

Fachklinik Friedrichshof
Stationäre Suchtrehabilitation



Konzeptergänzung
- indikatives Angebot für die Behandlung
von pathologischem Glücksspiel
im Rahmen stationärer Rehabilitation Drogenabhängiger

Dipl.-Psych. Detlef Kölling, app. psych. Psychotherapeut
Dipl.-Psych. Anne Schiller

Stand: 25. April 2013

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	Seite 3
2.	Spielen und Sucht	Seite 3
3.	Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung	Seite 4
4.	Rehabilitationskonzept	
	4.1. Theoretische Grundlagen	Seite 5
	4.2. Krankheitsmodell	Seite 6
	4.3. Diagnostik	Seite 7
	4.4. Indikationen und Kontraindikationen	Seite 7
	4.5. Rehabilitationsziele	Seite 8
	4.6. Rehabilitationsdauer	Seite 9
	4.7. Rehabilitationsprogramm und Rehabilitationselemente	Seite 9
5.	Personelle Ausstattung	Seite 16
6.	Räumliche Gegebenheiten	Seite 17
7.	Kooperation und Vernetzung	Seite 17
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung, Fortbildung, Supervision	Seite 17
	Literatur	Seite 18
	Anhänge	
	Hausordnung	Seite 20
	Zusatzvereinbarung	Seite 21
	Wochenplan	Seite 22
	Schuldenbilanz und Regulierung	Seite 23
	Monatshaushaltsplan	Seite 24
	Tagesausgabenprotokoll	Seite 25

1. Einleitung

Mit der vorliegenden Konzeptergänzung wollen wir dem Umstand Rechnung tragen, dass seit einigen Jahren in unserer Einrichtung immer mehr Patienten neben ihrer stoffgebundenen Abhängigkeit auch an Glücksspielsucht leiden (insbesondere Automaten spiel).

Das im Folgenden beschriebene Konzept für pathologische Spieler ist als indikative Ergänzung unseres allgemeinen Therapiekonzeptes zur Behandlung drogenabhängiger Männer und Frauen zu verstehen (Lodders, J., Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, 2008). Grundlagen der Rehabilitationsbehandlung in unserem Hause, Behandlungsstruktur, Ausstattung und Organisation, Assessments und Behandlungsangebote, Qualitätsmanagement sind dort umfassend dargestellt.

2. Spielen und Sucht

Spielen ist ein vielfältiger Begriff. Neben Kinderspielen gibt es Gesellschaftsspiele oder eben auch Glücksspiele, bei denen Geld oder andere Anreize eine wesentliche Rolle spielen. Im nachfolgenden Behandlungskonzept verwenden wir den Begriff pathologisches Glücksspielen. Gemeint ist damit all jenes Spielen um Geld, das für den einzelnen zum Problem, zu suchtartigem Verhalten und zur Krankheit werden kann.

In der menschlichen Kultur haben Glücksspiele eine sehr lange Tradition. Die Möglichkeit des Gewinnens, die Idee von plötzlichem Reichtum ohne große Mühe, aber auch das Risiko zu verlieren, bestimmen den Reiz des Glücksspielens. Lotterien, aber auch Wettspiele suggerieren dem Menschen große Gewinnmöglichkeiten bei nur kleinem Einsatz und sind meist mit ärmeren Bevölkerungsschichten assoziiert. Das Roulettespiel in den großen Spielbanken dagegen galt lange Zeit den eher gehobenen Schichten vorbehalten. Mit Aufkommen der sog. Geldspielautomaten mit Gewinnmöglichkeit begann das Spielen seit Beginn der 80er Jahre für eine wachsende Gruppe von Menschen zum Problem zu werden. So sind es auch überwiegend Automatenspieler, die in zunehmendem Umfang eine stationäre Behandlung aufsuchen. Die Folgen des Glücksspielens sind vielen dieser Patienten über den Kopf gewachsen: Hohe Verschuldung, zerrüttete Partnerschaften und Probleme in den sozialen Beziehungen.

Das pathologische Glücksspielen wird in einigen westlichen Ländern bereits als das am schnellsten wachsende, aber am meisten ignorierte psychische Gesundheitsproblem betrachtet (Rumpf, 2011). Laut der 2011 durchgeführten Studie "Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie" (PAGE) gibt es in Deutschland hochgerechnet rund 480.000 pathologische Glücksspieler und rund 750.000 problematische Spieler. Rund 2,9 Millionen Menschen haben ein oder zwei Kriterien für risikoreiches Glücksspielen im Lebensverlauf erfüllt. Betroffen sind zudem eher Männer, jüngere Personen, Personen mit niedrigerem Bildungsstatus, Personen mit Migrationserfahrung oder -hintergrund sowie Arbeitslose. Glücksspielsucht kann für Betroffene und deren Familien dramatische psychische, soziale und materielle Folgen haben wie Verschuldung, Kriminalität und im schlimmsten Fall sogar den Suizid.

Pathologisches Glücksspielverhalten tritt häufig in Kombination mit weiteren Störungen auf (Müller-Spahn & Margraf, 2003; Premper, 2006; Raylu & Oei, 2002):

- stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen:
 - o Alkohol (15-60%)
 - o Nikotin (20-80%)
 - o Opiate (10-20%)
 - o Cannabis (10-20%)
 - o Kokain, Amphetamine, Designerdrogen (<10%)
- depressive Störungen (10-50%)
- Persönlichkeitsstörungen (bis 80%)
- Angststörungen (10-30%)
- ADHS (10-35%)

Ferner sind noch posttraumatische Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen relevant.

Bei der Behandlung von Patienten unter der Primärdiagnose einer substanzgebundenen Abhängigkeit - in unserem Hause von illegalen Drogen - und einer zusätzlichen Diagnose im Bereich pathologisches Glücksspiel sind vielfältige Wechselwirkungen zu beachten. Zu nennen sind einerseits Prozesse wie Suchtverlagerung und die Tatsache, dass einem Rückfall in Substanzkonsum oft ein erneutes Spielverhalten vorausgeht. Andererseits sind sowohl der Suchterkrankung vorausgehende psychische oder soziale Störungen, aufrechterhaltende Verstärkungsmechanismen, Suchtfolgebeeinträchtigungen, z.T. die neurophysiologisch beobachtbaren Veränderungen und die Behandlungsstrategien häufig identisch oder ähnlich. So kann für einen Patienten mit einer Selbstwertproblematik sowohl Heroinkonsum als auch Glücksspiel einen Bewältigungsversuch darstellen. Und kognitive Umstrukturierung oder soziales Training können in Bezug auf beide Problematiken eine wesentliche Behandlungsmaßnahme sein. Entsprechend sinnvoll und notwendig ist die gemeinsame, koordinierte Behandlung in einem auf Suchtbehandlung ausgerichteten Setting.

3. Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung

Die Fachklinik Friedrichshof liegt ca. 20 km östlich von Heilbronn am Rande der Löwensteiner Berge oberhalb des Ortsteils Obersulm-Eichelberg. Etwa 350 m über dem Meeresspiegel erstreckt sich das Gelände in waldreicher Umgebung über eine Fläche von 86.106 m². Auf diesem Gelände stehen insgesamt 17 Gebäude mit ca. 7275 m² Nutzfläche zur Verfügung (einschließlich landwirtschaftlich und versorgungstechnisch genutzter Räume).

Das Adaptionshaus mit 472 m² Raumangebot liegt in der Ortsmitte von Obersulm-Affaltrach, ca. 3 km vom Friedrichshof entfernt. Einkaufsmöglichkeiten, Freizeitmöglichkeiten, das Rathaus, der Kindergarten u. a. sind gut zu Fuß erreichbar, die enge Anbindung an den Personennahverkehr macht es leicht, einen Arbeitsplatz und andere Ziele ohne großen Aufwand zu erreichen.

Träger der Therapieeinrichtung ist der Baden-Württembergische Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH mit Sitz in 77871 Renchen.

Die Fachklinik Friedrichshof ist vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg gem. §§ 35 ff des Betäubungsmittelgesetzes vom 28.07.1981 staatlich anerkannt.

Mit Wirkung zum 01.01.2008 wurde mit den Mitgliedskassen der vertragsschließenden Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 SGB V geschlossen.

Insgesamt werden 60 Plätze für männliche und weibliche abhängigkeitskranke Patienten (Drogen, Alkohol, Medikamente) für eine Behandlungsdauer von bis zu einem halben Jahr stationärer Entwöhnungsbehandlung sowie einer viermonatigen Adaptionphase zur Verfügung gestellt.

Elternteile, die zur stationären Behandlung in unserem Hause sind, haben die Möglichkeit, ihre Kinder begleitend mitaufnehmen zu lassen. Die Kinder werden zur Entlastung und Freistellung der Eltern in einem Kinderbereich betreut, es gibt ergänzende, auf familiäre Lage und Bedürfnisse ausgerichtete Angebote.

Im Anschluss an die Behandlung bieten wir Nachsorge im Rahmen ambulant betreuten Wohnens in mehreren Häusern in der Region Heilbronn an.

4. Rehabilitationskonzept

4.1.Theoretische Grundlagen

Es gelten folgende Grundsätze der Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und pathologischem Glücksspiel: Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger. Bei unserem Konzept beziehen wir uns auf das Krankheitsfolgenmodell der WHO mit dem Ansatz der „funktionalen Gesundheit“ im Rahmen der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie auf das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs mit seinen grundsätzlichen Erwägungen und den darauf fußenden Rahmenkonzepten sowie auf die kostenträgerspezifischen Regelungen nach SGB V und SGB VI.

Speziell für Suchterkrankungen und pathologisches Glücksspiel sind unsere Angebote abgestimmt auf die allgemein anerkannten Standards bzw. Leitlinien (Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation, 2005; DRV 2007, 2001) sowie auf die „Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel“ (2001).

Demnach ist pathologisches Glücksspielen als Krankheitsbild anerkannt. Nach Petry und Jahrreiss (1999) werden pathologische Glücksspieler in vier Gruppen eingeteilt:

- Gruppe A: pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit
- Gruppe B: pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher Persönlichkeitsstörung v. a. vom narzisstischen Typ
- Gruppe C: pathologische Glücksspieler mit zusätzlichen Merkmalen einer depressiv-neurotischen Störung oder einer Persönlichkeitsstörung vom selbstunsicher-vermeidenden Typ
- Gruppe D: pathologische Glücksspieler mit zusätzlich einer psychosomatischen Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordert.

Die Fachklinik Friedrichshof behandelt ausschließlich Patienten der Gruppe A, d. h. pathologische Glücksspieler, bei denen zusätzlich eine stoffgebundene Abhängigkeit vorliegt. Weitere komorbid vorliegende Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Depression werden berücksichtigt und behandelt.

Das therapeutische Konzept der stationären Rehabilitation in der Fachklinik Friedrichshof basiert auf einem integrativ-verhaltenstherapeutischen Ansatz mit kontinuierlicher Einzel- und Gruppenpsychotherapie. Es erfolgt eine enge interdisziplinäre Kooperation der einzelnen Bereiche in der Klinik sowie mit den vor- und nachbehandelnden Beratungsstellen, Therapeuten und Ärzten. Die Behandlungsmaßnahmen richten sich auf die Bewältigung der Abhängigkeitserkrankungen und auf die Bewältigung von Beeinträchtigungen in Funktion und Teilhabe, die sich im Verlauf der Abhängigkeitserkrankungen entwickelt haben oder bereits im Vorfeld die berufliche und soziale Teilhabe behindert haben und z.T. suchtgenetisch bedeutsam waren.

4.2. Krankheitsmodell

Biopsychosoziales Modell: Wie auch die stoffgebundenen Abhängigkeiten wird pathologisches Spielen als ein komplexes Verhaltens- und Einstellungsmuster betrachtet, das vor dem Hintergrund biologischer, somatischer, persönlicher, sozialer und kultureller Faktoren erlernt wurde. Die multifaktoriellen Bedingungen der Genese stehen dabei oft in komplexer Wechselwirkung. Diese Faktoren können auslösende, verstärkende und auch aufrecht erhaltende Wirkungen übernehmen (vgl. Grüsser et al., 2002; Böning & Grüsser-Sinopoli, 2008).

Zu Beginn einer Entwicklung zur Spielsucht stehen in der Regel teilweise hohe Einmalgewinne, die ein starkes positives Gefühl auslösen und die Illusion nähren, das Glücksspiel kontrollieren zu können und eine entsprechende Kompetenz zu besitzen. Anlässe zum Spielen sind sowohl fehlende finanzielle Mittel in einkommensschwachen Schichten, die ihre Konsumbedürfnisse nicht befriedigt sehen („Spielen aus Gewinnüberzeugung bzw. zum Verlustausgleich“) als auch psychische Probleme in Partnerschaft und Arbeit („Spielen, um der Realität zu entfliehen“). Das Glücksspiel bietet die Möglichkeit in eine „schöne Scheinwelt“ zu wechseln, deren Regeln man leicht erlernen kann. Wenn sich diese Entwicklung festigt und schließlich in eine zerstörerische Dynamik mündet, wirkt oft der Glaube als Motor, durch fortgesetztes Spielen die Verluste ausgleichen zu können. Damit entsteht ein „Teufelskreis“ von vermehrtem Glücksspiel zu erhöhten Schulden, kriminellen Wegen der Geldbeschaffung, Steigerung psychosozialen Drucks in Verbindung mit sich zurückbildendem Sozialverhalten zu unrealistischen Kontrollüberzeugungen; diese wieder provozieren vermehrtes Glücksspiel. Der zumeist schleichende Entwicklungsprozess zum pathologischen Spielen mündet oft auch in erheblicher Verschuldung, Verzweiflung bis hin zu Suizidalität und enormer psychischer und finanzieller Belastung des Betroffenen selbst als auch von Familienmitgliedern und Angehörigen.

Es lässt sich durch bildgebende Verfahren zeigen, dass beim pathologischen Spiel jene Hirnareale aktiviert sind, die eine automatisierte und nicht rational analysierte Informationsverarbeitung widerspiegeln (Petry et al., 2007). Das Spielen unterliegt damit immer weniger dem freien Willen und rationalen Entscheidungsprozessen und immer mehr einem Automatismus wie man ihn z. B. von Suchtgedächtnis und Triggerprozessen bei Substanzabhängigen kennt.

4.3. Diagnostik

Diagnostik des pathologischen Glücksspielens

Die Diagnostik des pathologischen Glücksspielverhaltens nach ICD-10 (WHO, 1991) orientiert sich derzeit noch am Konzept der abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle. Demnach besteht die Störung „in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt“.

Die Störung wird nach ICD-10 mit F63.0 folgendermaßen klassifiziert:

- häufig wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel
- intensiver, kaum kontrollierbarer Drang zum Glücksspiel mit gedanklicher und bildlicher Beschäftigung mit dem Glücksspiel und seinen Begleitumständen
- die gedankliche Beschäftigung und die Drangzustände verstärken sich häufig in belastenden Lebenssituationen
- das Glücksspiel beherrscht die Lebensführung der betroffenen Person und hält an, trotz zunehmendem Verfall von sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werten und dort wichtigen sozialen Interaktionen
- daraus können Verlust des Arbeitsplatzes, Schulden, Verarmung, kriminelle Handlungen, um an Geld zu kommen, gestörte Familienbeziehungen und Zerrüttung der persönlichen Verhältnisse resultieren.

Es kann zudem sinnvoll sein, die Kriterien des DSM-IV (Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, 1996) heranzuziehen, da diese sich deutlich mehr an denen für stoffgebundene Süchte orientieren. Von pathologischem Spielen wird dann gesprochen, wenn mindestens fünf der folgenden Merkmale vorliegen:

- starkes Eingenommensein vom Glücksspielen (z. B. starke gedankliche Beschäftigung mit Geldbeschaffung, Spielerfahrungen, der Tagesablauf wird um das Spielen organisiert)
- Steigerung der Einsätze, um gewünschte Erregung zu erreichen
- Wiederholt erfolglose Versuche, das Spielen zu kontrollieren, einzuschränken oder aufzugeben
- Spielen, um Problemen oder negativen Stimmungen zu entkommen
- Wiederholtes Spielen, um Geldverluste auszugleichen („Chasing“)
- Unruhe und Gereiztheit beim Versuch, das Spielen einzuschränken oder aufzugeben
- Lügen gegenüber Dritten, um das Ausmaß der Spielproblematik zu vertuschen
- Illegale Handlungen zur Finanzierung des Spielens
- Hoffnung auf Bereitstellung von Geld durch Dritte
- Gefährdung oder Verlust wichtiger Beziehungen, von Arbeitsplatz und Zukunftschancen.

Zur Erfassung mit standardisierten Messinstrumenten, u. a. zur Einschätzung des Schweregrades des pathologischen Spielens wird von uns der Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten (Petry, 1996, 2003) verwendet.

4.4. Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen und Kontraindikationen entsprechen den Vorgaben der Primärdiagnose: Aufgenommen werden können volljährige männliche und weibliche Personen, die abhängig sind von mindestens einer psychotrop wirkenden Substanz (Alkohol, Medikamente, illegale Drogen) (Primärdiagnose). Dem indikativen Angebot zugewiesen werden Patienten, bei denen pathologisches Glücksspielverhalten gemäß der genannten Diagnosekriterien und der

Merkmalsbeschreibung komorbid vorliegt (Sekundärdiagnose). Es können zudem Eltern(-teile) mit ihren Kindern (bis zum 10. Lebensjahr) sowie schwangere Frauen und Paare ohne Kinder aufgenommen werden. Auch eine direkte Übernahme aus dem Justizvollzug in die Behandlung ist in unserer Einrichtung möglich.

Nicht behandelt werden können Patienten, bei denen eine akute psychotische Erkrankung vorliegt, die akut suizidgefährdet sind, die gravierende hirnorganische Beeinträchtigungen oder eine erhebliche Gehbehinderungen aufweisen, die blind sind oder die nicht hinreichend der deutschen Sprache mächtig sind.

4.5. Rehabilitationsziele

Die Therapie der pathologischen Spieler ist grundsätzlich abstinentenorientiert ausgerichtet. Die Glücksspielabstinenz erweist sich als notwendige und nicht zuletzt von den Betroffenen erwünschte Behandlungsgrundlage.

Übergeordnetes Ziel der stationären therapeutischen Arbeit ist es, den persönlichkeitspezifischen, suchtspezifischen und soziodemographischen Merkmalen dieser Patientengruppe durch ein aufeinander abgestimmtes psycho- und soziotherapeutisches Behandlungsangebot gerecht zu werden.

Hauptziele der Behandlung sind die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sowie das Erreichen einer beruflichen und sozialen Teilhabe auf der Basis einer erfolgreichen Abhängigkeitsbewältigung.

Je nach individueller Problemlage sind folgende Aspekte für die Therapieinhalte relevant (Lindenmeyer & Kolling, 2010):

- Aufbau einer intrinsischen Veränderungsmotivation: Wofür lohnt es sich, das Spielverhalten aufzugeben?
- Überwindung von kognitiven Verzerrungen: Der Spielausgang ist zufallsabhängig und nicht durch Geschicklichkeit zu beeinflussen. Die Nachteile (z. B. Schulden) übersteigen bei weitem die gelegentlichen Gewinne/Erfolge.
- Rückfallprävention: Identifikation der Auslösefaktoren für erneutes Glücksspiel und Einüben von Bewältigungsfertigkeiten in Risikosituationen, Aushalten von Frustration und Langeweile.
- Ressourcenorientierung: Erwerb und Stärkung von Ressourcen, die die Lebensfreude steigern und die positiven Erlebnisinhalte des Spielens bedeutungslos werden lassen.
- Selbstwertproblematik: Aufbau von stabilen Quellen für ein positives Selbstwertgefühl, Erkennung und Akzeptanz von persönlichen Stärken und Grenzen.
- Gefühlsregulation: Umgang mit Aktionsdrang und physiologischer Unruhe, Verbesserung der Gefühlswahrnehmung und eines authentischen Gefühlsausdrucks, Umgang mit Ärger und Aggression.
- Beziehungsstörung und Sozialverhalten: Aufbau tragfähiger, authentischer Beziehungen, Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten, selbstfürsorglicher Umgang mit Vertrauen und Nähe.
- Schuldenregulierung, Geldmanagement.
- Behandlung komorbider psychischer Störungen.

In erheblichem Umfang sind diese Therapieinhalte natürlich auch für die Behandlung der Substanzabhängigkeit relevant.

4.6. Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Primärdiagnose und kann bei Abhängigkeitserkrankungen zwischen 12 und 24 Wochen liegen. Bei komorbid vorliegendem pathologischen Spielen sollte die Mindestbehandlungsdauer bei 12 Wochen liegen.

Häufig ist zudem die Durchführung einer unmittelbar anschließenden Adaptionsphase von 12 bis 16 Wochen indiziert sowie alternativ oder ergänzend eine ambulante oder stationäre Nachsorge.

4.7. Rehabilitationsprogramm und Rehabilitationselemente

In der Fachklinik Friedrichshof werden Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen (Drogen, Alkohol, Medikamente) behandelt. Patienten, bei denen neben einer Abhängigkeitserkrankung komorbid pathologisches Spielen vorliegt, werden in die bestehenden Bezugsgruppen integriert. Neben dem therapeutischen Basisprogramm nehmen diese Patienten zudem an der indikativen Gruppe für pathologische Spieler teil.

Der Zugang erfolgt im Wesentlichen über Beratungsstellen, durch Zuweisung der Kostenträger und nach individueller Bewerbung. Ist die passende Indikation gegeben, versenden wir im Vorfeld der Behandlung einen Fragebogen zur Darlegung suchttherapeutisch und biografisch relevanter Daten sowie weitere Unterlagen, die über unsere Aufnahmebedingungen wie das Vorliegen der Kostenzusage, eventuell die Zurückstellung nach § 35 BtMG und Dokumentation des Aufenthaltsstatus Auskunft geben.

Nach einer genauen und umfangreichen Diagnostik und Analyse des Spielverhaltens, der „Spielerkarriere“, der Lebensumstände und der Persönlichkeit des Spielers wird im Rahmen einer multidisziplinären Behandlungskonferenz zusammen mit dem Patienten ein individueller Behandlungsplan erstellt. Zu berücksichtigen sind persönliche und soziale Ressourcen sowie Leistung und Leistungsfähigkeit in Hinblick auf eine gelingende und befriedigende berufliche und soziale Teilhabe. Behandlungsrelevant sind sowohl Beeinträchtigungen, die sich im Verlauf der Suchtentwicklung einstellten, als auch vorausgehende. Häufig betroffen sind die Aktivitäten „Probleme lösen“ und „Umgang mit Stress“, die Bereiche „Häusliches Leben“, „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“, „Bedeutende Lebensbereiche“, und „Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben“ (Benennung nach ICF).

Mit der Behandlung werden folgende allgemeine Ziele angestrebt:

- Wiederherstellung oder Besserung der Erwerbsfähigkeit des Patienten
- Entscheidung für und Befähigung zu einer dauerhaften Glücksspielabstinenz
- Entwicklung sinnvoller neuer oder Weiterführung bekannter abstinenzorientierter und zufriedenstellender Freizeitbeschäftigung
- Fähigkeiten zum Geldmanagement, einschließlich Schuldenregulierung
- Verbesserung der Konflikt- und Problemlösefähigkeiten sowie der Emotionsregulierung
- Verbesserung des Selbstwertgefühls und der interaktionellen Beziehungsgestaltung
- Bearbeitung individueller Ziele, die gemeinsam mit dem Patienten bei Behandlungsbeginn festgelegt werden.

Häufig ist im Behandlungsverlauf eine korrigierende und nachstellende Ziele- und Maßnahmenanpassung angezeigt.

Neu aufgenommenen Patienten erleichtert ein Patenpatient das Eingewöhnen in den therapeutischen Alltag. Die Bezugsgruppe stellt als Wohngruppe einen überschaubaren Rahmen, der das Entstehen einer vertrauensvollen Atmosphäre als Basis für die Therapie erleichtert. Die Bezugsgruppe ist zugleich ein soziales Lernfeld und ermöglicht die Bearbeitung von Problembereichen wie die Nähe-Distanz-Regulierung, das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit sowie die Fähigkeit zur Voraussicht des eigenen Handelns. Gegenseitige soziale Unterstützung in der Erarbeitung und Erprobung alternativer Lösungsstrategien, aber auch Konfrontationen mit eigenen problematischen Verhaltensmustern können so reflektiert und bearbeitet werden.

Therapeutisches Basisprogramm

- Einzelpsychotherapie: Mit jedem Patienten wird während der Behandlungszeit eine kontinuierliche Einzeltherapie durch den Bezugstherapeuten seiner Wohngruppe mit mindestens einer Sitzung pro Woche durchgeführt. Ergänzend können die Patienten auch Einzelgespräche zu Glücksspielspezifischen Problemen mit den entsprechend qualifizierten Therapeuten vereinbaren.
- Gruppenpsychotherapie: Im Rahmen der therapeutischen Wohngruppe finden bis zu dreimal wöchentlich Gruppengespräche (von mindestens 90 Minuten Dauer) mit dem Bezugstherapeuten statt.
- Angehörigen- und Familiengespräche: Begleitet durch den Bezugstherapeuten können Patienten und ihre Angehörigen Missverständnisse ausräumen, Konflikte klären und Regelungen und Absprachen für die Zukunft treffen.
- Medizinische Behandlung: Die ärztliche Versorgung ist täglich gewährleistet und unterstützt bei körperlichen Beschwerden.
- Arbeitstherapie: In verschiedenen Arbeitstherapiebereichen können die Leistungsfähigkeit trainiert und berufliche Schlüsselqualifikationen verbessert werden. MELBA und systematisierte Beobachtungen erfassen die Ausgangslage und Fortschritte.
- Psychoedukation: Informationsgruppen zu grundlegenden Konsequenzen für Menschen mit der Diagnose Abhängigkeitserkrankung, Bedeutung von Regeln und Änderung des Lebensstiles, Aktivierung von Ressourcen, Bedeutung des Suchtgedächtnisses, Infektion und Ernährung, Wissen über Alkohol, Medikamente und illegale Substanzen, Risikosituationen und Rückfallprophylaxe, Auseinandersetzung mit Vor- und Nachteilen eines süchtigen bzw. abstinenten Lebensstiles, Bedeutung eines ausgewogenen Verhältnisses von Stress und Anspannung und sinnvoller Erholung.
- Soziotherapie: Verschiedene Angebote und Einrichtungsstrukturen zielen darauf ab, soziale Kompetenzen und die Alltagsbewältigung zu fördern und notwendige Lebensstiländerungen zu begleiten.
- Sozialer Dienst: Hilfestellung bei der Bewältigung des Alltags, bei der Erledigung behördlicher und finanzieller Angelegenheiten begleitet den Prozess im individuellen Fall.
- Schuldnerberatung: Hilfestellung bei finanziellen Fragen sowie Kontaktabbauungen zur örtlichen vor- und nachbetreuenden Schuldnerberatung.
- Entspannungsverfahren: Verschiedene Entspannungstechniken (Progressive Muskelrelaxation, Autogenes Training, imaginative Verfahren, Qi Gong) dienen der Regulation von körperlichen und seelischen Verspannungen und als Hilfe in Stresssituationen.

- Sport- und Freizeittherapie: Ziel ist hier die Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens sowie die Entwicklung einer aktiven und zufriedenstellenden Freizeitgestaltung. Der Einbindung in Sport und andere körperliche und/oder gestalterische Aktivitäten kommt insofern eine besondere Bedeutung zu, als sie antidepressiv wirken und die Erfahrung möglich machen, dass ein gleichmäßiges und nachhaltig gestaltetes Leben die Lebensqualität und das Wohlbefinden erhöht und nicht die Hektik des Spielens.
- Ergotherapie/kreatives Gestalten: Zur Entdeckung und Weiterentwicklung kreativer Potenziale sowie zum Training einzelner Fähigkeiten dienen Tönen, Malen, Arbeiten mit Holz, Speckstein etc., Trommeln usw.

Weitere indikative Maßnahmen

- KIKS: Das Kompetenztraining in Konfliktsituationen und Selbstkontrolltraining ist eine Kombination aus einem Anti-Aggressions-Training und einem sozialen Kompetenztraining und dient vor allem der Auseinandersetzung mit dem eigenen Aggressionspotential, der Analyse der individuellen Aggressionsauslöser und der Entwicklung alternativer Verhaltensweisen im Sinne einer Erweiterung sozialer Kompetenzen.
- Nichtrauchertraining: Unterstützung in der Bewältigung der Nikotinabhängigkeit.
- START-Kurs: Der Kurs zur Berufsvorbereitung umfasst das Zusammenstellen von Bewerbungsunterlagen, Bewerbungstraining, Erarbeiten einer beruflichen Perspektive, Vermittlung von Grundkenntnissen im Umgang mit dem PC, Praktikumssuche.
- PROFILING: Ein Assessment zur Klärung beruflicher Kompetenzen und Orientierung.
- Gruppe für Patienten mit Migrationserfahrung/-hintergrund: Die Gruppe dient dem Austausch von Migrationserfahrungen und Integrationsproblemen sowie der Auseinandersetzung mit der eigenen kulturellen Identität vor dem Hintergrund der Entwicklung der Abhängigkeitsproblematik.

Während der Behandlung wird der Besuch einer ortsnahen Selbsthilfegruppe gefördert, um Erfahrungen auszutauschen und sich so auf die Zeit nach der Behandlung vorzubereiten.

Die Behandlung ist zudem in vier Stufen unterteilt, die sich hinsichtlich Ausgang und Realitätskonfrontation und ergo bezüglich Drogen-, Alkohol- und Szeneexposition staffeln und aufeinander aufbauen. Kooperation, aktive Teilnahme, Beteiligung an der Therapieplanung, Suchtbearbeitung, absolvierte Rückfallprophylaxe, Reflektionen und individuelle Behandlungsfortschritte sind wesentliche Anforderungen für individuell terminierte Stufenwechsel

Regeln und Kontrollen/Therapievereinbarung

Es gilt die in der Fachklinik Friedrichshof bestehende Hausordnung. Ergänzend wird mit Patienten mit pathologischem Glücksspielverhalten eine Zusatzvereinbarung (Anhang 2) getroffen, in denen der Umgang mit Glücksspielen, Automaten, PC und Internet in der Klinik und während Ausgängen geregelt ist. PC und Internet sind relevant, da über diese Medien in erheblichem Ausmaß Glücksspiele oder glücksspielähnliche Aktivitäten möglich sind. Das aktive Geld- und Schuldenmanagement ist Pflicht (Anhänge 4 - 6). Das Leihen/Verleihen von Geld, auch von Bagatellbeträgen, ist nicht erlaubt.

Die Aufstellung von Verträgen ist nur sinnvoll, wenn deren Einhaltung auch seitens der Klinik kontrolliert wird. Von daher sind Atemalkohol- und Urinkontrollen (nach Zufallsprinzip und bei Verdacht) selbstverständlich. Von besonderer Bedeutung bei pathologischen Spielern ist gegebenenfalls die Führung eines Haushaltsbuches, das von therapeutischer Seite engmaschig kontrolliert wird, sowie die im Einzelfall begründete Regelung eines täglichen bis wöchentlichen „Taschengeldbetrages“, welches dem Patienten von seinem Patientenkonto

ausgehändigt wird. Zudem dient die Überwachung der Internet-/Computernutzung der Gewährung eines entsprechend „abstinenten“ Kliniksettings.

Indikative Gruppe für pathologische Spieler

Die indikative Gruppe für pathologische Spieler findet ergänzend zum therapeutischen Basisprogramm zweimal wöchentlich à 60 bzw. 90 Minuten statt. Die Teilnahme an dieser Gruppe erfolgt ab Behandlungsbeginn nach eingehender Diagnostik und vorliegender Indikation. In dieser halboffenen Gruppe kommen bis zu 12 pathologische Spieler, die in unterschiedlichen Bezugsgruppen integriert sein können, zweimal wöchentlich in einem festen Therapieraum zusammen, um sich mit speziellen Problemen ihres Glücksspielverhaltens auseinander zu setzen. Die Durchführung der Gruppe erfolgt durch eine in der Behandlung pathologischer Spieler ausgebildete und erfahrene Diplom-Psychologin.

Anwendung findet u. a. das von Bachmann und El-Akhras entwickelte Therapiemanual „Glücksspielfrei“ (2010) sowie die von der DHS entwickelten Arbeitshilfen zur Glücksspielsucht. Im Sinne einer integrativen Verhaltenstherapie werden kognitiv-emotionale Restrukturierungen mit motivierenden, gruppenspezifischen, psychoedukativen, erlebnisaktivierenden und verhaltensbezogenen Methoden (Schmitz et al., 2001) verbunden.

In der Spielergruppe werden die individuelle Entwicklung des Spielverhaltens, auslösende und aufrechterhaltende Bedingungen, die Interaktionen mit stoffgebundenen Süchten, Spielmotive, Spielerfahrungen und die Auswirkungen des Spielens um Geld auf die Persönlichkeit des Spielers und sein soziales Umfeld (finanzielle Situation, Beschaffungskriminalität, Beeinträchtigungen des Arbeitsverhaltens, Interessenvernachlässigung, Suizidalität, familiäre und partnerschaftliche Konflikte) besprochen.

In der Auseinandersetzung mit diesen Themen versuchen die Patienten dieser Gruppe zu erkennen, welche Funktion das Spielen in ihrem Leben hatte und welche Verhaltens- und Einstellungsänderungen erforderlich sind, um künftig spielabstinent zu leben. Dabei geht es um die Vermeidung und Bewältigung von Risikosituationen, den Abbau spielbezogener kognitiver Verzerrungen („magisches/abergläubisches Denken“), die Erarbeitung befriedigender Verhaltensalternativen (Freizeit, Beruf, Partnerschaft, Familie) und um eine sinnvolle Lebensperspektive unter mittelfristig oft eingeschränkten finanziellen Bedingungen.

Ergänzend können die Patienten zu glücksspielspezifischen Problemen Einzelgespräche mit den entsprechend qualifizierten Therapeuten der Einrichtung vereinbaren. Und sowohl in der Indikativgruppe als auch in den Bezugsgruppen werden Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Wechselwirkungen von Pathologischem Spielen und Substanzabhängigkeit aufgegriffen.

Folgende Themen erfahren besondere Bedeutung innerhalb der Spielergruppe und stellen als Module zentrale, sich wiederholende Inhalte dar:

- **Sucht:** Mit den Patienten sollen unter Berücksichtigung der stoffgebundenen Sucht Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Spielverhaltens erarbeitet und individuelle Einstiegs-/Ausstiegsphasen sowie bedeutsame Stationen der Suchtentwicklung erarbeitet werden. Informationen zu Abhängigkeitskriterien, möglichen Ursachen und Auswirkungen der Spielsucht, Suchtgedächtnis, Therapieplanung und -ziele, Unterstützungsmöglichkeiten werden gegeben. Der Patient soll weiter in seiner Abstinenz motiviert werden, Krankheitseinsicht gewinnen und in seiner Veränderungsbereitschaft unterstützt werden.

- **Geld:** Zunächst wird in den Gruppen die Bedeutung des Geldes bei pathologischem Spielen psychoedukativ eingeführt. Daran anknüpfend findet eine intensive Auseinandersetzung der Patienten mit ihren individuellen Bewertungen und Einstellungen zum Thema Geld statt. Besondere Bedeutung erfahren dabei die Bewertung des Geldes als „Suchtmittel“, d.h. als unmittelbar das Suchtgedächtnis aktivierender und Suchtdruck auslösender Trigger, sowie die Funktion, die das Geld zur Selbstwerterhöhung der Patienten darstellt. Jeder Patient wird dazu angeleitet, seine eigenen Bewertungen und Einstellungen zum Geld herauszufinden, kritisch zu überprüfen und entsprechende alternative, realistische und angemessene Einstellungen zu entwickeln, zu erproben und zu festigen. Konkrete Verbesserungen im Umgang mit dem Geld sollen für den Alltag entwickelt und erlernt werden (keine spontanen oder sinnlosen Einkäufe, keine Rateneinkäufe, lernen zu sparen, Rücklagen bilden, keine unüberlegten Kredite, Vorsicht beim Leihen oder Verleihen von Geld, Guthabenkonto, verzichten versus sich trotzdem etwas gönnen).

Vor dem Hintergrund der oftmals hohen finanziellen Verschuldung sollen darüber hinaus eine rückhaltlose Bilanz der aktuellen finanziellen Verhältnisse sowie eine Schuldenaufstellung (Anhang 4) erfolgen und mögliche Regulierungswege aufgezeigt werden. Dies geschieht zunächst in enger Zusammenarbeit mit dem klinikinternen Schuldnerberater. Eine Anbindung an ortsnahe Schuldnerberatungsstellen ist zudem individuell möglich. Wenn notwendig, kann der Patient darin unterstützt werden, eine vorübergehende Fremdverwaltung des Geldes einzurichten. Um wieder einen Überblick und einen Bezug zum Geld herzustellen, werden die Patienten zudem angehalten, Tagesausgabenprotokolle zu führen, Belege zu sammeln und Wochen- bzw. Monatshaushaltspläne zu erstellen (Anhänge 5 und 6). Untereinander sollen keine „Deals“, gemeinsamen „Geschäfte“, Verträge o.Ä. abgeschlossen werden. Durch die Einrichtung eines Patientenkontos für die Behandlungszeit ist es zudem möglich, mit den Patienten entsprechende Vereinbarungen zu treffen, ihnen bspw. wöchentlich eine realistische Summe auszubezahlen, Sondereinkäufe mit ihnen zu thematisieren. Bedeutsam sind des Weiteren die Klärungen der Fragen, wie hoch das „Taschengeld“ für den persönlichen Gebrauch sein sollte, ob man sich etwas leisten kann, wie der zukünftige Zugang zum Konto und der Bankkarte gestaltet werden sollte, inwieweit die Familie den Patienten hier unterstützen kann und wo auch innerfamiliär Grenzen sind bzw. in der Vergangenheit Konflikte entstanden. Ein uneingeschränkter Zugang zu größeren Geldsummen hat oft ein erhebliches Rückfallrisiko zur Folge. Dementsprechend müssen hier individuelle Vorsorgemaßnahmen getroffen werden.

- **Magisches/abergläubisches Denken:** Durch das süchtige Spielverhalten sind mit der Zeit „abergläubische Gedanken“ in Form irrationaler Kognitionen entstanden, die zu überprüfen und zu verändern sind. Da die abergläubische Ideenwelt ein wichtiger Faktor zur Aufrechterhaltung des Suchtverhaltens ist, muss hier eine offene Auseinandersetzung mit den Illusionen und falschen Hoffnungen der Patienten erfolgen. Die oft völlig oder stark vom Zufall abhängigen Spiele täuschen sehr geschickt vor, dass die Spieler während des Spiels Kompetenzen erwerben und so als „Spielexperten“ das Schicksal besiegen oder das Glück beeinflussen können. Sie gehen dem Spielverhalten mit einer solchen Intensität nach, dass sie nur schwer glauben können, dabei nichts gelernt zu haben. Vielfach muss auch die Überzeugung hinterfragt werden, weiterspielen zu müssen, um Verluste wieder hereinzuholen. Typische abergläubische oder magische Ideen sind: „Ich kann mit dem Spielen Geld verdienen.“, „Ich habe so viel verloren, jetzt muss der Gewinn kommen.“, „Mit einem bestimmten Gerät oder Glücksspiel gewinne ich immer.“, „Heute ist mein Glückstag, heute werde ich gewinnen.“, „Wenn ich den Automaten nur richtig drücke, dann kann ich Einfluss nehmen und gewinnen“. Solche dysfunktionalen Einstellungen müssen individuell identifiziert, kritisch hinterfragt und überwunden werden. Der Patient soll angeleitet werden, konstruktive und abstinenzförderliche Gedanken und Einstellungen zu entwickeln und einzuüben.

- **Rückfallvorbeugung:** Die Patienten werden informiert, wie es zu Rückfälligkeit kommt und wie mögliche Verläufe bei einer Rückfallgefährdung aussehen können (bspw. Rückfallmodell von Marlatt oder Bachmann). Die Ursachen können mannigfaltig sein und von „Leichtsinn“ bis hin zu belastenden Problemsituationen und einem unausgewogenen Lebensstil reichen. Meist gibt es typische Vorläufer in Einstellungen und Verhalten, die auf einen drohenden Rückfall hinweisen („Rückfall um mehrere Ecken“). Krankheitseinsicht und Wachsamkeit oder die Abstinenzmotivation können über die Zeit nachlassen. Vor- und Nachteile der Abstinenz werden explizit erarbeitet, visualisiert und gegen Vor- und Nachteile spielsüchtigen Verhaltens aufgewogen. Vergangene Rückfälle sollen in ihrem Verlauf analysiert und bearbeitet werden. Neben einem kurzfristigen Auffangen rückfallgefährdender Situationen geht es vor allem um eine längerfristige Stabilisierung und Behebung der Ursachen. Individuelle Rückfallauslöser und Risikosituationen sollen für jeden Patienten identifiziert werden und die Patienten sollen dafür Bewältigungsstrategien entwickeln und erproben. Auf „Notfallkarten“ werden Strategien festgehalten, wie Krisensituationen bewältigt werden können. Die Bedeutung von Nachsorge und Selbsthilfegruppenbesuchen wird verdeutlicht.

- **Alternativen zum Suchtverhalten:** Um auf das Glücksspielen verzichten und zufrieden abstinent leben zu können, bedarf es der Ausbildung von Alternativen zum Suchtverhalten. Es gilt, neue Verhaltensweisen aufzubauen und auf Ressourcen (Hier im Sinne günstigen Verhaltens, das früher bereits ausgeübt wurde.) zurückzugreifen, um den Stellenwert des Suchtverhaltens wirksam zu reduzieren. Wichtige Voraussetzungen für eine zufriedene Abstinenz sollen entwickelt werden: eine Tagesstruktur mit hinreichend Abwechslung, ein gewisses Maß an Herausforderungen, eine sinnvolle Beschäftigung, soziale Kontakte und Gespräche, körperliche Bewegung, die Einplanung von sog. „Highlights“ (besondere Vorhaben und Ereignisse, die zu einer Unterbrechung des Alltags führen und eine willkommene Abwechslung bieten und Vorfreude aktivieren) und eine ausgewogene Zusammenstellung dieser Möglichkeiten. Ideen zu neuen Alternativen (alltäglichen, speziellen, kostenlosen, günstigen, teuren, alleine, zu zweit, zu mehreren....) werden gemeinsam generiert, in der Umsetzung gefördert durch die Erstellung von Struktur- und Aktivitätsplänen (Tages- und Wochenpläne) sowie durch den Aufbau von Verstärkerplänen. Im Klinikalltag findet eine erste erprobende und modellhafte Umsetzung statt.

Nur wenn die Abstinenz letztlich einen erlebbaren Vorteil gegenüber der Ausübung des Suchtverhaltens darstellt, wird sie langfristig beibehalten. Nur neue, gut ausgeprägte Gewohnheiten sind dazu in der Lage, das Suchtverhalten zu ersetzen und ein neues Belohnungssystem aufzubauen.

- **Beziehungen:** Spielsucht kann schwerwiegende Folgen für die sozialen Beziehungen der Patienten haben. Umgekehrt können aber auch Beziehungsprobleme die Spielsucht auslösen oder mit aufrechterhalten. Durch das Spielen wird von Problemen abgelenkt, alles andere tritt in den Hintergrund. Es findet eine kurzfristige Erleichterung und Entspannung statt, der Patient kann vor Konflikten scheinbar fliehen. Sich mit dem Beziehungsverhalten auseinanderzusetzen bedeutet einerseits, mögliche Ursachen auf der Beziehungsebene zu ergründen und Bedingungen so zu verändern, dass längerfristig zufriedenstellende soziale Bindungen entstehen. Andererseits können negative Folgen der Spielsucht für die Beziehungen thematisiert und aufgearbeitet werden. Rückzug, Schuldgefühle, Misstrauen, Unverständnis, finanziell-existenzielle Krisen der Familie, coabhängige Muster seien beispielhaft genannt.

Die Patienten werden für Zusammenhänge sensibilisiert, es werde Voraussetzungen erarbeitet, die für eine funktionierende Beziehungsgestaltung grundlegend sind. Die

Patienten werden angeleitet, sich mit vergangenen Erfahrungen und Erwartungen an die Zukunft in Bezug auf ihr Beziehungsverhalten auseinander zu setzen. Ebenfalls sollen die Patienten motiviert werden, Angehörige und wichtige Bezugspersonen zu einer aktiven Mitbehandlung einzuladen und in Form von Paar- und/oder Familiengesprächen mit zu beteiligen.

- **Soziale Kompetenzen:** Zentral erscheint eine Verbesserung der Konfliktbewältigungskompetenzen sowie - vor dem Hintergrund der häufig zu beobachtenden narzisstischen Persönlichkeitsstile - der Empathiefähigkeit der Patienten. Sich abzugrenzen und „Nein“ zu sagen, (unangemessene) Forderungen von anderen abzuwehren und die eigenen Bedürfnisse wahrzunehmen und in angemessener Weise durchzusetzen und sich selbst zu behaupten, Verantwortung für das eigene Tun zu übernehmen, Kritik anzunehmen und geben zu können - all dies sind Themen, die in der Gruppe besprochen, in Rollenspielen und im Therapiealltag eingeübt und in anderen indikativen Angeboten erweitert aufgegriffen werden können.

- **Emotionsregulierung:** Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen weisen oftmals viele Probleme in einer angemessenen Emotionsregulierung auf. Ihr Spielverhalten diene dazu, unangenehme Gefühle im Spielrausch zu überlagern und zu verdrängen oder angenehme Gefühle (reale oder scheinbare Gewinn- und Kontrollerlebnisse) zu erzeugen. Vielen fällt es schwer, Gefühle richtig zu benennen und zum Ausdruck zu bringen. Die Patienten sollen dazu angeleitet werden, sich über alltägliche Empfindungen und Belastungen auszutauschen. Der Umgang mit Emotionen soll erleichtert werden und die Patienten sollen lernen, besser über ihre Gefühle sprechen zu können. Zusammenhänge zum Suchtverhalten sollen geklärt werden, Strategien zum Umgang mit bestimmten Empfindungen sollen entwickelt werden. Im Entspannungstraining vermittelte Techniken werden als eine mögliche Alternative zur kurzfristigen Spannungsreduktion aufgezeigt und mit Anwendungssituationen verknüpft.

In den Bereichen Emotionsregulierung, Beziehungsgestaltung, soziale Kompetenz und Problemlösefähigkeiten bildet sich in besonderem Maße eine gegebenenfalls vorliegende Hintergrundproblematik der Patienten ab. Häufig sind narzisstische Fehleinschätzungen der eigenen Person und deren Fähigkeiten sowie Muster depressiver Selbstabwertung zu beobachten. Es bestehen Autoritätsprobleme in der Vater-Sohn-Beziehung oder schwerwiegende Selbstwertprobleme. In vielen Fällen blicken die Patienten auf eine schwierige und von tiefgreifenden Brüchen gekennzeichnete Lebensgeschichte zurück. Hier wird eine psychotherapeutische Bearbeitung angestrebt, die in Abstimmung mit der Behandlung der Primärdiagnose statt findet, da diesbezüglich in der Regel ähnlicher Handlungsbedarf besteht.

- **Kriminalität:** Der Zusammenhang zwischen Sucht und Kriminalität soll kritisch analysiert werden. Das Dealen in der Spielothek ist keine Seltenheit. Dabei können mehrere Verläufe unterschieden werden: Sucht ohne Kriminalität - wenn die Finanzierung des Drogenkonsums und Spielens ausschließlich auf legalen Wege erfolgt. Sucht mit der Folge Kriminalität - insbesondere wenn Mittel zur Suchtfinanzierung kriminell beschafft werden, z.B. über Drogenhandel oder Scheckkartenbetrug. Sucht und Kriminalität unabhängig voneinander - wenn sich eine Sucht und eine Kriminalität parallel entwickeln. Kriminalität mit der Folge einer Suchtentwicklung - wenn über die Integration in ein kriminelles Milieu und die anhaltende Verfügbarkeit von Drogen und die Selbstverständlichkeit von Spielverhalten eine Sucht angestoßen wird. Entsprechend dieser Verläufe sollen sich die Patienten mit ihrer individuellen Situation vor dem Hintergrund einer Rückfallprophylaxe und Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsproblematik beschäftigen und entsprechende Verhaltens-/Einstellungsänderungen in die Wege leiten. Die Bedeutung der Kriminalität für

die eigene Person, die soziale wie berufliche Teilhabe und die zukünftige Abstinenzstabilisierung und legale Lebensweise werden gemeinsam erarbeitet.

- Wechselwirkung des pathologischen Spielens mit dem Konsum von Drogen und anderen Suchtmitteln: Vor dem Hintergrund der Komorbidität von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen und pathologischem Spielen sollen die individuellen Verläufe und möglichen Interaktionen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Suchtformen mit den Patienten erarbeitet werden und vor allem auch in der Rückfallprophylaxe weitere Bedeutung in der Auseinandersetzung damit erfahren. Suchtverlagerungsprozesse, Bagatellisierung der Spielsucht gegenüber der Drogensucht, Spielverhalten als primärer Rückfallindikator, sowie Unterschiede bezüglich körperlicher Auswirkungen, der Sichtbarkeit von Konsumverhalten, der suchtspezifischen Milieus, der gesellschaftlichen Akzeptanz sind Aspekte. Die Patienten werden angehalten, sich anhand ihrer Lebens- und Suchtentwicklung mit Wechselwirkungen der Süchte und den Auswirkungen auf die eigene Person und das Umfeld auseinanderzusetzen.

- Zeit nach Therapie: Um eine dauerhafte Spielabstinenz zu stabilisieren ist es unabdingbar, die Rückkehr in den Alltag voranzuplanen und den Transfer des Gelernten von der Klinik in den alltäglichen Handlungsspielraum des Patienten einzuleiten. Typische Rückfallrisiken und „Stolpersteine“ sind zu berücksichtigen, die Einbindung von Angehörigen in langfristige Verstärkerpläne, der Umgang mit Rückfällen und vor allem Möglichkeiten weiterer professioneller Unterstützungsmöglichkeiten zur Abstinenzsicherung sollten von den Patienten gekannt werden. Der Besuch von Selbsthilfegruppen sowie eine auf die Lage des Patienten abgestimmte Nachsorge werden empfohlen und entsprechend eingeleitet. Während der stationären Behandlung ist mindestens ein Besuch einer ortsnahen Selbsthilfegruppe obligatorisch und findet ein erster Kontakt mit der weiteren Suchtkrankenhilfe statt.

5. Personelle Ausstattung, Stand April 2013

Das indikative Angebot wird von einer Psychologin vorgehalten, die in der Behandlung von Patienten mit pathologischem Glücksspiel erfahren ist. Sie ist zudem in die Fallbesprechungen aller betroffenen Patienten eingebunden. Die Vertretung erfolgt durch eine Diplom-Sozialpädagogin mit Weiterbildung als Sozialtherapeutin und langjähriger Erfahrung im Suchtbereich, sie ist therapeutische Mitarbeiterin der Adaptionsphase.

Diese beiden Kolleginnen, sowie ein weiterer Psychologe und eine weitere Diplom-Sozialpädagogin, die im Ambulant Betreuten Wohnen der Nachsorge tätig ist, haben an einem Fortbildungsprogramm zur Beratung und Behandlung von pathologischen Spielern mit insgesamt 24 Stunden, Therapiezentrum Münzesheim, Dr. M. Beutel, teilgenommen. In allen Abteilungen - in der intensivtherapeutischen Phase, in der Adaptionsphase, in der Nachsorge - arbeitet so mindestens ein qualifizierter Mitarbeiter; eine grundsätzliche Integration der Problematik in die Gruppen- und Einzelgespräche, die Zieleumsetzung, Erprobung und Lebensplanung aber auch in Entscheidungs- und Therapiegestaltungsprozesse auf der Teamebene ist so gewährleistet. Alle vier Mitarbeiter stehen auch für themenspezifische Einzelgespräche zur Verfügung.

Hausinterne Schulungen durch diese Kollegen verbreitern das entsprechende Wissen systematisch im gesamten Kollegium.

Zum grundsätzlich in der Einrichtung vorgehaltenem Personal gehören Mediziner, Diplom-Psychologen, Diplom-Sozialpädagogen, Erzieher, Arbeitstherapeuten, Sporttherapeut und Pflegepersonal.

6. Räumliche Gegebenheiten

In den Wohnbezugsgruppen stehen für die Patienten Zweibettzimmer und in geringerem Umfang Einzelzimmer zur Verfügung. Therapieräume sind für die Gruppenarbeit in ausreichender Zahl und Ausstattung vorhanden. Für die Freizeitgestaltung stehen mehrere Aufenthalts- und Fernsehräume zur Verfügung. Für Sport- und Freizeitaktivitäten stehen die Sporthalle, ein Fitnesscenter, eine Sauna, eine Boulderwand (Kletterwand) sowie im Außenbereich ein Hartplatz und ein Rasensportplatz zur Verfügung. Darüber hinaus gibt es Lesemöglichkeiten, ein Patientencafe mit vielfältigen Beschäftigungsmöglichkeiten sowie Räumlichkeiten für kreatives Gestalten (wie Malen, Tönen etc.).

7. Kooperation und Vernetzung

Die Fachklinik Friedrichshof pflegt und nutzt zur Sicherstellung der Therapieziele ein umfassendes Netzwerk mit unterschiedlichsten Institutionen, diese sind insbesondere:

- die Leistungsträger
- die vermittelnden und nachbehandelnden Beratungsstellen
- das Psychiatrische Klinikum am Weissenhof
- regionale Fachärzte
- die ARGE Heilbronn und die Bundesagentur für Arbeit Heilbronn
- Betriebe in der Region
- ortsnahе Selbsthilfegruppen für Alkohol, Drogen und Spieler
- Vereine der Umgebung
- Jugendämter, Bewährungshilfe etc.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung, Fortbildung, Supervision

Die Fachklinik Friedrichshof wurde mittlerweile mehrmals in einem externen Audit gemäß DIN EN ISO 9001:2008 und QMS-bwlv erfolgreich geprüft und zertifiziert. Dieses Qualitätsmanagement-Verfahren ist von der BAR anerkannt und erfüllt somit die Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

Darüber hinaus wird die regelmäßige Teilnahme der Mitarbeiter an internen und externen Fortbildungen und Supervisionen verlangt und gefördert.

Zudem wird regelmäßig die Patientenzufriedenheit erhoben und ausgewertet, ebenfalls erfolgt die Durchführung und Auswertung von Katamnesen.

Literatur

Bachmann, M. & El-Akhras, A. (2010). Glücksspielfrei. Ein Therapiemanual bei Spielsucht. Springer: Heidelberg.

Böning, J. & Grüsser-Sinopoli, S.M. (2008). Wie kann Suchtverhalten entstehen? In: I. Gebhardt, S.M. Grüsser-Sinopoli (Hrsg.), Glücksspiel in Deutschland. DeGruyter, Berlin, 561-574.

Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation (2005): Gemeinsame Empfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation. Frankfurt/Main.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., Arbeitshilfen Glücksspielsucht. www.dhs.de

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Huber: Bern.

DRV (2007, 2001): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin

„Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei pathologischem Glücksspiel“ (2001)

Grüsser, S.M., Wölfling, K. & Heinz, A. (2002). Sucht, Verlangen und lerntheoretische Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von süchtigem Verhalten. In: S.M. Grüsser (Hrsg.), Drogenverlangen und Drogengedächtnis, Psychomed, 14/2, 68-73.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2010). Therapiekonzept der Salus-Klinik Lindow. Pathologisches Glücksspiel. www.salus-lindow.de

Lodders, J. (2008). Therapiekonzept Friedrichshof. Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH, Obersulm/Renchen.

Müller-Spahn, F. & Margraf, J. (2003). Wenn Spielen pathologisch wird. Karger: Basel.

Petry, J. (1996). Psychotherapie der Glücksspielsucht: Beltz: Weinheim.

Petry, J. (2003). Glücksspielsucht – Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Hogrefe: Göttingen.

Petry, N. et al. (2007). Do coping skills mediate the relationship between cognitive-behavioral therapy and reductions in gambling in pathological gamblers? *Addiction*, 102, 1280-1291.

Petry & Jahrreiss (1999). Stationäre medizinische Rehabilitation von pathologischen Glücksspielern: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Kurzfassung des abschließenden Forschungsberichtes an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. DRV, 3, 196-218.

Premper, V. (2006). Komorbide psychische Störungen bei pathologischen Glücksspielern: Krankheitsverlauf und Behandlungsergebnisse. Pabst: Lengerich.

Raylu, N. Oei, T.P. (2002). Pathological gambling: a comprehensive review. Clin Psychol Rev 22, 1009-1061.

Rumpf, H.J. (2011). Pathologisches Glücksspielen und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung. Universitätsmedizin Greifswald, Universität Lübeck.

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (Hrsg.) (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe: Göttingen.

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Pabst: Lengerich.

World Health Organisation (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Geneva.

Anhang 1 - Auszug Hausordnung

Zwei Punkte der aktuellen Hausordnung nehmen besonders Bezug auf die Problematik pathologisches Glücksspiel:

„Glücksspiele

Jegliche Spiele oder Wetten um Geld, Sachwerte oder Leistungen sind im Hause verboten. Dies gilt auch für Toto- und Lottospiele.

Der Besuch einer Spielhalle oder die Benutzung von Geldspielautomaten im Ausgang ist eine Sondersituation, die jeweils im Vorfeld zu besprechen ist.“

„Laptop-/PC-Nutzung

Wer seinen Laptop während der Therapie nutzen möchte, kann das ab Stufe 2 tun. Das Gerät wird im Mitarbeiterbüro verwahrt, kann nach dem Abendessen bis zur Nachtruhe abgeholt werden. Patienten mit Spielsucht sprechen mit ihrem Bezugstherapeuten besondere Nutzungsbedingungen ab, die auch die Benutzung der öffentlichen Computer und mitgebrachter Smartphones umfasst.“

Anhang 2 - Zusatzvereinbarung

Fachklinik Friedrichshof	Zusatzvereinbarung zur Hausordnung für Patienten der indikativen Gruppe „Pathologisches Spielen“	 Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH
-------------------------------------	---	--

Name:

Gruppe:

Ich erkläre mich hiermit dazu bereit, während der Therapiezeit zusätzlich zu der Abstinenz von Alkohol, illegalen Drogen und nicht verordneten Medikamenten auch auf folgende Spiele zu verzichten und folgende ergänzende Regelungen umzusetzen:

- Spiele an Automaten wie z. B. Geldspielautomaten, Dart-Automaten, Flipper, Videospiele und Computerspiele
- Casinospiele wie Roulette, Blackjack, Bakkara etc.
- Kartenspiele wie Poker, Skat, Rommee etc.
- Würfelspiele wie Kniffel etc.
- Wettspiele wie Lotto, Toto, Oddset, Keno etc.

- Zusätzliche vereinbarte Einschränkungen: _____

- Ich erkläre mich mit einem Taschengeld vonEuro vierzehntägig einverstanden.

- Die Nutzung des Computerraumes, meines Laptops und meines Handys sind nur nach vorheriger Absprache und verbindlicher Regelung mit meinem Bezugstherapeuten möglich.

- Das Leihen und Verleihen von Geld, auch von Bagatellbeträgen, ist nicht erlaubt.

Verstöße gegen diesen Zusatz zur Hausordnung müssen dem Bezugstherapeuten und in der „Spielergruppe“ unmittelbar gemeldet und dort bearbeitet werden, sie sind als Rückfall in abhängiges Verhalten zu sehen.

Fachklinik Friedrichshof, den

Anhang 3 - Wochenplan

WOCHENPLAN intensivtherapeutische Phase

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag		
6:45	Aufstehen								
7:15	Frühstück								
8:00	Hausversammlung								
8:15	Arbeitstherapie Berufsvorbereitung Einzeltherapie	Arbeitstherapie Berufsvorbereitung Einzeltherapie Psychoedukation	Arbeitstherapie Berufsvorbereitung Einzeltherapie	Arbeitstherapie Berufsvorbereitung Einzeltherapie	08:15 – 09:15 Gruppe Glückspiel und Internet-Sucht	8:30 Aufstehen			
					Arbeitstherapie Einzeltherapie Berufsvorbereitung	9:00 Frühstück			
						9:30 Hausputz			
12:00	Mittagessen					11:00 Sport			
13:00	Sprechstunde/Hausputz		Anti-Gewalt- Gruppe/ Gruppe Glückspiel und Internet-Sucht 14:30 Entspannung 15:00 Kaffeepause 15:30 Sport Ausgang Expositionstraining	Sprechstunde/Hausputz		13:00 Mittagessen			
14:00	Gruppentherapie	Gruppentherapie Zielearbeit Eltern-Kind- Ausflug		Gruppentherapie	Arbeitstherapie Einzeltherapie Psychoedukation	Freizeit Ausgang	Freizeit Ausgang Besuch		
16:00	Kaffeepause		Kaffeepause		Kaffeepause	15:00-16:30 Kaffeepause			
16:30	Ausgang Fitness-Training	Kreativangebote Qi Gong	Sport	Sport	Freizeit Ausgang Exp.	Freizeit Migranten- gruppe			
18:00									
18:30	Abendessen		Abendessen		18:30 Abendessen				
19:00	Freizeit	Freizeit	Freizeit/Sport		Freizeit Ausgang Exp.	Freizeit			
23:00	Zimmeraufenthalt					23:00 Zimmeraufenthalt			
23:30	Nachtruhe						23:30 Nachtruhe		
Hinweis: Während des Vormittags sind Sprechstunden beim Arzt, der Schuldnerberatung, beim sozialen Dienst sowie beim Bezugstherapeuten möglich.									

Konzeptergänzung - Fachklinik Friedrichshof - bwlw gGmbH - 04.2013 indikatives Angebot für die Behandlung von pathologischem Glücksspiel im Rahmen stationärer Rehabilitation Drogenabhängiger

Anhang 4 - Schuldenbilanz und Regulierung

Fachklinik Friedrichshof	Schuldenbilanz und Regulierung	 <small>Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH</small>
-------------------------------------	---	---

Name: _____ Datum: _____

Alle Gläubiger Name/Institut	Schulden zum jetzigen Zeitpunkt	Momentane Regelung	Neue Regelung	Tatsächlich gezahlte Monatsraten				
				Monat	Monat	Monat	Monat	Restschuld
Gesamt								

Anhang 5 - Monatshaushaltsplan

Fachklinik Friedrichshof	Monatshaushaltsplan	
-------------------------------------	----------------------------	---

Name: _____

Datum: _____

Einnahmen		Ausgaben	
	Euro		Euro
Regelmäßig (Lohn, ALG, Übergangsgeld, Krankengeld etc.)		Miete und Nebenkosten (Strom, Telefon, Müll, Wasser etc.)	
		Familie (Versorgung, Unterhalt, Kinder etc.)	
Zusätzliche Einnahmen		Versicherungen, Beiträge, Vereine etc.	
		Abzahlungen, Schulden, Raten, Kredite etc.	
		Sonstige Ausgaben	
Monatliche Gesamteinnahmen		Feste monatliche Gesamtausgaben	

Monatlicher Überschuss: _____ Euro

Monatliches Taschengeld: _____ Euro

Welchen Betrag _____ Euro kann ich unbedenklich mit mir führen?

Anhang 6 - Tagesausgabenprotokoll

Fachklinik Friedrichshof	Den Überblick behalten - Tagesausgabenprotokoll	 <small>Baden-Württembergischer Landesverband für Prävention und Rehabilitation gGmbH</small>
-------------------------------------	--	---

Name: _____

Datum: _____

Einnahmen		Ausgaben	
	Euro		Euro
Vorhandenes Taschengeld		Tabakwaren	
		Kaffee	
		Lebensmittel	
		Essen gehen	
		Kino/Ausflüge	
		Kleidung	
Zusätzliche Einnahmen		Hygiene-/ Pflegeartikel	
		Zeitungen	
		CDs/Bücher/Medien	
		Sonstige Anschaffungen	
		Sonstige Ausgaben	
Gesamtsumme		Gesamtsumme	

--	--	--	--