphase* werden die noch zu bearbeitenden Ziele sowie - gegen Ende - die Vorbereitung auf die Entlassung der Rehabilitandin angegangen. In der Regel werden in dieser Phase belastende Themen bearbeitet. Dies können arbeitsbezogene, nicht erreichte Ziele und diesbezüglich belastende Frustrationsgefühle oder offene Themen sein, deren Aufbereitung unzureichend und belastend ist. Häufig „kreisen“ diese Themen um traumatische Erfahrungen der Rehabilitandinnen zum Thema 'Abschied und Trennung'. Neben der Bearbeitung 'alter' Gefühle und Erinnerungen, geht es in dieser Phase auch darum, wichtige neue Erfahrungen bezüglich eines bewusst vollzogenen Abschiedes zu vermitteln. Auf der emotionalen Ebene handelt es sich hierbei auch um die Wahrnehmung und den Ausdruck der mit der Trennungsthematik verbundenen Gefühle, wie z.B. Wut, Trauer, Angst, Enttäuschung und Freude.

Eine bewusst erlebte Trennung ohne den Einsatz von Suchtmitteln ist für viele Rehabilitandinnen eine neue, sehr intensive und bereichernde Erfahrung.

In der Abschlussphase der ambulanten Therapie wird geplant, welche weiterführende Unterstützung, welche weiteren Teilhabeleistungen im Anschluss an die Therapie benötigt und/oder gewünscht werden.

Darüber hinaus legen wir in dieser Phase besonderes Gewicht auf die *Gestaltung von neuen Verankerungen*, ggf. Praktikum, Anbindung an Einrichtungen zur beruflichen

(Wieder-) Eingliederung, thematisch orientierten Gruppen, suchtmittelfreien Treffpunkten, Psychotherapien, Nachsorgeangeboten und Selbsthilfegruppen etc..

Aufgrund der in Kapitel 7 dargestellten Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, in die der Träger und die Einrichtung eingebunden sind, können Übergänge weitestgehend gut gestaltet werden.

Eine erwähnenswerte Erschwernis ergibt sich bei der Vermittlung in psychotherapeutische Praxen durch Wartezeiten und Vorurteile bezüglich der Verbindlichkeit und Therapiefähigkeit von suchtblasteten Klientinnen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das ambulante Therapieangebot umfasst *in der Regel wöchentlich ein Gruppen- und ein Einzelgespräch* sowie bei Bedarf und auf ausdrücklichen Wunsch der Rehabilitandinnen *gemeinsame Gespräche mit Bezugspersonen*, wie bspw. Partnerinnen oder Partner und/oder Angehörige, vereinzelt auch mit Vorgesetzten.

Einzel- und Gruppenarbeit sind inhaltlich aufeinander bezogen und ergänzen sich wechselseitig. Gezielt werden in Zeitabständen *zusätzliche Indikationsgruppen*, bspw. Wahrnehmungs-, Imaginations- und Entspannungsübungen und Akupunktur von den entsprechend qualifizierten Mitarbeiterinnen der Beratungsstelle angeboten.

Das *Gruppenangebot findet einmal wöchentlich in den frühen Abendstunden* statt (Beginn: eine Gruppe um 17 Uhr und eine um 18 Uhr), damit auch erwerbstätige oder in Ausbildung befindliche Rehabilitandinnen, bzw. Rehabilitandinnen, die den Wiedereinstieg in die Erwerbstätigkeit mittelfristig anstreben, teilnehmen können.

Die offene Therapiegruppe (mit der Möglichkeit des *Quereinstieges* im ersten Drittel der Therapiezeit) wird von zwei Therapeutinnen geleitet, die sich in Urlaubs- und Krankheitszeiten wechselseitig vertreten. Die Vertretung in Einzelgesprächen wird nach fachlichen Gesichtspunkten individuell geplant und von den Kolleginnen des ambulanten Therapieteam geleistet.

In der Regel finden in der Behandlungseinrichtung *zwei Gruppen* statt: Die Gruppengröße liegt zwischen 10 bis maximal 12 Rehabilitandinnen, die überwiegend wegen einer Alkoholabhängigkeit behandelt werden.

4.7 Rehabilitationselemente

Die ambulante medizinische Rehabilitation ist konzeptionell in unterschiedliche Phasen aufgebaut. Das Therapiesetting und der Therapieverlauf sind grundsätzlich standardisiert. Abweichungen davon finden je nach individuellem Behandlungsverlauf statt.

4.7.1 Motivationsphase und Aufnahmeverfahren

Im Vorwege der ambulanten Therapie finden in der Beratungsstelle Frauenperspektiven mehrere Informations- und Beratungsgespräche statt. Zum einen sollen hier der Rahmen, die Struktur und die Arbeitsweisen der ambulanten Therapie

vorgestellt werden. Zum anderen geht es für die Klientin und die Beraterin in dieser Entscheidungsphase darum, einen ersten Überblick über die aktuelle Lebenssituation, die Geschichte der Suchtmittelabhängigkeit und den aktuellen Konsum bzw. über die Notwendigkeit einer qualifizierten Entgiftung zu gewinnen.

Beraterin und Klientin prüfen gemeinsam, welche stabilisierenden Faktoren es im Alltag der Klientin derzeit gibt, ob das Angebot der ambulanten Therapie einen adäquaten Unterstützungsrahmen bietet oder ob ein anderer Rahmen (bspw. stationäre Therapie, Entzug, Substitution, Psychotherapie) angemessener sein könnte.

Zu den Voraussetzungen der Durchführung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme gehören suchtmittelfreie Abstinenzzeiten. Beraterin und Klientin prüfen in der Vorlaufphase gemeinsam, ob die Klientin über genügend Stabilität verfügt, um aktuell abstinent zu leben. Die der ambulanten Therapie vorgeschaltete Motivationsphase beträgt mindestens 6-8 Wochen.

Ein wichtiger Bestandteil der Arbeit in der Motivationsphase sind Diagnostik einschließlich der Dokumentation, Anamneseerhebung und die Vorbereitung der ambulanten Entwöhnungsmaßnahme. In der Suchttherapie umfasst die Diagnostik unter Berücksichtigung medizinisch psychiatrischer Begutachtung durch die Ärztin somatische, psychische und soziale Faktoren.

Die Indikation für die ambulante medizinische Rehabilitation wird nach folgenden Kriterien erstellt:

- *Anamnese*
- *ärztliche Untersuchung und Diagnose*
- *Fallbesprechung im Team*

Ein wichtiger Aspekt der Anamnese ist gemäß unseres frauenspezifischen Arbeitsansatzes nicht nur eine Exploration der problematischen handlungseinschränkenden Bewältigungsstrategien der Rehabilitandinnen sowie der biographischen Entwicklung der Sucht, sondern auch eine gezielte Erhebung ihrer Ressourcen und Stärken.

Wenn Beraterin und Klientin nach Abschluss der Motivationsphase zu der Einschätzung gelangen, dass das ambulante Therapieangebot in Betracht kommt, wird die Empfehlung über die Aufnahme in die ambulante Therapie abgegeben, eine medizinische Untersuchung vorgenommen und ein Antrag gestellt. Über die Gewährung der ambulanten medizinischen Rehabilitation entscheidet dann der zuständige Leistungsträger.

Im **Vorgespräch** werden personenbezogene Daten, (Vor-)Erkrankungen und Diagnosen, sonstige Symptome und aktuelle Behandlungen, die aktuelle Problemlage, Suchtmittel und Konsumhäufigkeit und -kontext, vorausgegangene Entzüge-, Entwöhnungsbehandlungen, aktuelle Lebenssituation, Wünsche und Ziele der Rehabilitandin ermittelt. Es wird eine Einschätzung zur Motivationslage gemeinsam vorgenommen, die Rahmenbedingungen werden ausführlich besprochen und ein psychodynamischer Befund durch die Therapeutin erstellt.

Im Aufnahmegespräch wird der *Therapievertrag* besprochen und es werden die einzelnen Aspekte erklärt und begründet. Die Rehabilitandin prüft diesen Vertrag und bringt ihn zum nächsten Gesprächstermin in der Regel unterschrieben zurück.

4.7.2 *Rehabilitationsdiagnostik*

Die ambulante medizinische Rehabilitation orientiert sich an einem Verständnis von *Prozessorientierter Verlaufsdagnostik*, d.h. die *Eingangsdagnostik* stellt eine erste Orientierung über die psychische und soziale Befindlichkeit der Patientin dar und wird im Verlauf des Therapieprozesses stets weiterentwickelt und neu formuliert.

Wir arbeiten mit den klinisch *diagnostischen Leitlinien des ICD 10 GM* (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme German Modification 2012) und orientieren uns gemäß einer *bio-psycho-sozialen Diagnostik* an den *Leitlinien des ICF* (International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) sowie mit ausgewählten *psychologischen Testverfahren*. Wir begreifen diese nicht als statische Einteilung, sondern als erste Orientierung bezüglich der psychischen Symptomatik der Rehabilitandinnen. Als hilfreiches Vorgehen im Prozess der Diagnostik haben sich weiterhin die Grundlagen der *'Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik' (OPD)* erwiesen (vgl. Arbeitsgruppe OPD-2 2006).

Die Diagnostik umfasst dabei grundsätzlich folgende Ebenen:

Die somatische, psychische, soziale und arbeitsbezogene Ebene, ebenso wie die Ebene der Förderfaktoren, der Barrieren, der Entwicklungs- und Ursachenbezogenen Dimensionen und die Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen.

Der ressourcenorientierte Arbeitsansatz durchzieht den Prozess der Diagnostik und den gesamten Therapieprozess.

Folgende Daten werden innerhalb der ersten acht Wochen durch die Ärztinnen und Therapeutinnen erhoben:

- biographische suchtrelevante Anamnese
- berufliche Situation, Perspektive und Risikofaktoren
- funktionelle Einschränkungen und Risikofaktoren
- Verlauf der Suchtmittelabhängigkeit und -gefährdung
- Funktion des Suchtmittels im biographischen und aktuellen Kontext
- Handlungs- und Bewältigungsstrategien: Ressourcen und Defizite
- zusätzliche psychische und körperliche Stärken und Beeinträchtigungen, z. B. gibt es chronifizierte posttraumatische Symptome
- soziale und materielle Situation
- gesundheitliche Situation

- Verhältnis zum eigenen Körper, Sexualität
- Selbstkonzept und Selbstbild als Frau
- Wertestrukturen und Sinnanbindung
- Beeinträchtigung der Aktivitäten
- Beeinträchtigungen der Teilhabe an Lebensbereichen

Auf der Grundlage der durchgeführten Eingangsdagnostik wird entsprechend ein **Behandlungsplan** mit der Rehabilitandin erstellt. Hier werden erste Therapieziele formuliert, die Frequenz der Therapietermine und die Eckwerte für weitere Bilanzierungs- und Planungsprozesse festgelegt. Die Therapie begleitende **Verlaufsdagnostik** ermöglicht im Weiteren die kontinuierliche Erfassung von Entwicklungsmöglichkeiten und Funktionseinschränkungen, die zu Beginn der Therapie noch nicht in den Vordergrund treten.

Eine **Abschlussdiagnostik** wird in Zusammenarbeit der leitende Psychiaterin/Ärztin und den Therapeutinnen in der Abschlussphase erstellt, um alle individuellen zielgruppenrelevanten Aspekte zu berücksichtigen.

Sie wird mit der Rehabilitandin gemeinsam besprochen und im medizinischen Entlassungsbericht verschriftlicht. Weitere Maßnahmen im Anschluss an die medizinische Rehabilitation werden mit der Rehabilitandin besprochen und erste Umsetzungsschritte eingeleitet.

4.7.3 Medizinische Therapie

Gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“ fassen wir Sucht als eine medizinische Erkrankung. Gemäß einem salutogenetischen Ansatz verfolgen wir grundsätzlich die Genesung im Sinne einer salutogenetisch gefassten Gesundheit als Resultat eines gelungenen Zusammenspiels von bio-psycho-sozialen protektiven Faktoren.

Die Einrichtung der ambulanten medizinischen Rehabilitation steht unter ärztlicher Verantwortung und Leitung (siehe auch Kapitel 5).

Die leitende Ärztin verantwortet in diesem Sinne das gesamte Geschehen der Behandlung und ist dementsprechend in alle Behandlungsschritte und Verläufe einbezogen.

Besondere Aufgaben sind die Erstellung der Eingangsdagnostik und deren Dokumentation auf der Grundlage einer Eingangsuntersuchung.

Bei komorbiden Erkrankungen, die bereits vor Beginn der Behandlung bestehen und die in der Eingangsdagnostik erfasst werden, werden je nach Schweregrad und Sinnhaftigkeit bestehende Behandlungen aufrechterhalten.

Falls bisher keine Erfolg versprechende medizinische, psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung der komorbiden Störungen erfolgt, wird so verfahren, wie wenn die Erkrankung während der Behandlung auftritt.

In diesen Fällen untersucht die Ärztin/Psychiaterin die Rehabilitandin. Je nach Schweregrad und Behandlungsmöglichkeit wird die Rehabilitandin vor Ort im Arztzimmer behandelt oder an ihre/n Hausarzt/Hausärztin oder Fachärzt_innen

, Fachambulanzen oder Kliniken überwiesen.

Bei akut notwendigen Klinikaufenthalten wird die Behandlung der ambulanten medizinischen Rehabilitation in Rücksprache mit dem Leistungsträger unterbrochen und die Wiederaufnahme entsprechend geregelt.

Zwar sind beide Ärztinnen aufgrund der Einrichtungsgröße nicht dauerhaft vor Ort, dennoch kann eine hohe Ansprechbarkeit gewährleistet werden, da beide selbständig in eigener Praxis tätig sind.

Beide Ärztinnen sind regelmäßig vor Ort und verfügen über vielfältige Kooperationsbezüge. Als engagierte Ärztinnen sind sie in diverse Vernetzungsstrukturen eingebunden. Ein Informationsaustausch zu suchtrelevanten Erkrankungen und Fragestellungen ist so ebenfalls gewährleistet.

Zusätzlich bieten sie Informationsveranstaltungen zu suchtspezifischen Erkrankungen und Fragestellungen in der Einrichtung an.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Das Behandlungsprogramm der ambulanten Suchttherapie umfasst medizinische, psychotherapeutische und sozialtherapeutische Maßnahmen. Im Rahmen der ambulanten Suchttherapie arbeiten die Kolleginnen prozess- und themenorientiert mit vielfältigen sozial- und psychotherapeutischen Methoden und gewährleisten eine medizinische Begleitung und tiefenpsychologisch fundierte Behandlung der Rehabilitandinnen.

Einzel- und Gruppenarbeit sind die beiden tragenden Säulen der ambulanten Suchttherapie und ergänzen sich wechselseitig. Während die ***Einzelgespräche*** den Rehabilitandinnen einen sehr individuellen Prozess (wie in Kapitel 4.3) in einem geschützten Setting ermöglichen, bietet die Gruppe einen Bezugsrahmen für gemeinsame Lernprozesse und Begegnungen.

Die ***Gruppe*** ist als der zentrale Eckpfeiler des therapeutischen Arbeitsansatzes zu verstehen: Sie ist nicht nur ein Ort, an dem gemeinsam neue Erfahrungen gemacht werden können und ein Übungsraum, in dem emotionales Lernen möglich ist. Ein Ziel ist, dass Einzel- und Gruppengespräche nicht unverbunden nebeneinanderher stattfinden, sondern dass die Rehabilitandinnen Inhalte und Themen aus den Einzelprozessen, die sie aktuell bewegen, in die Gruppe einbringen. Je nach Verlauf des Gruppenprozesses stehen dabei unterschiedliche Themen und Erfahrungen im Vordergrund, bspw. eigene Ängste und Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung, das-Sich-Wiedererkennen in der anderen, beispielhaftes Lernen neuer Verhaltensweisen, gegenseitige Hilfe und Begegnungen. Ermöglicht sind das Entdecken gemeinsamer Strukturen in den Lebenserfahrungen der Rehabilitandinnen, die Erfahrung von Solidarität und Wertschätzung unter Rehabilitandinnen, gemeinsame Sichtweisen auf das Thema weibliche Suchtmittelabhängigkeit und die

Auseinandersetzung mit Ähnlichkeiten in den biographischen und gesellschaftlichen Erfahrungen. Im Verlauf der Gruppenarbeit gilt es jedoch auch, sich mit Unterschieden und Differenzen zwischen Rehabilitandinnen zu befassen, sich in der Verschiedenheit anzuerkennen, Streit- und Konfliktfähigkeit zu lernen sowie sich mit dem Thema Neid und konstruktiver Konkurrenz unter Rehabilitandinnen zu beschäftigen.

In die Gruppe fließen so immer wieder lebensgeschichtliche Erfahrungen der Rehabilitandinnen ein. Die Gruppenarbeit ermöglicht den Teilnehmerinnen Bezüge zwischen ihrem aktuellen Erleben und Verhalten in der Gruppe, etwa Fragen nach ihrer Rolle, typischen Konflikten, Gestaltung von Kontakten, Teamfähigkeit im beruflichen Kontext etc., und biographischen Erfahrungen herzustellen. Diese Bezüge bieten wichtige Ansatzpunkte, um die eigenen Handlungs- und Vermeidungsstrategien verstehbar zu machen und im Kontext der Gruppe neue Handlungsmöglichkeiten zu erschließen und zu erproben.

Eine Gruppensitzung endet nach 100 Minuten, eine Einzelsitzung nach 50 Minuten.

Die Gruppengröße liegt zwischen 10-12 Rehabilitandinnen- und einer Cotherapeutin.

Psychotherapeutische Methoden

In der Gruppen- und Einzelarbeit arbeiten wir auf der Grundlage eines *tiefenpsychologisch fundierten* Therapiekonzeptes. Wir arbeiten mit Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen, mit dem Konzept der Abwehrmechanismen sowie dem analytischen Modell des Suchtmittels als Objektersatz. Wichtige Impulse haben wir aus der tiefenpsychologisch fundierten Traumatherapie übernommen, die den stützenden und strukturierenden Arbeitsansatz in der Arbeit mit traumatisierten Rehabilitandinnen in den Vordergrund stellt (vgl. Reddemann 2003).

Neben den genannten Arbeitsansätzen fließen auf der Grundlage des tiefenpsychologisch fundierten Suchtverständnisses übungszentrierte Methoden aus der Verhaltenstherapie und der Traumatherapie in die Arbeit ein sowie erlebnisaktivierende und strukturierende Methoden aus dem Psychodrama und der Integrativen Therapie.

Elemente der *Verhaltenstherapie* fließen gezielt in die therapeutische Arbeit ein, um die Einübung von Fertigkeiten und Fähigkeiten, mit denen Rehabilitandinnen gegebene Lebensanforderungen besser bewältigen können, zu erreichen. Rollenspiele, Übungen zur Selbstbehauptung und Selbstsicherheit, Soziales Kompetenz Training (vgl. kognitive Umstrukturierung, und Verstärkungsprozesse sind einige der Techniken, die hierbei eingesetzt werden (vgl. Linden/Hautzinger 1993 und Fliß 2008).

Methoden aus der *Traumatherapie* sind Stabilisierungstechniken, Albträume und Intrusionen regulieren zu lernen, Dissoziationen stoppen zu lernen und Distanzierungstechniken von starken Affekten und Trauma nahen Zuständen, Auflösung von Vermeidungsverhalten und Erkennen von Triggern und welche

spezielle Funktion das Suchtmittel in diesem Kontext hat (vgl. Huber, 2006; Lüdecke, Sachsse, Faure, 2010; Reddemann, 2003).

Methoden und Zugänge des *Psychodrama* haben sich in der Gruppen- und Einzeltherapie insbesondere durch ihren spielerischen und kreativen Zugang bewährt. Die Übernahme von Rollen, die Arbeit mit Symbolen und körperlichem Ausdruck ermöglicht den Rehabilitandinnen, eine aktive Rolle bezüglich ihrer psychischen und sozialen Situation einzunehmen. Das Psychodrama bietet vielfältige Möglichkeiten, im szenischen Spiel neue emotionale Zugänge zu entdecken. Insbesondere die Einbeziehung der anderen Gruppenteilnehmerinnen in Gruppen- und Einzelspiele und die anschauliche Umsetzung psychischer Konflikte in Szenen, ermöglicht den Rehabilitandinnen oft die Entwicklung neuer Lösungsstrategien für konflikthafte Lebenssituationen und bietet ihnen die Möglichkeit sich darin als aktiv Handelnde und Gestaltende zu erfahren (vgl. Bosselmann u.a. 1993, Moreno 1989).

Methodische Ansätze der *Integrativen Therapie* sind in der Therapie mit Rehabilitandinnen vor allem dort von Nutzen, wo sie auf eine Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Affektdifferenzierung und Affekttoleranz abzielen und das Erkennen eigener Interessen, Wünsche und Bedürfnisse fördern. Insbesondere Übungen, die sich nicht ausschließlich auf der Gesprächsebene bewegen, sondern die kreativen Potentiale von Rehabilitandinnen ansprechen und deren Selbstaussdruck fördern, haben sich als hilfreich erwiesen. Zu nennen sind hier insbesondere die Arbeit mit kreativen Medien, Dialoge und Rollenspiele, Imaginations- und Wahrnehmungsübungen (vgl. Rahm u.a. 1993, Stevens 1993).

Die Förderung der Selbstwahrnehmung, der Erlebnisaktivierung und der Entspannung wird darüber hinaus durch verschiedenste *körperorientierte Übungen* und Methoden unterstützt, bspw. Achtsamkeitsübungen, Übungen aus dem Yoga, der Integrativen Leibtherapie der sozialpädagogischen Gruppenarbeit.

Für die meisten genannten psychotherapeutischen Schulen gilt, dass sich diese nicht differenziert mit dem Geschlechterverhältnis auseinandersetzen und sich dies auch in ihrer Theorie und Praxis niederschlägt. Insofern reproduzieren sie gesellschaftliche Normalität, das heißt die gesellschaftlichen Verhältnisse werden unhinterfragt als Selbstverständlichkeiten in den therapeutischen Prozess übernommen (vgl. Freytag 1994). Wie bereits ausgeführt wählen wir daher auf der Grundlage der tiefenpsychologischen Fundierung gezielt psychotherapeutische Verfahren aus den o.g. Therapieschulen aus und entwickeln sie hinsichtlich frauenspezifischer Aspekte weiter.

Eine wesentliche Anforderung für die Verwendung psychotherapeutischer Methoden ist eine transparente Umgehensweise mit den eingesetzten Übungen und Verfahren, so dass sie für die Rehabilitandinnen 'entmystifiziert', nachvollziehbar und nutzbar sind. Insbesondere Methoden, die die Wahrnehmungsfähigkeit, den Selbstaussdruck, die Aktivitäten sowie die kreativen Potentiale von Rehabilitandinnen unterstützen, haben sich bewährt, da sie die Bewusstwerdung eigener Bedürfnisse, Interessen und Fähigkeiten fördern und Rehabilitandinnen darin bestärken, sich kritisch mit fremdbestimmten Lebensbedingungen auseinanderzusetzen.

Sozialtherapeutische Zugänge

Außer der o.g. Gruppenorientierung ist eine zentrale Prämisse des sozialtherapeutischen Zuganges die *'Hilfe zur Selbsthilfe'* oder wie Huber es formulieren würde, *„raus aus der Opferrolle und der erlernten Hilflosigkeit“*. Hierbei stehen Interventionen im Vordergrund, die darauf abzielen, die Rehabilitandinnen zu befähigen, eigenständig Problemlösungsstrategien zu entwickeln und sich als Handelnde zu begreifen. Die Rehabilitandinnen erfahren methodische Hilfestellungen dabei, ihre vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen, sich aktiv neue Ressourcen zu erschließen und ihre fachlichen und sozialen Kompetenzen zu erweitern. In diesem Sinne beziehen sich die folgenden sozialtherapeutischen Arbeitsweisen auf materielle, rechtliche, institutionelle, soziale und gesundheitliche Aspekte des Alltagslebens suchtmittelabhängiger Rehabilitandinnen. In die therapeutische Gruppenarbeit fließen die genannten Prämissen ebenfalls ein: die Stärkung der Selbsthilfepotentiale sowie der individuellen und kollektiven Handlungsfähigkeit der Rehabilitandinnen steht hier im Vordergrund.

Unter dem Aspekt 'Hilfe zur Selbsthilfe' zu initiieren, sind folgende inhaltliche Bereiche und pädagogische Ansätze von Relevanz:

Alltagsorientierte Hilfen, bspw. bei:

Tages- und Wochenstrukturierung

Freizeitplanung und -gestaltung

Ernährungs- und Gesundheitsfragen

Motivationsproblemen in Ausbildung und Beruf

Lern- und Konzentrationsschwierigkeiten

Unterstützung im Erwerbsbereichs- bzw. existenzsichernden Bereich bspw. bei:

Suche von Praktikums- und Ausbildungsplätzen

Arbeitssuche/Arbeitsplatzerhaltung

Suche von Kindergartenplätzen, Betreuungs- und Therapieplätzen für Kinder

Schuldenregulierung

Unterhaltszahlungen, Gütertrennung

Kontoverwaltung, Kostenanträge

Wohnungssuche

Erschließung institutioneller Hilfen, bspw. bei:

Rechtlichen und strafrechtlichen Problemen

Hilfen im Umgang mit Ämtern und Behörden, Antragstellungen

Ausbildung und Arbeitssuche

Hilfen zur Erziehung/Erziehungsberatungsstellen
Trennungs- und Scheidungsfragen
Auswahl von Ärztinnen, Vorbereitung von Arztbesuchen
Schwangerschaften, Schwangerschaftsberatungen

Erarbeitung von Konfliktlösungsstrategien, bspw. in Bezug auf:

Arbeitsgeber_innen/Ausbildungsleiter_innen

Kindern, Eltern und Angehörige:

Partner_innen und Freund_innen

Wohnungsgeber_innen

andere Gruppenteilnehmerinnen

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die arbeitsbezogenen Interventionen nehmen einen großen Stellenwert in der Behandlung ein. Arbeit, insbesondere die kontinuierliche und auf Langfristigkeit angelegte Erwerbsarbeit mit existenzsichernder Entlohnung vermindert ein Rückfallrisiko und stärkt das allgemeine Wohlbefinden.

Die Auswertung der einrichtungsbezogenen Daten aus 2012 machen deutlich, dass die Zielgruppe der Beratungsstelle Frauenperspektiven überraschend gute Bildungsvoraussetzungen ausweist. Gleichzeitig wird deutlich, dass dies für die weibliche Zielgruppe kein Garant für adäquate Beschäftigung in Vollzeitstellen und für eine auskömmliche Entlohnung ist.

Eine erhebliche Anzahl der Klientinnen der Beratungsstelle bezieht Einkünfte aus Versicherungsleistungen/Hartz IV.

Viele Rehabilitandinnen weisen zudem sehr wechselhafte Erwerbsarbeitsverläufe aus.

Verschiedene Aspekte in der arbeitsbezogenen Intervention sind zu berücksichtigen:

- **Sozialrechtliche Beratung** bezüglich der beruflichen Perspektive
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Bestimmung der Erwerbsarbeitschancen und –barrieren (Berufsklä rung)
- Umfassende Bestandsaufnahme der beruflichen und persönlichen Voraussetzung
- Klärung der wirtschaftlichen Sicherung
- Klärung sonstiger Bedarfe nach Rehabilitationsberatung
- Orientierung auf die Kompetenzerweiterung und Teilnahme an Arbeitsfördernden Maßnahmen außerhalb der Einrichtung

- Überprüfung der aktuellen Belastbarkeit durch den (Wieder-)Einstieg in die Erwerbsarbeit
- Soziale Gruppenarbeit
- Umgang mit Arbeitslosigkeit und beruflicher Orientierung
- Stellenwert von Erwerbsarbeit in der weiblichen Identitätsbildung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ggf. pflegender Tätigkeit, unterstützende Institutionen und Personen)
- Training sozialer (arbeitsbezogener) Kompetenzen
- Überprüfung und ggf. Verbesserung der Konflikt- und Streitkultur am Arbeitsplatz,
- Wertschätzung der eigenen fachlichen, arbeitsbezogenen Kompetenzen
- Erlernen von Fähigkeiten zur Durchsetzung eigener arbeitsbezogener Interessen (wie adäquate, gerechte Entlohnung, juristische/vertragliche und tarifrechtlicher Regelungen etc.)
- Bewerbungstraining
- Arbeitsplatzbezogene Interventionen
- Einzelgespräche mit Rehabilitandin und Betriebsangehörigen/Vorgesetzten
- Bilanzierung bei Arbeitsplatzpraktika und anderen Arbeitserprobungen
- Arbeitsplatzbesuche

Die hier aufgeführten Interventionen sind der Verweisliste 7.2 „Arbeitsbezogene Leistungen“ der KTL 2007 entnommen und im ambulanten Setting umsetzbar.

Je nach Bedarf der Rehabilitandinnen werden einzelne Interventionen in den Einzelsitzungen durchgeführt.

Ebenfalls bedarfsorientiert werden Gruppensitzungen zu den oben genannten Interventionen (Soziale Gruppenarbeit) durchgeführt.

4.7.6 Entspannungstechniken

Insbesondere im Zusammenhang mit der Bewältigung von Stresserleben und -verarbeitung spielen Entspannungstechniken eine große Rolle. Sie können das Stresserleben reduzieren.

Entsprechende Entspannungstechniken werden bei akutem Bedarf (z. B. Kopfschmerzen, Migräne, Muskelverspannungen, allgemeinem Angespanntheitsgefühl etc.) entweder in der Einzelsitzung oder in der Gruppensitzung vermittelt und als strukturiertes Angebot in Gruppensitzungen durchgeführt. Diese finden in regelmäßigen Abständen statt, so dass alle Rehabilitandinnen mit Entspannungstechniken vertraut sind .

Hierbei kommt der Akupunkturbehandlung nach NADA eine bedeutende Rolle zu. Ein entsprechendes Angebot wird regelhaft vorgehalten, so dass ein Einstieg nahezu jederzeit möglich ist.

4.7.7 Freizeitangebote

Konkrete Freizeitangebote sind im ambulanten Setting in der Regel nicht umsetzbar.

In Ausnahmefällen werden im Rahmen der Gruppengespräche einzelne Ausflüge und Veranstaltungsbesuche durchgeführt, die themenzentriert einen Erkenntnis- oder Erfahrungsgewinn vermitteln.

Die Gestaltung der eigenen Freizeit ist allerdings ein wichtiges Thema in der Behandlung und wird in mehreren Therapiezielen tangiert.

4.7.8 Sozialdienste

Im ambulanten Setting finden begleitende Hilfen im sozialen Umfeld häufig durch externe Berater_innen in entsprechenden Institutionen statt. In Einzelsitzungen sowie in den Gruppenangeboten zu arbeitsbezogenen Interventionen wird verstärkt auf externe Hilfs- und Beratungsmöglichkeiten hin orientiert und die Inanspruchnahme gefördert.

Insbesondere in der Arbeit mit Müttern minderjähriger Kinder ist die Kooperation und ggf. einzelfallbezogene Zusammenarbeit mit den Ämtern für Soziale Dienste (Jugendamt) obsolet. Eine entsprechende Kooperationsvereinbarung (siehe Kapitel 7) liegt vor.

Bei Bedarf geht es um entsprechende Hilfen zur Erziehung, durch externe Fachkräfte, die die suchtbelasteten Mütter entlasten und das Kindeswohl gewährleisten.

Entsprechende Besuche und Unterstützungsangebote werden themenzentriert ausgewertet und in die Gesamtbehandlung integriert.

Diejenigen begleitenden Hilfen im sozialen Umfeld, die in der Einrichtung durchgeführt werden können, beziehen sich in der Regel auf die in Kapitel 4.7.5 genannten Themen bezüglich der arbeitsbezogenen Interventionen und/oder auf Anschlussversorgungen wie z. B. Selbsthilfegruppen, Praktika und dergleichen.

Da ständig mindestens zwei Selbsthilfegruppen in der Beratungsstelle Frauenperspektiven verankert sind, ist ein Übergang in der Regel problemlos zu gestalten.

4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Wie in Kapitel 4.3.6 dargestellt, ist die Förderung eines salutogenetisch orientierten Gesundheitsverhaltens ein explizites Ziel der Behandlung. Neben den genannten Schwerpunkten der Gesundheit wie Komorbiditätsreduktion und der Veränderung des möglicherweise sexualisierten Körperkonzeptes sind insbesondere die Themen gesunde Ernährung und die Pathologisierung des weiblichen Körpers und weiblicher Erfahrungen entscheidend für eine langfristige Erhaltung der Gesundheit.

Hinlänglich bekannt ist der Zusammenhang zwischen Attraktivitätsvorstellungen bezogen auf den eigenen weiblichen Körper und exzessiven Diäten mit fatalen Folgen. Dieser Zusammenhang wird sowohl in den Einzelsitzungen als auch in mindestens einer Gruppensitzung aufgegriffen, so dass jede Rehabilitandin sich während der Behandlung mindestens einmal damit auseinandergesetzt hat und die Relevanz für die eigene Gesundheitsgestaltung prüfen kann.

Dies gilt im gleichen Maße für die Thematik: Pathologisierung des weiblichen Körpers, insbesondere im Zusammenhang mit Schwangerschaften, der monatlichen Periode und der Menopause und begleitenden Wechseljahressymptomen. Die überschnelle Verabreichung (fremd- oder selbstverordnet) aufgrund der Pathologisierung regelhafter Vorgänge im weiblichen Körper wird dabei mit seinen fatalen Gesundheitseffekten verdeutlicht. Auch mit dieser Thematik hat sich jede Rehabilitandin innerhalb der Behandlung mindestens einmal auseinandergesetzt.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Miteinbeziehung der Angehörigen in den Behandlungsprozess ist grundsätzlich mit Zustimmung oder auf Wunsch der Rehabilitandin möglich. In gemeinsamen Gesprächen werden die gewünschten Themen angesprochen.

In Einzelfällen und nach Absprache wird eine zweite Therapeutin hinzugezogen, insbesondere dann, wenn sich abzeichnet, dass um mehr als ein konflikträchtiges Problemgespräche mit dem Partner oder der Partnerin geht.

4.7.11 Rückfallmanagement

In der ambulanten Rehabilitation kommt dem Thema Krisenintervention und Rückfallbearbeitung eine große Bedeutung zu und damit verbunden die Arbeit an den (noch) vorhandenen Ressourcen bzw. dem Aktivieren von Ressourcen.

Häufig sind Krisensituationen mit Rückfallgefährdungen verbunden, so dass sich eine enge inhaltliche Verschränkung findet. Krisen, die durch äußere und innere Veränderungen und Entwicklungen entstehen, bringen in der Regel eine Destabilisierung sowohl auf der intrapsychischen als auch auf der interpersonellen und sozialen Ebene mit sich. Sie werden oft als akut, überraschend, mit dem Charakter des Bedrohlichen erlebt, sind mit Verlusten oder Kränkungen verbunden, stellen bisherige Werte und Ziele in Frage, erzeugen Angst und Hilflosigkeit, verlangen aber gleichzeitig nach realen Handlungsstrategien.

Ein transparenter und offener Umgang mit einem entmoralisierenden Verständnis von 'Krise' und eine *präventive* Auseinandersetzung mit den eigenen Copingstrategien und Ressourcen, ermöglicht den Rückgriff auf diese in akuten Krisen. Das Modell der **'5 Säulen der Identität'** wie es in der Integrativen Therapie entwickelt wurde, hat sich für uns als hilfreich erwiesen aktivierbare Ressourcen zu erkennen und eine gleichzeitige Labilisierung mehrerer Lebensbereiche zu verhindern.

In akuten Krisensituationen können innerhalb des ambulanten Settings *flexibel* sowohl Möglichkeiten einer erhöhten Frequenz von Einzelsitzungen, Telefonkontakten oder

einer Absprache, über einen gewissen Zeitraum nicht an der Gruppensitzung teilzunehmen, realisiert werden, wenn dies kurzfristig als überfordernd erlebt wird. Alltagsstrukturierende, stützende Maßnahmen begleiten die eigentliche **Krisenintervention**. In der Krisenbearbeitung unterscheiden wir folgende Etappen, die in der Regel nicht chronologisch abgearbeitet werden können, aber Anhaltspunkte für die Krisenintervention bieten:

- den Krisenanlass begreifen
- eine gemeinsame 'Krisendefinition' und Problemdefinition erarbeiten
- Gefühle wahrnehmen, kommunizieren und akzeptieren
- Rückgriff auf bewährte und gewohnte (Alltags-)Bewältigungsstrategien
- Konfrontation mit der Realität Ressourcen (re-)aktivieren
- neue Handlungsmöglichkeiten entwickeln
- Rückblick und Bilanz

In Absprache mit der Fachärztin kann im Einzelfall über die Notwendigkeit vorübergehender medikamentöser Unterstützung oder einer stationären Aufnahme beraten werden. Durch eine gute Vernetzung und Kooperation der Behandlungseinrichtung mit stationären Kliniken in Hamburg kann es im Einzelfall zu einer unbürokratischen kurzfristigen Aufnahme in ein Krankenhaus kommen, wenn dies für eine Patientin bspw. bei akuter Suizidalität oder drohender Dekompensation erforderlich sein sollte. In diesem Fall wird der Kontakt zur Rehabilitandin, der Klinik und zum Leistungsträger gehalten um kooperierend zu handeln.

Bedeutung von Rückfällen: Im Vergleich zu stationären Therapien kann es im Rahmen einer ambulanten Therapie häufiger zu Rückfällen kommen, da sich in dem alltäglichen Kontext der Rehabilitandinnen wesentlich mehr Versuchungssituationen und damit auch Möglichkeiten des Rückfalls bieten (vgl. Fachverband Sucht e.V. 1993). Rückfälle während der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme weisen zumeist auf Belastungen innerhalb und außerhalb der Therapie hin, die es zu verstehen und aufzuarbeiten gilt, soweit dies möglich ist. Die Reflektion von Alltagssituationen, in denen die Rehabilitandinnen mit Suchtmitteln konfrontiert sind sowie die Erarbeitung von Handlungsstrategien für gefährdende Situationen gehören daher ebenso in die Einzel- und Gruppenarbeit wie die Krisenintervention und Aufarbeitung von erfolgten Rückfällen.

Die Rehabilitandinnen verpflichten sich zu Beginn der Behandlung in Form eines Behandlungsvertrages auf jede Form von Suchtmitteln zu verzichten, es sei denn Medikamente sind von der Fachärztin des Behandlungsteams verordnet bzw. mit ihr abgesprochen. Die Rehabilitandinnen verpflichten sich, einen Rückfall offen und transparent in der Gruppe und im Einzelgespräch zu thematisieren und nach einem Rückfall mit dem Team abgesprochene entsprechende Schritte in die Wege zu leiten. Halten sich die Rehabilitandinnen nicht an die abgesprochenen Maßnahmen, kommt es zu einer Beendigung der ambulanten Therapie. Ein einmaliger Rückfall wird nicht automatisch als Behandlungsabbruch gewertet und führt nicht zwangsläufig zur sofortigen Beendigung der Therapie. Nach Abklärung des Rückfallgeschehens und je

nach den Möglichkeiten der Rehabilitandin, das Rückfallgeschehen zu stoppen, wird von dem therapeutischen Team im Einzelfall entschieden, ob eine Fortsetzung der ambulanten Therapie möglich ist oder nicht.

Präventive Maßnahmen : Bereits zu Beginn der Behandlung wird das Thema Rückfall angesprochen und es werden schriftliche Informationen zum Rückfall und zur Rückfallvorbeugung vermittelt und bearbeitet. Auf der Grundlage von Analysen zurückliegender Rückfallverläufe und auslösender Situationen werden Rückfallrisiken identifiziert und auf einer individuellen „Checkliste“ dokumentiert. Weiterhin beschäftigen sich die Rehabilitandinnen mit verschiedenen Möglichkeiten 'Ausrutscher' zu beenden, etwa durch Rückfallverträge, die regeln, an welche Hilfspersonen sich die Patientin nach einem Rückfall wenden könnte und wie diese Person unterstützend tätig sein könnte. Der Einsatz von Rollenspielen und anderen Übungen dienen dem Erlernen neuer, suchtmittelfreier Bewältigungskompetenzen, die Einbeziehung des Rückfallthemas in Paar- und Familiengespräche sowie die Konfrontation mit Rückfallauslösern 'in vivo' und die Vermittlung der Erfahrung, Versuchungssituationen widerstehen zu können, sind weitere präventive Maßnahmen, die im Rahmen der Rehabilitationsmaßnahme eingesetzt werden.

Rückfallbearbeitung : Bei akuter Rückfälligkeit ist die Teilnahme an der Gruppensitzung nicht möglich. In Einzelgesprächen mit der zuständigen Therapeutin werden kurzfristige Interventionsschritte vereinbart, wie das Rückfallgeschehen zu stoppen ist und ob eine Aufnahme in eine stationäre Entgiftung als notwendig angesehen wird oder welche anderen praktischen Veränderungsschritte und Unterstützungsmaßnahmen mit der Rehabilitandin geplant werden. Hierbei kann häufig auf die präventiv erarbeiteten Schritte zurückgegriffen werden. Eine vorübergehende freiwillige Abgabe von Urinkontrollen und/oder Alkoholtests sowie alltagsstrukturierende Maßnahmen können bspw. als zusätzliche Angebote der Behandlungseinrichtung in Anspruch genommen werden.

Nach einem Rückfall wird der psychische und situative Kontext der Entwicklung des Rückfalls in der Einzelsitzung und gegebenenfalls auch in der Gruppensitzung gemeinsam mit der Rehabilitandin analysiert. Ein Rückfall wird nicht moralisierend als 'Versagen' bewertet, sondern es geht darum die längerfristigen und kurzfristigen inneren und äußeren Auslöser des Rückfallgeschehens herauszuarbeiten, Entwicklungschancen und -risiken des Rückfalls zu begreifen und praktische Veränderungsschritte in die Wege zu leiten. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, in der Therapie zwischen einem 'Ausrutscher' und einem 'Rückfall' zu unterscheiden, weil der Abstinenzverletzungseffekt nach einem 'Ausrutscher' eine große Rolle für den weiteren Verlauf spielt. Wir beziehen uns hinsichtlich der Aufarbeitung des Rückfallgeschehens stark auf die fachlich überzeugenden Arbeiten von Körkel zu dieser Thematik (vgl. Körkel/Schindler 2003).

Gelingt es nicht, einen Rückfall durch die beschriebenen Interventionsschritte innerhalb einer Frist von wenigen Tagen aufzufangen und zu beenden, so ist die Voraussetzung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation nicht mehr gegeben. Wenn aufgrund der Entwicklung und der Intensität eines Rückfalls eine stationäre Entgiftung erforderlich ist, wird darüber unverzüglich der entsprechende Kostenträger der ambulanten Maßnahme informiert, der dann über die spätere Fortsetzung bzw.

Wiederaufnahme der ambulanten medizinischen Rehabilitation entscheidet. Die behandelnde Einrichtung gibt hierzu eine Empfehlung bezüglich der Fortsetzung oder Beendigung der Maßnahme ab, wobei diese abhängig ist vom Schweregrad des Rückfalls, der Bereitschaft und Fähigkeit, diesen zu analysieren und im Hinblick auf größere Selbstkompetenz zur Rückfallprophylaxe zu verarbeiten.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Wiederum aufgrund des ambulanten Settings ist eine Gesundheits- und Krankenpflege vor Ort nicht möglich. Dennoch spielt das Thema insbesondere in Behandlung der älteren Rehabilitandinnen ab 55 Jahren eine große Rolle. Durch vorzeitige Alterungsprozesse aufgrund exzessiven Alkoholkonsums und entsprechender Komorbidität benötigen einige entsprechende Unterstützungsmaßnahmen, die in akuten gesundheitlichen Krisen oder aufgrund der Chronifizierung dauerhaft nötig sind.

Die Vermittlung an und Kooperation mit Pflegediensten, die in der Arbeit mit suchtbelasteten Menschen erfahren sind, wird im Einzelfall aktiviert.

4.7.13 Hilfsangebote für suchtbelastete Mütter

Frauen mit Kindern sind eine besonders zu berücksichtigende Zielgruppe der ambulanten medizinischen Rehabilitation. Aufgrund politischer und fachlicher Diskussionen steht das Wohl von Kindern suchtbelasteter Eltern/Müttern zunehmend im Mittelpunkt.

Aufgrund der oft sehr schwierigen Lebenserfahrungen mit suchtbelasteten Eltern/Müttern entwickeln betroffene Kinder bspw. Störungen der Körperwahrnehmung, emotionale Defizite, aggressives Verhalten, mangelnde Wahrnehmung eigener/anderer Grenzen, und sind in erhöhtem Maße gefährdet, selbst eine Suchtmittelabhängigkeit zu entwickeln (vgl. Vogt 2002, 311ff).

Gemäß dem Grundsatz: eine Mutter, auch wenn sie suchtbelastet ist, wünscht sich, dass es ihrem Kind gut geht – bieten wir ihr Unterstützung bei Versorgungs- und Erziehungsproblemen an. So können Mütter Beratungsgespräche bezüglich pädagogischer Fragestellungen von einer qualifizierten Kinderschutzfachkraft der Beratungsstelle erhalten und werden bei Bedarf darin unterstützt, geeignete institutioneller Hilfs- und Fördermöglichkeiten in Anspruch zu nehmen.

Im äußerst seltenen Fall, wenn der Grundsatz nicht eingehalten wird, das Kindeswohl gefährdet ist und die Mutter Unterstützungs- und Hilfsmaßnahmen nicht annimmt, steht für uns die Parteilichkeit mit dem Kind an erster Stelle.

Die Zusammenarbeit der Ambulanten Sozialen Dienste (ASD) im Auftrag des SGB VIII und der Suchthilfe ist in Hamburg durch eine Kooperationsvereinbarung untermauert. Als Suchthilfeträger mit der Zielgruppe suchtbelastete Frauen/Mütter arbeiten wir einzelfallbezogen mit den jeweiligen Kollegen und Kolleginnen der verschiedenen ASD seit Jahren zusammen.

4.7.14 Weitere Leistungen – das Angebot der Kombinationstherapie

Neben den bisherigen Formen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist es in der Beratungsstelle Frauenperspektiven möglich, im Rahmen des Verbundsystems Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ eine modulare Behandlung einzuleiten und innerhalb des 52-Wochen-Behandlungsrahmens das ambulante Modul durchzuführen.

Im Rahmen der Kombinationstherapie sind je nach Indikation und individuellen Bedarfen die Übergänge zwischen stationärer, teilstationärer und ambulanter Rehabilitation innerhalb einer therapeutischen Maßnahme möglich.

Auf der Grundlage eines Gesamtbehandlungsplanes können individuell angepasste und damit bedarfsgerechte und gesetzlichen Zielen entsprechende Behandlungen erfolgen und Abbrüche verhindert werden.

Das Hamburger Verbundsystem *Kombinationstherapie Nord* garantiert lückenlose Übergänge zwischen der Einleitung, Beantragung und Durchführung der ambulanten, teilstationären und stationären Module der Kombinationsbehandlung.

In der Suchtberatung Frauenperspektiven werden Kombinationstherapien eingeleitet, beantragt und als ambulantes Modul durchgeführt, dokumentiert und gesteuert.

Eine erfolgreiche Behandlung, die potentielle Durchführung aller Module, wie ambulante, teilstationäre und stationäre Formen der Rehabilitation, sind durch die Partner_innen im Verbundsystem *Kombinationstherapie Nord* sichergestellt.

Die Auswahl des im Einzelfall beteiligten Kooperationspartners / der beteiligten stationären oder teilstationären Einrichtung im Verbundsystem erfolgt nach entsprechender Indikation und unter Berücksichtigung der Wünsche der Rehabilitandinnen.

Die Grundlage für die Kombinationstherapie ist im Wesentlichen die Konzeption der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig – Hannover, der Deutschen Rentenversicherung Nord, sowie der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen und die Neuerungen aus dem Merkblatt „Kombi-Nord“ der DRV Nord mit Stand vom 18.09.2009.

Behandlungsrahmen

Die Gesamtbehandlungszeit für die Kombinationstherapie beträgt 52 Wochen (1 Jahr). Innerhalb dieser Behandlungszeit können abgestimmt ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionsformen nach Maßgabe des individuellen Verlaufs und des Therapieprozesses zielorientiert in Anspruch genommen werden. Für jede Interventionsform ist ein eigenes Zeitbudget vorgesehen. Die Vernetzung zwischen den beteiligten Einrichtungen, d.h. die Abstimmung von Diagnostik, Behandlungsplan und Therapiezielen und die Dokumentation ist eine wesentliche Voraussetzung für die Kombinationstherapie.

Beantragung und Behandlungsplanung

Die Beantragung der Kombinationstherapie erfolgt bei Vorliegen der Indikation (s. u.) für diese Behandlungsform durch die beteiligte Beratungsstelle.

Hierbei wird die Planung der einzelnen Module von der Beratungsstelle unter Berücksichtigung der Vordiagnosen, der Komorbidität und weiterer bedeutsamer Kontextfaktoren vorgenommen.

Es ist auch möglich, aus einer Entwöhnungsbehandlung (ambulant oder stationär) bei entsprechender therapeutischer Stellungnahme und vorliegender Behandlungsplanung eine Umwandlung in Kombinationstherapie zu beantragen.

Indikation

Die Indikationsstellung berücksichtigt neben den u.g. Diagnosen insbesondere Längsschnittbetrachtungen aus der Lebens- und Krankengeschichte der Rehabilitandin.

Primärindikation:

Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen mit Abhängigkeitssyndrom, entsprechend F1x.2 (ICD-10).

Sekundärindikationen:

Begleitende psychiatrische Krankheitsbilder in Remission, wie

Begleitende Affektive Störungen

Begleitende neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen

Begleitende Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Begleitende Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

Für Rehabilitandinnen, die sich – trotz anderslautender therapeutischer Empfehlung - für eine ambulante Maßnahme entscheiden, besteht die Möglichkeit ambulant zu beginnen und nach dem ersten Rückfall oder bei einer zunehmend krisenhaften Entwicklung in eine stationäre oder teilstationäre Behandlung zu wechseln.

Die Sondermodule der Kombinationstherapie

Die Sondermodule greifen die Schnittstellenproblematik wie Verbesserung der Antrittsquote und des Übergangs zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen auf und sind regelhafter Bestandteil bei der Beantragung und Bewilligung der Maßnahme.

Als Sondermodule der Kombitherapie gelten folgende:

Das Ablauf-Controlling:

Zu Beginn der Behandlungsplanung wird Name und Telefonnummer der „Ablaufcontrollerin“ – AC – eingetragen. Diese bleibt Ansprechpartnerin für die Gesamtbehandlungsdauer. Sie nimmt ihre Funktion als Ansprechpartnerin und Ablaufverantwortliche für den Prozess gegenüber allen Beteiligten (Leistungsträger (DRV), Leistungsanbieter (Einrichtungen), der Versicherten) wahr und ist für die Organisation der Ablaufplanung der Kombinationstherapie zuständig.

Der Ablauf umfasst An- und Abmeldung, Organisation der Aufnahme/des Modulwechsels, Dokumentation der Leistungen /Stunden und deren Abrechnungen sowie die Prozessverantwortung.

In der Suchtberatungsstelle Frauenperspektiven wird das „Ablaufcontrolling“ überwiegend von der Verwaltungskraft durchgeführt.

Die Übergabegespräche

Die Übergabegespräche werden von je einem Vertreter/einer Vertreterin der behandelnden Einrichtungen und der Rehabilitandin durchgeführt. Grundsätzlich werden die Übergabegespräche als persönliche Dreier-Konferenz oder im Rahmen einer Video Konferenz erfolgen. Telefonische Übergabegespräche finden als eine gegenüber dem Kostenträger zu begründende Ausnahme statt. Diese Übergaben sollen der individuellen Behandlungsbedarfe, der gezielten Zusammenarbeit, der Ressourcennutzung und damit einem therapeutischen Gesamtkonzept dienlich sein. Sie sollen Transparenz über den aktuellen Therapiestand herstellen und der weiteren Planung im nächsten Behandlungsmodul dienen. Die bestehende, fortlaufende Dokumentation des jeweils aktuellen Therapiestandes bildet dafür die Grundlage.

Die Belastungserprobung für ambulante Therapie (BEAT)

Die Belastungserprobung bietet der abstinentzfähigen Rehabilitandin die Möglichkeit eines leichteren Übergangs vom stationären Setting in das ambulante Setting. Die Rehabilitandin kann noch während des stationären Aufenthaltes an einem therapeutischen Gespräch in der die Behandlung fortsetzenden Einrichtung teilnehmen. So kann sie die neue Einrichtung und ihre zukünftige Bezugstherapeutin kennen lernen und eventuell vorhandene Ängste abbauen. Die Belastungserprobung aus dem stationären Setting heraus ist auch eine Möglichkeit die Abstinenz im häuslichen sozialen Kontext zu erproben.

Während der gesamten Behandlungsdauer können indikationsabhängig und maximal 3 BEAT durchgeführt und abgerechnet werden.

Qualitätszirkel

Die an der *Kombinationstherapie Nord* beteiligten Einrichtungen arbeiten im Rahmen eines Qualitätszirkels zusammen, um Schnittstellenübergänge zu optimieren und eine effektive Nutzung der Verwaltungs- und Behandlungsprozesse zu gewährleisten.

Ferner soll eine engere Vernetzung der einzelnen Behandlungsmodule erreicht werden. Der Qualitätszirkel wird einmal im Quartal stattfinden.

Dokumentation und Berichterstattung

Die Dokumentation ist fortlaufend und so organisiert, dass sie unmittelbar der Entlassungsberichterstattung dient und den aktuellen Stand im Behandlungsverlauf dokumentiert. Die Berichte werden modulbezogen von dem behandelnden Leistungserbringer verfasst und verantwortet.

Qualitätsmanagement

Die spezifischen Prozesse der Kombinationstherapie Nord, ihre Überprüfung und Verbesserung sind Bestandteil des internen Qualitätsmanagements.

Das ambulante Modul der Kombinationstherapie in den Sucht- und Drogenberatungsstellen im Großraum Hamburg

Bei Bewilligung einer Kombinationstherapie Nord durch die DRV Nord wird unter Berücksichtigung der besonderen Vorgaben und Sondermodule die Behandlung gemäß individueller Behandlungsplanung begonnen.

Der Behandlungsprozess kann mit dem ambulanten Modul beginnen, das dann durch ein stationäres Modul ergänzt wird, um mit dem ambulanten Modul abzuschließen.

Vielfach wird der Behandlungsprozess mit dem stationären Modul beginnen, um die Abstinenzfähigkeit zu festigen, einen Abstand zum Lebensalltag zu erreichen und nach entsprechender Diagnostik und Zielplanung erste Schritte in der Umsetzung zu erreichen. Entsprechend wird der Übergang in das ambulante Modul unter Berücksichtigung der Sondermodule ermöglicht und umgesetzt.

Die **Ziele des ambulanten Moduls im Rahmen der Kombinationstherapie** bei Frauenperspektiven entsprechen denen der ambulanten Rehabilitation in unserer Einrichtung (siehe dazu auch Kap 5ff).

Die zentralen Ziele der Behandlung sind die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der funktionalen Gesundheit. Das bedeutet insbesondere die Wiederherstellung der Aktivität und Teilhabe (ICF). Die Rehabilitandinnen können sich (wieder) als aktiv Gestaltende sowohl im Erwerbsleben als auch in ihrem Alltag erleben und eine berufliche Perspektiv entwickeln ohne die die Teilhabe und Partizipation in unserer Gesellschaft nicht möglich und eine stabile Abstinenzmotivation sehr schwer zu erreichen ist.

Bei der Diagnostik, der Behandlungsplanung und der Behandlung werden weibliche Lebenserfahrungen, Denk- Fühl- und Handlungsweisen im Rahmen der biographischen Entwicklung und Erfahrungen hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Suchtentwicklung und deren –überwindung beleuchtet.

Die Einbeziehung relevanter Bezugspersonen auf Wunsch oder mit Zustimmung der Rehabilitandin in die Therapie ist selbstverständlicher Bestandteil der Behandlung.

An der Durchführung der Kombinationstherapie sind die Einrichtungsärztinnen, die Bezugstherapeutinnen und die Gruppentherapeutinnen beteiligt und wie in der ambulanten Rehabilitation ist die Aufnahme, Indikationsstellung, Anamnese und Behandlungsplanung ein intern abgestimmter Prozess.

Das ambulante Behandlungsmodul kann bis zu **80 Therapieeinheiten** für die Rehabilitandin umfassen und maximal **12 Bezugspersonengespräche**.

Neben der Einzeltherapie ist die Teilnahme an der Therapiegruppe ein wesentliches Element.

Die aktuelle Behandlungsplanung, die Behandlungsangebote und die individuellen Therapieziele werden auf der Grundlage der Diagnosen, Behandlungsvorerfahrungen und in Abstimmung mit der Patientin entwickelt und durchgeführt.

Verbund / Vernetzung

Für die Rehabilitandinnen mit der Primärindikation Abhängigkeitssyndrom wurde bisher ein Konzept der modularen Kombinationstherapie im regionalen Verbund Niedersachsen / Hamburg entwickelt. Dem Verbund gehören alle Einrichtungen des Verbundsystems „Kombi-Nord“ an.

Ein gemeinsames Störungsmodell (bio-psycho-sozial), Gender-Mainstreaming als Leitlinie, das Modell der „allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe, sowie motivierende Gesprächsführung als gemeinsame Grundhaltung im Verbundsystem und eine strikte Ressourcenorientierung ermöglichen eine zielorientierte, individuell abgestimmte und Abstinenz sichernde Behandlung.

Die Suchtberatungsstelle Frauenperspektiven bietet eigene Selbsthilfegruppen an und ist darüber hinaus eng mit den Selbsthilfeorganisationen und teils frauenorientierten Beratungen anderer Arbeitsbereiche in der Stadt vernetzt, so dass ein erfolgreiches Zusammenwirken von ehrenamtlicher Arbeit, professioneller Behandlung sowie unterstützender professioneller Beratung zu speziellen Fragen erfolgen kann.

4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Eine Beendigung der medizinischen Rehabilitation ist dann nicht regulär, wenn ein Rückfall in einen anhaltenden Konsum übergeht oder wenn ein Rückfall in der Einzelsitzung und in der Gruppe nicht offen angesprochen wird. In Einzelfällen ist es dann nicht mehr möglich, dass die Rehabilitandin zur ärztlichen und psychiatrischen Abschlussuntersuchung erscheint. In diesen Fällen wird ein Abschlussbericht mit den vorliegenden Daten durch die Ärztin und die Therapeutin verfasst.

Ein weiterer Grund die Therapie zu beenden ist eine immer wieder kehrende Unverbindlichkeit bei der Terminwahrnehmung. In diesen Fällen wird genauso verfahren wie oben aufgeführt.

Rückfälle werden wie in Kapitel 4.7.11 beschrieben bearbeitet.

Wie im Kapitel 4.2 dargestellt, wird bei Vorliegen von Kontraindikationen wie zum Beispiel bei akuten suizidalen oder psychotischen Krisen die Therapie unterbrochen oder ggf. beendet.

Wie im Phasenmodell in Kapitel 4.5 beschrieben, findet die Vorbereitung der Klientinnen auf ihre reguläre Entlassung in der Abschlussphase statt. Anregungen, die Kontaktaufnahme sowie entsprechende erste Schritte (Anträge, Bewerbungsgespräche etc.) bezüglich weiterführender oder weiteren Maßnahmen werden zielbezogen in der Abschlussphase entwickelt und eingeleitet.

Wenn Therapeutin und Rehabilitandin in den zielorientierten Bilanzierungsgesprächen in der Abschlussphase übereinkommen, dass die Qualität oder das Ausmaß der Zielerreichung eine Verlängerung indiziert, dann erfolgt eine medizinische Untersuchung durch die Ärztin mit einem Drogenscreening oder eine Blutuntersuchung und ergebnisabhängig wird ein Verlängerungsantrag gestellt.

Bei einer regulären Entlassung kommt es zu der formalen Beendigung, einer damit verbundenen Entlassungsuntersuchung und der Formulierung der sozialmedizinischen Beurteilung durch die Ärztinnen. Die Ergebnisse werden im einheitlichen Entlassungsbericht nach Leitfaden der DRV von der untersuchenden Ärztin/der leitenden Ärztin niedergeschrieben und zeitnah an den Leistungsträger versandt.

Eine reguläre Entlassung setzt folgende Kriterien voraus: Hinreichende Sicherung der Abstinenzmotivation und weitest gehende Sicherung der Erwerbsfähigkeit sowie die damit verbundene positive Prognose.

5 Personelle Ausstattung

Alle Grund- und Zusatzqualifikationen sowie der Umfang der Beschäftigung des Personals der medizinischen Rehabilitation wurden im Einzelfall sowohl von der Deutschen Rentenversicherung Nord als auch von der Deutschen Rentenversicherung Bund überprüft und bestätigt.

Alle Personaldaten sind im Personalstrukturhebungsbogen (Anlage 1) aufgelistet. Dieser wird halbjährlich aktualisiert und fristgerecht an die DR Nord und an die DRV Bund versandt.

5.1 Das medizinisch-therapeutische Team

Die Leitung des interdisziplinären Teams (siehe auch Anhang 1) und die inhaltliche und formale Verantwortung für die ambulante medizinische Rehabilitation obliegen einer **Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie**. Die ärztliche Tätigkeit der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie findet sowohl in der - der Behandlung vorausgehenden - Motivationsphase als auch im Rahmen der ambulanten medizinischen Rehabilitation statt. Zu den Tätigkeiten der Fachärztin gehören:

- Anamneseerhebung, neurologische und psychiatrische Untersuchung mit Befunddokumentation; evtl. Empfehlung weiterer Diagnostik und ggf. Therapie
- Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten
- Indikationsstellung, d.h. Entscheidung über die Art der Rehabilitationsmaßnahme
- Erstellung eines individuellen Rehabilitationsplanes (bspw. Therapiefrequenz, ergänzende Therapieangebote)
- Verlaufsuntersuchung und Dokumentation
- Teilnahme an Fall- und Teambesprechungen, ärztliche kollegiale Beratung
- Zwischenuntersuchungen
- Abschlussuntersuchungen
- Erstellung der Entlassungsberichte

Eine im Suchtbereich erfahrene **Fachärztin für Allgemeinmedizin** ist ebenfalls konsiliarisch tätig und zuständig für:

- Die allgemeinärztliche körperliche Untersuchung
- Anamneseerhebung
- Zwischenuntersuchung
- Abschlussuntersuchung
- Evtl. Empfehlung weiterer Diagnostik und ggf. Therapie

- Kontakthaltung mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten
- Teilnahme an Team- und Fallbesprechungen

Zusätzlich zu den o.g. Tätigkeiten gehört zu ihren Aufgabenbereichen das Angebot von Einzel- und Gruppenberatungen für die Klientinnen zu gesundheitlichen Themen, z.B. Ernährung, Hygiene, Aids, Hepatitis, Psychosomatische Beschwerden, Möglichkeiten der Akupunktur.

Das Team besteht aus:

1 Diplom-Psychologin, Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin

1 Diplom-Psychologin, VDR-anerkannte Zusatzqualifikation als Suchttherapeutin

1 Diplom-Sozialpädagogin, VDR-anerkannte Zusatzqualifikation als Suchttherapeutin

1 Diplom-Sozialpädagogin, VDR-anerkannte Zusatzqualifikation als Suchttherapeutin.

Das Team wird von einer externen Supervisorin, Psychotherapeutischen Psychologin und Supervisorin (BDP) supervidiert.

5.2 Qualifikationen

Alle Kolleginnen verfügen über langjährige Berufserfahrungen in der Sucht- und Frauenarbeit bzw. in anderen psychosozialen/psychotherapeutischen Berufsfeldern sowie über abgeschlossene bzw. begonnene therapeutische VDR-anerkannte Zusatzqualifikationen.

Die Berufserfahrung der Therapeutinnen bezieht sich neben der Behandlung von Sucht auch auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppe Frauen. Die Berufserfahrung enthält somit Schnittstellenkompetenzen.

Die Praxis basiert auf der Grundlage bestehender Konzepte, die durch innovative Arbeitsansätze, kontinuierliche Praxisreflektion und konzeptuelle Weiterentwicklung zu kennzeichnen ist. Berufserfahrung bezeichnet hier also immer auch die prozessorientierte Auswertung und Veränderung der praktischen Arbeit. Wesentliche Bezugspunkte dieser Praxisreflektion sind dabei die Erkenntnisse der frauenspezifischen Beratung und Therapie, spezielle inhaltliche Fragen der Frauensuchtarbeit und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie.

Durch die methodisch vielfältigen psycho- und sozialtherapeutischen Ausbildungen der Therapeutinnen erhält die ambulante medizinische Rehabilitation einen hohen fachlichen Standard. Alle Kolleginnen besuchen regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen und Tagungen zu inhaltlichen Fragen, die sich in der therapeutischen Arbeit mit suchtmittelabhängigen Rehabilitandinnen stellen. Die Praxisreflektion und Weiterentwicklung der Frauensuchtarbeit wird insbesondere durch die bundesweite Vernetzung und Praxisreflektion der Frauensuchteinrichtungen in kontinuierlichen Arbeitstreffen zur Weiterentwicklung der Qualität frauenspezifischer Suchttherapie gewährleistet.

Frauenspezifische therapeutische Zusatzausbildungen und die Berufserfahrungen in der Frauen-Sucht-Arbeit haben eine besondere Relevanz für unser spezielles Klientel, da die Kolleginnen für ihre therapeutische Arbeit insbesondere Fachwissen über psychische Verarbeitungsweisen von Frauen benötigen, das sie in anderen anerkannten Zusatzausbildungen und entsprechend in vielen Studiengängen nicht in ausreichendem Maße finden. Anerkannte Zusatzausbildungen weisen zumeist entsprechende Lücken in ihren therapeutischen Konzeptionen auf und müssen von den Kolleginnen häufig erst in Hinblick auf die frauenspezifische Suchtarbeit 'übersetzt' werden.

6 Räumliche Gegebenheiten

Die Einrichtung der ambulanten medizinischen Rehabilitation befindet sich im Gebäude der Beratungsstelle Frauenperspektiven. Die Räume sind den einzelnen Arbeitsbereiche (Beratung und medizinische Rehabilitation) zugeordnet. Gemeinsam genutzte Räume sind mit Sanitär- und technischen Anlagen ausgestattet.

Das vorhandene großzügige Foyer mit einem zusätzlichen Aufenthaltsraum, die 7 Beratungs-/Therapieräume, zwei Gruppenräume, eine großzügige Küche mit Essplatz für die Kolleginnen, ein Kopier- und Materialraum, drei Toiletten, ein kleiner Sanitärraum mit Waschmaschine und Wäschetrockner und ein Ärztinnenzimmer sind für die Durchführung der Maßnahmen im Rahmen der Beratung und der medizinischen Rehabilitation sehr geeignet.

Das Ärztinnenzimmer ist mit einer Liege, einer Waage, einem Längenmaß, einem Blutdruckmessgerät, einem Atem-Alkoholtestgerät und weiteren kleinen Untersuchungsinstrumenten, Desinfektionsmitteln, Verbandsmaterial und üblichem Büromobiliar, inklusive PC und Aktenschrank ausgestattet.

Alle Räume der Einrichtung sind Lichtdurchflutet, modern, stilecht und geschmackvoll eingerichtet und unterstreichen den frauenspezifischen Arbeitsansatz.

Eine Rampe für Rollstuhlfahrerinnen ist vorhanden, so dass die Teilnahme an Einzel- und Gruppengesprächen gewährleistet ist, da einer der beiden Gruppenräume im Hochparterre untergebracht ist.

Telefonanschluss, Postadresse, Faxgerät, Computer, Materialien und die Nutzung eines Verteilers für die Öffentlichkeitsarbeit werden gemeinsam mit der Beratungsstelle Frauenperspektiven genutzt.

7 Kooperation und Vernetzung

Um eine kontinuierliche **Vernetzung** zu gewährleisten, ist der Träger Frauenperspektiven in wesentlichen Gremien im Sucht- und Drogenhilfebereich und im Frauenbereich vertreten, bspw. im *Fachrat der ambulanten Sucht- und Drogenhilfe Hamburg* (Koordinationsgremium der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz der FHH und TrägervertreterInnen), *Arbeitskreis Frauen und Sucht*, *pro:fem e.V.* (Verbund der Hamburger Frauen- und Mädcheneinrichtungen), Fachausschüsse (FAS) unter Federführung der *Hamburgischen Landesstelle für Suchtfragen*: *FAS Alkohol*, *FAS Drogen*, *FAS Essstörungen*, *FAS Kinder von suchtbelasteten Eltern*, *FAS Migrantinnen* und Mitgliedschaft im Vorstand des Hamburger *BADO* (Basisdatendokumentation) e.V. und des *FLAKS* (Frauen Lernen Arbeit Kontakt Service) e.V. und bundesweit im *FrauenNetzwerkSucht* sowie im *Feministischen Verbund der bundesweiten Frauen- und Mädchensuchthilfeeinrichtungen* und im *FDR* (Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V.). Darüber hinaus beteiligt sich der Träger aktiv an entsprechenden Qualitätszirkeln und an der Entwicklung von **Rahmen- und Kooperationsvereinbarungen**, die Schnittstellenprobleme verbessern und eine integrierte Versorgung ermöglichen, wie

- die „Rahmenvereinbarung zwischen den Freien Trägern der Suchtkrankenhilfe und der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit über Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit in Hamburg“ vom 23.01.2006,
- die „Rahmenvereinbarung zur Kooperation >>Suchtgefährdete und suchtkranke schwangere Rehabilitandinnen und Familien mit Kindern bis zu einem Jahr<< vom 13.02.2008 und
- die „Kooperationsvereinbarung zwischen den Trägern der Suchthilfe und dem Allgemeinen sozialen Dienst Hamburg“ vom 17.11.2009 und
- die Konzeption der Beratungsstelle Frauenperspektiven vom Dezember 2013 (in Arbeit), die auf einem Frauengerechten Arbeitsansatz basiert, der in Kapitel 2. verdeutlicht wird.

Außerdem fühlen wir uns in besonderer Weise dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AAG) vom 14. August 2006 und dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) vom 27.04.2002 verpflichtet und bemühen uns allen Rehabilitandinnen den Zugang zu unserer Einrichtung potentiell zu ermöglichen.

8 Maßnahmen und Qualitätssicherung

Die Überprüfung und Sicherung der Qualität der Arbeit in allen Tätigkeitsfeldern der medizinischen Rehabilitation gewährleistet ein Qualitätsmanagement, das auf der folgenden Grundlage im Entwicklungsprozess ist: *Qualitätskriterien für ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für ambulante Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen nach §137d SGB V vom 08.12.2011* sowie der *Selbstbewertungsbogen internes Qualitätsmanagement für ambulante Reha-Einrichtungen und stationäre Vorsorgeeinrichtungen vom 30.06.2010* des Gemeinsamen Ausschusses nach §137 SGB V. Der Selbstbewertungsbogen wird fristgerecht zum 30.06.2014 zur externen Prüfung der DRV Nord vorgelegt.

Die Ziele der Qualitätsentwicklung und –sicherung in der ambulanten medizinischen Rehabilitation sind teilweise identisch mit den Zielen der internen Qualitätssicherung des Trägerverbundes Frauenperspektiven e.V. Das Qualitätsmanagement bezieht sich ausdrücklich auf die Qualität der Arbeit und auf Verfahrens- und Ablaufsysteme, die zurzeit über interne Verfahren nicht vollständig erfasst sind.

Dokumentierte Standards werden regelmäßig überprüft, bewertet und verbessert. Dies findet auf den wöchentlichen Teamsitzungen statt.

Ein formuliertes wesentliches Ziel ist die **Verbesserung der Behandlung und Optimierung der Prozessgestaltung**. Ausgehend von der vorliegenden Konzeption sind einige von den Zielen abgeleitete Behandlungsleitlinien in Form von Qualitätsstandards entwickelt und dokumentiert, die jeder Therapeutin jederzeit zugänglich sind. Deren Überprüfung findet statt über fallbezogene interne und externe supervisorisch angeleitete Reflektionen im Team.

Bezogen auf die Behandlungsziele der Rehabilitandinnen werden dokumentierte Behandlungspläne sowie deren Überprüfung und Veränderungsbedarfe gemeinsam mit der Rehabilitandin entwickelt, verändert und dokumentiert.

Über bedarfsgerechte Fortbildungen und Teilnahme an Fachtagungen und Kongressen wird die Aktualisierung der fachlichen Qualifizierung der Therapeutinnen sichergestellt.

Evaluation und Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen werden im Rahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt und weiterentwickelt.

Frauenperspektiven e.V. beteiligt sich an der Hamburger Basisdatendokumentation (BADO) im ambulanten Sucht- und Drogenhilfesystem und arbeitet im Fachvorstand des BADO e.V. an der Ausdifferenzierung und Auswertung der Basisdatendokumentation und der Entwicklung einer Verlaufsdokumentation mit. Die BADO-Datenerfassung ist mit dem deutschen Kerndatensatz kompatibel, sodass die Klientinnen bezogenen, anonymisierten Daten in die bundesweiten Datenerhebungen und in die Berichte der EU einfließen.

Im Rahmen der Basisdatenerhebung ist eine einrichtungsbezogene Auswertung möglich. Sie ist die Grundlage für die interne Qualitätssicherung und –entwicklung. Die einrichtungsbezogene Erfolgskontrolle, die Kontrolle der Erreichung der Behandlungsziele wird, soweit die dafür notwendigen Daten in der Basisdatendokumentation (BADO) erfasst sind, regelmäßig einmal jährlich nach Erscheinen der einrichtungsbezogenen Auswertung durchgeführt. Die Zielerreichung wird analysiert, bewertet und ggf. werden neue Maßnahmen entwickelt.

Folgende Dokumentations- und Evaluationssysteme gehören zum Standard unserer Qualitätssicherung:

Berichtswesen (Leistungsdokumentation (Therapeutische Leistungen und Interventionen/KTL) in Abschlussberichten .

Basisdatendokumentation (BADO) inkl. einer Verlaufsdokumentation (Verlaudo) und der ausführlichen Besprechung der einrichtungsbezogenen Datenauswertung und eine Rehabilitandinnen-Befragung/Katamnese.

Die rechtzeitige Erstellung des Entlassungsberichts unter der Verantwortung der Ärztin und unter Berücksichtigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der med. Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Qualitätssicherung nach §20 SGB IX hat begonnen.

Die Teilnahme an Qualitätszirkeln (Kombi-Nord; FrauenNetzwerkSucht)

Entsprechende Veranstaltungen der Paritätischen Gesellschaft für Qualität und Management.

9 Kommunikationsstruktur/Therapieorganisation

Die Kommunikation der Therapeutinnen und Ärztinnen innerhalb der ambulanten medizinischen Rehabilitation findet zentral in Form von wöchentlich Teamsitzungen unter Aufsicht und Gesamtverantwortung der leitenden Ärztin statt.

In ihnen werden sämtliche wiederkehrenden, organisatorischen und Rehabilitandinnen orientierten Regelungsbedarfe abgearbeitet.

Darüber hinaus ist die interne fallbezogene Supervision (Fallbesprechung) unter Leitung der Ärztin wesentlicher Schwerpunkt.

Regelmäßig finden Sitzungen zur Qualitätssicherung und Überprüfung statt. Sie sind in die wöchentliche Teamstruktur in Form eines festen Tagesordnungspunktes integriert.

Über diesen Standard hinaus anfallende bedarfsorientierte Besprechungen werden von denjenigen einberufen, die einen Gesprächsbedarf haben.

Die Rehabilitandinnen bezogenen Daten und Belange unterliegen der Schweigepflicht.

Sämtliche im Teamzusammenhang oder im Klientinnenzusammenhang dokumentierte Daten werden entweder in verschließbaren Schränken und/oder mit Passwörtern geschützten EDV-Ordnern geschützt.

Die Archivierung der Rehabilitandinnenakten erfolgt in einem eigens dafür geeigneten, verschließbaren metallenen Aktenschrank, zu dem ausschließlich die damit arbeitenden Fachkräfte Zugang haben.

10 Notfallmanagement

Die Maßnahmen zur *Wahrung der Sicherheit, Hygiene und zum Arbeitsschutz* haben das Ziel, die Gesundheit und das Wohlergehen und die Sicherheit der Rehabilitandinnen und die der Mitarbeiterinnen des Trägers zu erhalten und zu schützen.

Zu diesem Zwecke sind *Feuermelder und -löscher* vorhanden und werden regelmäßig gewartet. Die Kennzeichnung von *Fluchtwegen* ist ebenso gewährleistet wie *Hygienemaßnahmen* (Papierhandtücher, Seifen- und Desinfektionsmittelpender) in den Sanitäräumen. Informationen zu *Erste-Hilfe-Maßnahmen und Notrufnummern* sowie zu *akuten Gefährdungen*, bspw. zu Infektionswegen der „Schweinegrippe“, sind gut sichtbar aufgehängt.

An *Erste-Hilfe-Kursen* nehmen alle Mitarbeiterinnen in regelmäßigen Abständen teil.

Die *Regelungen des Arbeitsschutzgesetzes* werden eingehalten. Verletzungsrisiken und arbeitsfeldspezifische Umgebungs- und organisationale *Belastungs- und Gefährdungsanalysen* sind in Zusammenarbeit mit einer Betriebsärztin und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit auf der Basis einer Gefährdungsanalyse durchgeführt.

Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wie die Entwicklung von internen Maßnahmen zur *Psychohygiene* oder die Teilnahme an einer speziellen *Rückengymnastik* (bspw. Pilates oder Yoga) finden regelmäßig statt.

Zum Zwecke der Gesundheitserhaltung der Mitarbeiterinnen im Sinne einer betrieblichen Gesundheitsförderung werden *Fortbildungen* und die Teilnahme an *Fachtagungen*, sowie fallbezogene kollegiale *Intervisionen* und regelmäßig stattfindende *Teamsupervisionen* grundsätzlich ermöglicht, da sie Überforderungen, Stress- und psychosomatische Folgeerkrankungen oder Sekundärerkrankungen (Sekundärtraumatisierung) verhindern helfen.

Gemäß den Vorgaben der Berufsunfallversicherung (bgw) sind *Notausgänge* gekennzeichnet und werden von der Verwaltungskraft regelmäßig überprüft.

Im Notfall werden von der anwesenden Therapeutin oder Ärztin entsprechende *Notfall-Sofortmaßnahmen* wie in den Erste-Hilfe-Kursen erlernt, ergriffen. Sollte keine Ärztin im Hause sein, so können beide in ihrer Praxis erreicht und zu Rate gezogen werden. Sollte eine akute sofortige medizinische Hilfe nötig sein, so wird diese über die *Notrufnummer 112* umgehend angefordert.

Für den Notfall einer Mitarbeiterin steht die *Betriebsärztin* zur Verfügung. Im Falle, dass sie nicht vor Ort und nicht erreicht werden kann oder auch im Falle eines akuten Handlungsbedarfes wird über die Notrufnummer 112 sofortige medizinische Hilfe umgehend angefordert.

11 Fortbildung

Die Therapeutinnen nehmen regelmäßig an Fortbildungen, Kongressen und Weiterqualifizierungsmaßnahmen teil.

Aufgrund der hohen Komorbiditätsrate werden Fortbildungen zu den verschiedenen Begleiterkrankungen wahrgenommen.

Die Entscheidung welche Fortbildung wahrgenommen wird, wird in Absprache mit der Leitung gefällt. Entscheidende Kriterien für die inhaltliche Auswahl sind die Bedarfe der therapeutischen Arbeit, das Erscheinen neuer Forschungs- und Studienergebnisse sowie aktuelle Entwicklungen und Veränderungen im Suchtverhalten von Frauen. Wobei Klientinnen bezogene und Mitarbeiterinnen bezogene Aspekte berücksichtigt werden.

Neben Fortbildungen externer Bildungseinrichtungen werden interne Fortbildungen von der Geschäftsleitung organisiert und in Bezug auf das jeweilige Thema kompetenten Therapeutinnen/Ärztinnen angeleitet. So wird eine Gesamt-Kompetenzerweiterung des Teams der ambulanten medizinischen Rehabilitation gewährleistet.

Sie thematisieren in der Regel Suchtmittel übergreifende Problemstellungen und Handlungskonzepte.

12 Supervision

Alle an der ambulanten Rehabilitation mitwirkenden Kolleginnen nehmen einmal wöchentlich an der Teamsitzung teil, die zur Fallbesprechung, Gruppenprozessanalyse und -planung, zur Vertiefung diagnostischer und therapeutischer Fragestellungen sowie zur kollegialen Beratung und internen Fallsupervision genutzt. Unter Leitung und Verantwortung der leitenden Ärztin genutzt wird.

Die therapeutische Arbeit wird einmal monatlich extern von einer externen Supervisorin, mit der Qualifizierung psychologische Psychotherapeutin mit Approbationsurkunde und mit einer Anerkennung als Supervision durch die Deutsche Psychologen Akademie sowie mit langjähriger Erfahrung in der Suchtarbeit, supervidiert.

Fallbezogene Diagnostik, Therapieplanung, gruppendynamische Prozesse, methodische Überlegungen, Übertragungs- und Gegenübertragungspänomene in der therapeutischen Arbeit sind Gegenstand der Supervision.

Darüber hinaus wird die teambezogene kollegiale Zusammenarbeit sowie fachliche konzeptuelle Weiterentwicklung von Qualitätsstandards der Einzel- und Gruppentherapie supervisorisch durch die externe Supervisorin und im Rahmen der Teamsitzungen durch die leitende Ärztin begleitet.

Alle in der ambulanten medizinischen Rehabilitation tätigen Therapeutinnen sind verpflichtet, sowohl an den internen als auch an den externen Supervisionen teilzunehmen.

13 Therapievertrag

Die Rehabilitandinnen schließen zu Beginn der ambulanten Therapie einen Therapievertrag ab, in dem die verbindliche Teilnahme an Gruppen- und Einzelgesprächen, Urlaubsregelungen, der Umgang mit Rückfällen sowie die Frage der Schweigepflicht geregelt sind. Ein Vertragsbruch kann zur Beendigung der ambulanten Rehabilitationsmaßnahme führen.

Verstöße gegen die Rückfallregelung, Schweigepflichtverpflichtung, die Gruppenregeln und bei Nichteinhaltung der verbindlichen Teilnahme an Gruppen und Einzelterminen führen zum Therapieabbruch durch die Therapeutinnen. In einem Abschlussgespräch werden die Gründe dafür erläutert.

14 Literatur

- Arbeitsgruppe OPD-2:** 2006: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, Das manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern
- BADO e.V. (Hg.)** 2013/1: Statusbericht der Hamburger Basisdatendokumentation 2012. Hamburg
- BADO e.V. (Hg.),** 2013/2: Einrichtungsbezogene Basisdatendokumentation Beratungsstelle Frauenperspektiven 2012, (unveröffentlicht)
- Bilden, Helga** (Hg.), 1992: Das Frauentherapie-Handbuch. München.
- Dies.,** 1989: Geschlechterverhältnis und Individualität im gesellschaftlichen Umbruch. Göttingen.
- Bilitza, Klaus-Walter** (Hg.,) 1993: Suchttherapie und Sozialtherapie. Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis. Göttingen.
- Bilitza, Klaus-Walter, Heigl-Evers, Annelise,** 1993: Suchtmittel als Objekt-Substitut. Zur Objektbeziehungstheorie der Sucht. In: Bilitza 1993. 158 ff.
- Bosselmann, Rainer, Lüffe-Leonhardt, Eva, Gellert, Manfred,** 1993: Variationen des Psychodramas. Ein Praxisbuch - nicht nur für Psychodramatiker. Kiel.
- Bundesärztekammer (Hg), Bühren, a u.a.,** 2007: Einige Zahlen zum Gebrauch von psychotropen Medikamenten – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit; Leitfaden für die ärztliche Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH. 12.
- Fachverband Sucht e.V.,** 1993: Ambulante und stationäre Suchttherapie - Möglichkeiten und Grenzen. Geesthacht.
- Fliß, Claudia, 2008:** Ambulante Traumatherapie. In: Handbuch Trauma und Dissoziation. Lengerich.
- Freytag, Gabriele,** 1994: Partei ergreifen für die Frau. - Feminismus und Psychotherapie. In: Ursula Nuber: Bin ich denn verrückt? Was Psychotherapie für Rehabilitandinnen leistet und was nicht. Zürich. 146-157.
- Glaeske, Gerd, 2012:** Statement „Viele richtige und wirtschaftliche Mittel werden zum Nutzen für BARMER GEK Versicherte verordnet – aber auch zu viele richtige Mittel falsch, zu viele falsche Mittel zu oft und zu viele teure Mittel unnötig häufig“. In: Barmer GEK Arzneimittelreport 2012 <http://www.barmerbek.de/-barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presse-informationen/Archiv/2012/120626-Arzneimittelreport-2012/Arzneimittelreport-2012-Pressemappe,property=Data.pdf>,
- Grawe, Klaus,** 1998: Psychologische Therapie, Göttingen S. 773ff.
- Haug, Frigga und Kornelia Hauser,** 1989: Rehabilitandinnenerfahrung und Geschlechtsbegriff. In: das Argument 177. Hamburg. S. 695-708.
- Dies. (Hg.),** 1991: Die andere Angst. Berlin/Hamburg.
- Dies. (Hg.),** 1990: Der Widerspenstigen Lähmung. Kritische Psychologie der Rehabilitandinnen. Bd.2. Berlin.

- Dies. (Hg.)**1988, *Subjekt Frau. Kritische Psychologie der Rehabilitandinnen*. Bd.1. Berlin/Hamburg.
- Heigl-Evers, A./Standke, G.** 3/1989: Sachbericht zum Forschungsprojekt: Selbsterleben und Objektbeziehungen von Alkoholkranken. In: *Suchtgefahren* 3/1989.
- Herman, Judith Lewis**, 1993: *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München.
- Hinsch Rüdiger, Pfingsten Ulrich**, 2002: *Gruppentraining sozialer Kompetenzen*. Weinheim.
- Holzkamp, Klaus**, 1983: *Grundlegung der Psychologie*. Frankfurt/New York.
- Huber, Michaela**, 2004: *Trauma und die Folgen, Wege der Traumabehandlung*, Teil 1 und Teil 2. Paderborn.
- Dies.**, 2005: *Der innere Garten*, Paderborn.
- Dies.**,2009: *Von der Dunkelheit zum Licht*, Paderborn.
- Junglas, Jürgen**, 2002: *Allgemeine Psychotherapie*. In: *Fengler Jörg (Hrsg.): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung - Therapie – Prävention*, Landsberg.
- Kernberg, Otto**, 1988: *Schwere Persönlichkeitsstörungen*, Stuttgart.
- Körkel Joachim, Schindler Christine**, 2003: *Rückfallprävention mit Abhängigen*. Berlin.
- Dies.**, 1991: *Praxis der Rückfallbehandlung*. Bonn.
- Kretschmann, Ulrike**, 1993: *Das Vergewaltigungstrauma. Krisenintervention und Therapie mit vergewaltigten Rehabilitandinnen*. Münster.
- Linden, Michael; Hautzinger, Martin**, 1993: *Verhaltenstherapie*. Heidelberg.
- Lüdecke, Sachse, Faure**, 2010:*Sucht – Bindung – Trauma*. Stuttgart.
- Moreno, Jakob, L.**, 1989: *Psychodrama und Soziometrie*. Köln.
- Najavits, Lisa M.**, 2009: *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch, Das Therapieprogramm Sicherheit finden*. Göttingen.
- Rahm, Dorothea, u.a.** 1993: *Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis*. Paderborn.
- Dies.**, 1990: *Gestaltberatung. Grundlagen und Praxis integrativer Beratungsarbeit*. Paderborn.
- Reddemann, Luise**, 2003: *Psychodynamische, imaginative Traumatherapie*, Göttingen
- Rost, Wolf-Detlef**, 1994: *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart.
- Schäfer, Ingo**, 2005: *Trauma und Sucht. Konzepte - Diagnose - Behandlung*. Bonn.
- Stevens, John O.**, 1993: *Die Kunst der Wahrnehmung. Übungen der Gestalttherapie*. Gütersloh.

Storch, Maja, Krause, Frank, 2005: Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell. 3. Auflage. Bern

Schwarting, Frauke, 2005: Gender und Sucht – ein soziologischer Beitrag zu einer geschlechtsreflexiven Praxis in der Suchtkrankenhilfe, Promotionsarbeit veröffentlicht unter <http://www.sub.uni-hamburg.de/opus/volltexte/2008/3550>

Schwartz, Harley, L. 2000: *Forgotten Voices*. New York

Vogt, Irmgard, 2002: Beratung von süchtigen Rehabilitandinnen und *Männern*, Grundlagen und Praxis. Weinheim und Basel

Dies.: 2005: Zur Effektivität der Rehabilitandinnen-Suchtarbeit; In: Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.): *Frauengerecht! Die Praxis*. Bern

Schwarting, Frauke, (unbekannt): Wie können wir den Erfahrungen das Sprechen beibringen?. In: Bella Donna, Landesstelle Rehabilitandinnen und Sucht NRW (Hg), Bibliographie. Rehabilitandinnen und Sucht. Konsum und Abhängigkeit von Rehabilitandinnen von psychotropen Substanzen. Deutschsprachige Literatur 1986-1996.

Woltereck, Britta, 1994: Ungelebtes lebbar machen: sexuelle Gewalt im Zentrum von Therapie und Supervision. Ruhnmark.

Zenker Christel, Bammann Karin, Jahn, Ingeborg 2002: Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Rehabilitandinnen. In: Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.): Band 148. Baden-Baden

