Therapiekonzept
der
salus klinik
Lindow

Pathologisches Glücksspiel

Verantwortlich: Schöneck, R. & Cina, R.
Stand Oktober 2023

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

Änderungshistorie

Seite	Datum	Verantwortlicher
1, 3, 29	13.11.2013	PD Dr. J. Lindenmeyer
1	04.12.2014	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 3	27.11.2015	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 29	20.11.2016	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 29	02.11.2017	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1,2, 3, 6, 7, 8, 13, 29, 30, 31	08.11.2018	Prof. Dr. J. Lindenmeyer Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 5, 17	1.11.2019	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 30	02.11.2020	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 2, 3, 30	04.11.2021	Dipl.-Psych. R. Schöneck
1, 3, 17, 21, 25, 31	26.10.2022	Dipl.-Psych. R. Schöneck
keine	18.10.2023	Dipl.-Psych. R. Schöneck

Vorbemerkung

In der salus klinik Lindow werden pathologische Glücksspieler seit der Eröffnung im März 1997 sowohl in der Suchtabteilung als auch in der Psychosomatikabteilung behandelt. Im Verlauf der Jahre haben wir unser Behandlungsangebot für diese Patienten ständig erweitert und spezifiziert. Seit 2006 existiert eine spezifische Gruppe für pathologische Spieler. In 2012 wurden 122 Patienten mit der Diagnose Pathologisches Glücksspiel in der Klinik behandelt (Lindenmeyer und Kolling, 2012). Für den überwiegenden Teil der bislang in der salus klinik Lindow behandelten Spieler stehen Geldspielautomaten im Vordergrund. Demgegenüber ist aber die Zahl der Patienten mit problematischer Nutzung von Online-Spielangeboten (Automatenspiele, Casinospiele und Sportwetten) in letzter Zeit ansteigend. Spätestens seit Juli 2021 sind diese Angebote in Folge des Glücksspielstaatsvertrags legal und stehen dadurch einer noch größeren Gruppe zur Verfügung. Es besteht eine enge Kooperation mit der auf die Behandlung von pathologischem Glücksspiel spezialisierten Berliner Beratungsstelle Cafe Beispiellos der Caritas. Zudem pflegt die Klinik einen engen Kontakt zur Selbsthilfegruppe RESET e.V. in Berlin, die sich auch auf die Beratung und Begleitung von Betroffenen Glücksspielern spezialisiert hat.

Die Klinik ist seit 2006 aktives Mitglied des Fachverbandes Glücksspielsucht e.V. Gemeinsam mit dem Verein Glückspielsucht e.V. Berlin betreibt die Klinik seit 2008 eine offene Begegnungsstätte für Glücksspieler in Berlin (Krumme Straße 92). 2008 ist die Klinik mit einer Halbtagsstelle von der Landesregierung Brandenburg mit dem Aufbau und der Qualifizierung des flächendeckenden Frühinterventionsprogramms bei Pathologischem Glücksspiel in Brandenburg betraut worden. Wir haben ein entsprechendes Behandlungsmanual veröffentlicht (Kulbartz-Klatt und Lindenmeyer, 2013) und die Schulung und Supervision der MitarbeiterInnen der Beratungsstellen übernommen.

Die medizinische Rehabilitation von Pathologischem Glücksspiel in der salus klinik Lindow erfolgt auf der Grundlage der Empfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger 2001. Das vorliegende Behandlungskonzept fußt auf unseren allgemeinen Behandlungskonzepten für Psychosomatik und Sucht (Schöneck und Cina, 2023; Schöneck & Cina, 2023), in denen die Ausstattung und Organisation der Klinik, alle Assessments und Behandlungsangebote (insbesondere die berufsorientierten Therapieangebote) sowie das Qualitätsmanagement dargestellt sind.

R. Schöneck
Direktor

R. Cina
Leitender Arzt

Gliederung

		Seite
1.	**Definition und Epidemiologie**	**05**
2.	**Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung**	**07**
2.1	Krankheitsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung	07
2.2	Die ICF als Grundlage der Behandlung	08
2.3	Schlussfolgerungen für die Behandlung	10
3.	**Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer**	**13**
3.1	Indikationskriterien	13
3.2	Die Indikation zur stationären Behandlung	14
3.3	Behandlungsdauer	15
3.4	Behandlungsziel	16
4.	**Organisation und Module der Behandlung**	**17**
4.1	Einzeltherapie	19
4.2	Regeln und Kontrollen	20
4.3	Angehörigenarbeit	21
4.4	Gruppentherapiekonzept	21
5.	**Therapieablauf**	**23**
5.1	Diagnostik-Phase	23
5.2	Reflexionsphase	24
5.3	Veränderungsphase	25
5.4	Erprobungsphase	26
Literatur		**28**
Anlagen	Exemplarische Wochenpläne	
	Exemplarischer Therapievertrag	

1. Definition und Epidemiologie

Ähnlich wie bei vielen psychischen Störungen bzw. Suchterkrankungen handelt es sich bei pathologischem Glücksspiel um eine schleichende Entwicklung. Anfangs stehen häufig überraschende Gewinne und damit verbundene stimulierende bzw. euphorisierende Erlebnisse im Vordergrund. Der Übergang zu einem selbstschädigenden Verhalten ist fließend und für die Betroffenen und ihre Umgebung nicht immer sofort erkennbar: Die Betroffenen verbringen allmählich immer mehr Zeit mit Glücksspiel bzw. mit der dafür notwendigen Beschaffung von Geld. Auch wenn es keine klare Grenze zwischen einer harmlosen Spielleidenschaft und pathologischem Glücksspielverhalten gibt, kann man spätestens dann von einer behandlungswürdigen Erkrankung ausgehen, wenn andere Lebensbereiche durch das Spielen in Mitleidenschaft gezogen werden, es den Betroffenen aber trotz Geldknappheit oder Vorwürfen durch Angehörige nicht mehr gelingt, ihr Spielverhalten einzustellen. Vielmehr glauben sie, dem immer stärker werdenden Außendruck nur durch erneutes Spielen entgehen zu können. Am Ende dieses Teufelskreises stehen schließlich:

- Verschuldung
- Verzweiflung der Betroffenen bis hin zu Suizidalität
- Verzweiflung der Familie und Angehörigen
- Druck des Arbeitgebers bzw. der Arbeitsagentur
- Gefährdung bzw. erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit

Nach ICD-10 besteht die Störung F63.0 pathologisches Spielen in häufig wiederholtem episodenhaftem Glückspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt (Dilling et al., 1994).

Allerdings ist zu beachten, dass es sich bei pathologischen Glücksspielern um eine sehr heterogene Gruppe handelt, weswegen bis heute in Fachkreisen eine teilweise erbitterte Debatte darüber geführt wird, ob es sich bei pathologischem Glücksspiel um eine Sucht handelt oder nicht (Lindenmeyer, 2004; Romanczuk-Seifert. 2015;). Tatsächlich gibt es Betroffene, bei denen man bis zuletzt erkennen kann, dass das Spielverhalten lediglich eine untaugliche, verzweifelte oder autoaggressive Ersatzlösung für ein anderweitiges Problem darstellt. In diesen Fällen kann man hoffen, dass sich das exzessive Spielen wieder legt, wenn die ursächlichen Probleme gelöst wurden. Bei vielen Betroffenen hat sich das Spielverhalten dagegen vollkommen verselbstständigt und unterliegt nunmehr den gleichen, dem bewussten Willen nicht mehr uneingeschränkt unterliegenden Mechanismen wie eine Suchtmittelabhängigkeit. In diesem Fall ist eine unmittelbare Behandlung des Spielverhaltens als eigenständiges Problem erforderlich.

Die Empfehlung der Spitzenverbände unterscheidet <u>4 Gruppen von Spielern</u>:

Gruppe A: Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit

Gruppe B: Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung insbesondere narzisstischer Art aufweisen

Gruppe C: Pathologische Glücksspieler, die Merkmale einer depressiv-neurotischen Störung oder einer selbstunsicheren/vermeidenden Persönlichkeitsstörung aufweisen

Gruppe D: Pathologische Glücksspieler mit zusätzlicher psychischer Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordert.

Seit 2011 liegt eine für Deutschland aussagekräftige epidemiologische Studie (Meyer et al. 2011) zu den Prävalenzen von behandlungsbedürftigen, pathologischen Glücksspiel und problematischen Spielformen vor. Die 12-Monatsprävalenz für pathologisches Glücksspiel betrug demnach 0,35 Prozent (193.000 Personen) und für problematisches Glücksspielen 0,31 Prozent (172.000 Personen). Die Lebenszeitprävalenz liegt dabei deutlich höher bei ca. 1 Prozent für pathologisches Spielen (ca. 530.000 Personen) und bei 1,4 Prozent für problematische Spielformen (776.069 Personen). Die veröffentlichten Zahlen über den jährlichen Umsatz der Glücksspielbranche legen schon seit Jahren den stabilen Trend zu einer allmähliche Verlagerung weg von den klassischen Glücksspielen (Spielbanken, Spielautomaten) hin zu Wett- und Glücksspielanbietern im Internet nahe (Gebhardt und Grüsser-Sinopoli, 2008; Meyer, G. im Jahrbuch Sucht 2018). Hierbei ist eine systematische Verwischung von sozialen Videospielen und Glücksspielangeboten im Internet zu beobachten (Hayer & Brosowski, 2016).

2. Wissenschaftliche Grundlagen der Behandlung

2.1. Krankheitsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von pathologischem Glücksspiel

Für die Entstehung von pathologischem Glücksspiel sind v.a. positive Verstärkungsmechanismen bestimmend: die durch Glücksspiel erzielten, teilweise hohen Einmalgewinne, die während dem Spielen empfundene positive Spannung und Ablenkung und das (illusionäre) Gefühl von Kontrolle und Spielkompetenz. Entsprechend ist eine verstärkte Anfälligkeit für Glücksspiel in einkommensschwachen Bevölkerungskreisen zu verzeichnen, die über unzureichende finanzielle Mittel zur Befriedigung ihrer Konsumbedürfnisse und entsprechend über eine eingeschränkte Kontrolle hinsichtlich ihrer eigenen Lebenssituation verfügen. Aber auch psychische Probleme, Partnerschaftskonflikte oder Probleme in der Schule oder Arbeit können Auslösebedingungen für verstärktes Glücksspiel darstellen. Denn in all diesen Fällen versprechen Glücksspiel ebenso wie Computerspiele oder Onlinerollenspiele unmittelbare Abhilfe in einer Scheinwelt mit wenigen, klaren, durch jedermann zu erlernenden Regeln.

Für die Verfestigung und schließlich selbstzerstörerische Aufrechterhaltung von pathologischem Glückspielverhalten ist entscheidend, dass die bei fortgesetztem Spielen unvermeidlichen finanziellen Verluste die Betroffenen unter immer stärkeren psychischen und sozialen Druck setzen, dem sie nur durch erneutes Spielen zu entkommen glauben. In ähnlicher Weise bekommen pathologische Computerspieler aufgrund ihrer Vernachlässigung von Alltagspflichten immer mehr Konflikte in ihrem sozialen Umfeld, denen sie sich durch erneutes Spielen im Sinne eines Teufelskreises zu entziehen versuchen (Meyer und Bachmann, 2005). Von daher kommt der Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung große Bedeutung zu.

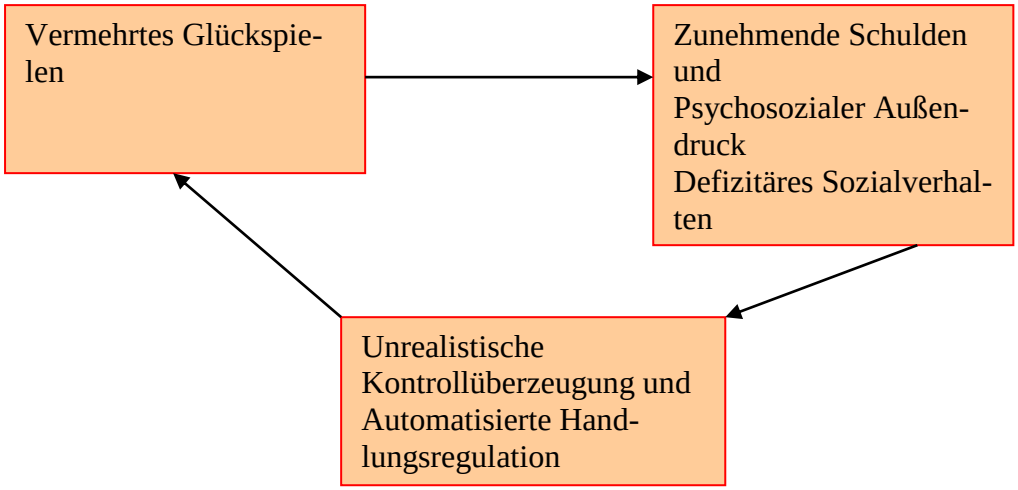

Abb. 1: Teufelskreismodell bei pathologischem Glücksspiel

Entscheidend für den entstehenden Teufelskreis von Schulden und erneutem Glücksspiel ist, dass Spieler der Illusion erliegen, die zufallsbedingten Spielausgänge eigenen Fähigkeiten zuzuschreiben bzw. in ihrer Wahrscheinlichkeit vorhersagen zu können. Entsprechend konnte in neurophysiologischen Untersuchungen gezeigt werden, dass bei pathologischen Spielern in einer Spielsituation übermäßig solche Gehirnareale aktiviert werden, die eine automatisierte, nicht rational analysierte Informationsverarbeitung widerspiegeln: Spielen wird somit zu einem immer weniger dem freien Willen und rationalen Entscheidungsprozessen unterliegendem Geschehen (Petry et al., 2007).

Erst auf dem Hintergrund einer genauen Bestimmung des im Einzelfall bei einem Patienten entwickelten Entstehungsmodells kann abgeleitet werden, was die strategischen Ansatzpunkte in der Behandlung (sog. Targets) sein können (Kanfer et al., 1996):

- Aufbau einer intrinsischen Veränderungsmotivation: Wofür lohnt es sich mein Glücksspielverhalten aufzugeben?
- Überwindung von kognitiven Verzerrungen: Der Spielausgang ist zufallsabhängig und nicht durch Geschicklichkeit zu beeinflussen. Die Nachteile (v. a. Schulden) übersteigen bei Weitem die gelegentlichen Gewinne/Erfolge.
- Rückfallprävention: Identifikation von teilweise unbewussten Auslösefaktoren für erneutes Glücksspiel. Einüben von Bewältigungsfertigkeiten in Risikosituationen. Aushalten von Frustration und Langeweile.
- Selbstwertproblematik: Aufbau von stabilen Quellen für ein positives Selbstwertgefühl. Erkennung und Akzeptanz von persönlichen Grenzen.

- Gefühlsregulation: Umgang mit Aktionsdrang und physiologischer Unruhe. Verbesserte Gefühlswahrnehmung und authentischer Gefühlsausdruck. Umgang mit Ärger und Aggression.
- Beziehungsstörung und Sozialverhalten: Aufbau tragfähiger, authentischer Beziehungen. Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten. Selbstfürsorglicher Umgang mit Vertrauen und Nähe.
- Geld- und Schuldenmanagement.
- Behandlung komorbider psychischer Störungen.

2.2. Die ICF als Grundlage der Behandlung

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung nicht nur auf die Überwindung des pathologischen Spielverhaltens. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch das pathologische Glücksspiel entstandenen Beeinträchtigung der Betroffenen hinsichtlich ihrer Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben (Hillert et al., 2009).
Zur Erfüllung dieser Aufgabe gilt es, die Heuristiken und Kategorien der ICF und des bio-psychosozialen Störungsmodells nicht nur hinsichtlich der Diagnostik und sozialmedizinischen Stellungnahmen zu nutzen, sondern insbesondere hinsichtlich der hilfreichen Interventionen mit Leben zu füllen. Soziale Fragen und Problembereiche – weitere Kontextfaktoren im Sinne der ICF – sind in vielfältiger Hinsicht zu beachten und zu würdigen:

- Ein großer Teil von pathologischen Spielern bewertet private und insbesondere berufliche Belastungen als auslösend, wenn nicht gar ursächlich für die erlebten Beschwerden. Genauso wie Paar- oder Familiengespräche zur Klärung und ggf. Lösung privater Probleme beitragen können, können auch Gespräche bspw. mit Mitarbeitern der betrieblichen Sozialberatung oder Vorgesetzten Entsprechendes für den beruflichen Bereich leisten.
- Zur Klärung qualitativer und quantitativer sozialmedizinisch relevanter Leistungseinschränkungen dienen auch ergotherapeutische (z.B. MELBA), sporttherapeutische (z.B. Ausdauer, Beweglichkeit, EFL), psychologische (z.B. neuropsychologische Diagnostik) und psychotherapeutische (z.B. Interaktionsverhalten in Gruppensituationen) Angebote. Im Weiteren besteht die Möglichkeit externer Belastungserprobungen in benachbarten Betrieben sowie in Kooperation mit dem Berufsförderungswerk Berlin. Die Kooperation unse-

rer Sozialberatung mit den Beratern der Deutschen Rentenversicherung ist zur Klärung einer möglichen Einleitung berufsfördernder Maßnahmen sehr hilfreich.

- Etwa die Hälfte der in unserer Klinik behandelten pathologischen Glücksspieler sind arbeitslos, teils nach SGB III, teils nach SGB II. Unsere Angebote (u.a. PC-Kurse, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, externe Arbeitserprobung) zielen daraufhin, die medizinische Rehabilitation auch zur Verbesserung von Vermittlungschancen zu nutzen.
- Viele unserer Patienten werden in absehbarer Zeit keinen Arbeitsplatz finden. Die subjektiv Sinn gebende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben trotz Arbeitslosigkeit ist ein weiterer Aspekt der Rehabilitation, da ohne diese die Nachhaltigkeit der Rehabilitation – bis zum erhofften Gewinn eines Arbeitsplatzes – erheblich eingeschränkt erscheint. Hierzu haben wir ebenfalls spezifische Behandlungsangebote geschaffen (IG Leben ohne Arbeit, Arbeitstherapie und externes Praktikum zur Steigerung der Motivation für Nachbarschaftshilfe und soziales Engagement).

2.3 Schlussfolgerungen für die Behandlung

Aus den dargestellten Störungsmodellen lassen sich mehrere Maxime für die medizinische Rehabilitationsbehandlung von pathologischen Spielern ableiten:

2.3.1 Realitäts- und Zukunftsorientierung

Die Therapieangebote dürfen sich nicht auf die Überwindung der körperlichen und psychischen Beschwerden beschränken. Vielmehr muss ein teilhabebezogener Ressourcenentwicklungsprozess angestoßen werden, der zeitlich weit über die stationäre Behandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Krankheitsgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses zu erfolgen hat (vgl. Abbildung 2).

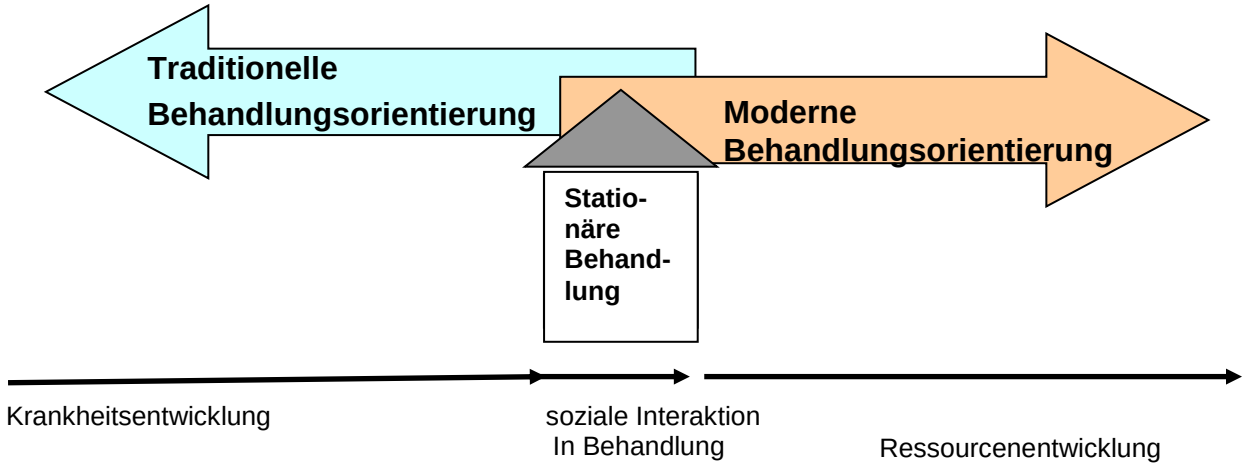

Abb. 2: Veränderte Behandlungsorientierung.

Konkret erfordert dies eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber rein psychotherapeutisch ausgerichteten Therapieangeboten (Hillert et al., 2009).

2.3.2 Nahtlosigkeit

Bei vielen pathologischen Spielern hängt der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der Nahtlosigkeit der einzelnen Therapie- und Nachsorgemaßnahmen sowie der sonstigen Unterstützungsangebote ab (vgl. Abbildung 3).

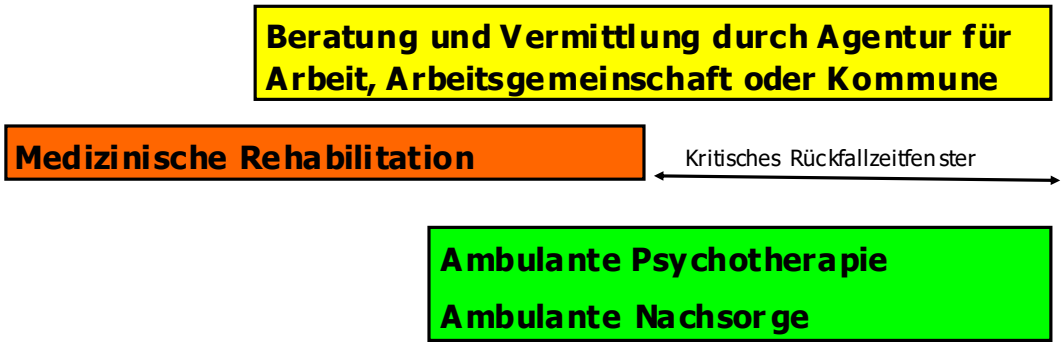

Abb. 3: Die erforderliche Überlappung der verschiedenen Therapie- und Unterstützungsangebote für pathologische Spieler.

Beispielsweise ist bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung anzustreben, dass Vereinbarungen zur ambulanten Weiterbehandlung dadurch einen möglichst hohen Verbindlichkeitscharakter erhalten, dass sie frühzeitig beantragt und genehmigt werden und dass bereits aus der stationären Behandlung heraus erste ambulante Termine wahrgenommen werden können. Voraussetzung hierfür ist, dass regelhaft der Stand des Patienten durch Kontakte zum Vorbehandler eruiert wird. Hier bieten wir durch die enge Kooperation mit der Beratungsstelle Cafe Beispiellos (Berlin), unserer mit dem Verein Glücksspielsucht e.V. gemeinsam betriebenen Begegnungsstätte für Glücksspieler und dem Netz von durch uns geschulten Beratungsstellen im Land Brandenburg besonders günstige Voraussetzungen. Auch eine integrierte Kooperation mit der Arbeitsverwaltung haben wir im Landkreis Potsdam-Mittelmark mit Hilfe unserer 4 Beratungsstellen modellhaft verwirklicht.

2.3.3 Veränderungsphasengerechte Differenzierung der Behandlung

Bei der Auswahl des Therapiesettings und der Therapieschwerpunkte sollte neben den individuellen Problembereichen eines Patienten immer auch die Veränderungsphase hinsichtlich seiner Bewältigungsbemühungen (Prochaska und DiClemente, 1986). Berücksichtigung finden, so dass sich insgesamt ein zwei-dimensionales Modell der Therapieindividualisierung ergibt.

- Die Horizontale bestimmt die indizierten inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung und das hierfür erforderliche Therapiesetting.
- Die Senkrechte bestimmt dagegen die hierbei indizierte therapeutische Interaktionsform und das Behandlungssetting in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft eines Patienten: Bei Patienten mit großer Veränderungsambivalenz
  in der Precontemplationphase werden durch konfrontatives bzw. direktives Therapeutenverhalten häufig Widerstand und Reaktanz auf Seiten des Patienten erzeugt, bis hin zum Therapieabbruch. Hier haben sich stattdessen eine dosierte, das Selbstkonzept des Patienten nicht bedrohende Informationsvermittlung und die spezifischen Interaktionsstrategien des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 2005) bewährt.

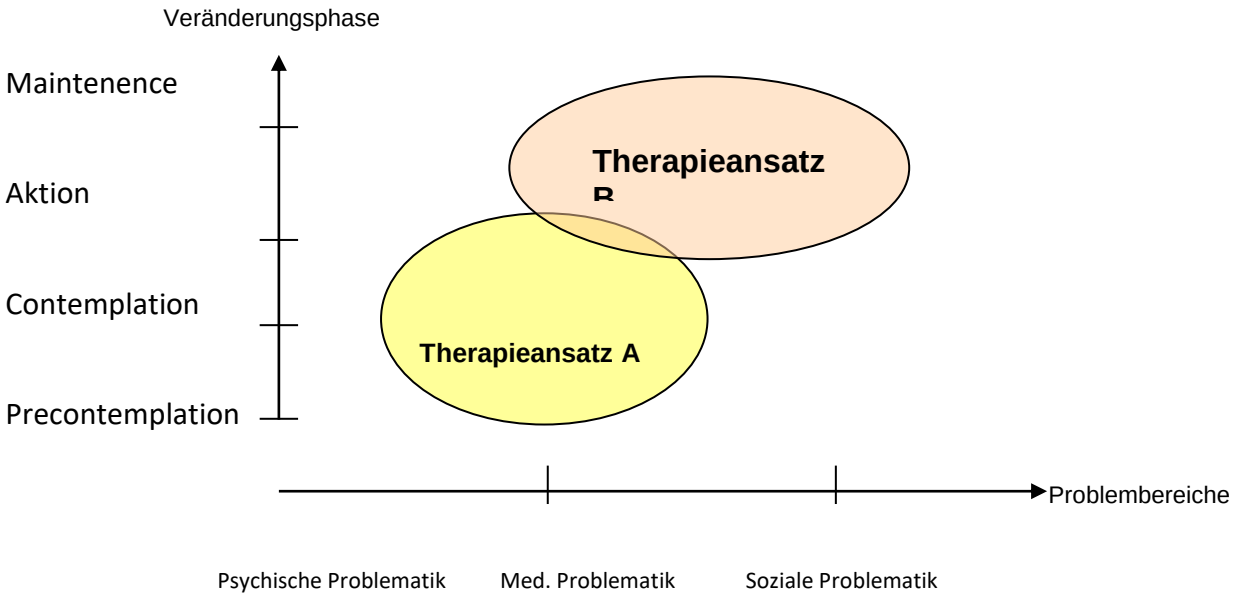

Abb. 4: Zweidimensionale Differenzierungsmöglichkeit von Therapieangeboten

Bei PatientInnen in der Phase von Contemplation ist ein sorgsamer Umgang mit Ambivalenz hinsichtlich einer Veränderung des pathologischen Spielverhaltens erforderlich. Häufig muss der Behandler die Ambivalenz des Patienten von sich aus bewusst machen, anstatt sich mit angepassten Äußerungen des Patienten zufrieden zu geben. Am wirkungsvollsten ist es hierbei, wenn es dem Behandler gelingt, von sich aus mögliche Einwände und Härten der einzelnen Behandlungsvorschläge vorwegzunehmen noch bevor der Patient sie ausgesprochen hat. Dagegen erfordert die therapeutische Anleitung von änderungsbereiten Patienten in der Aktionphase ein eher direktives Therapeutenverhalten, um z.B. beim Kompetenztraining in Rollenspielen oder bei der Einstellungsveränderung durch kognitive Umstrukturierung einen möglichst deutlichen Erfolg zu erzielen. Bei Patienten in der Maintenance-Phase ist v. a. die Förderung von Selbstwirksamkeitsüberzeugung entscheidend. Hier kommt es im Rahmen einer effektiven Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung (Rückfallprävention) darauf an, durch immer stärkere therapeutische Zurückhaltung bei immer schwereren Therapieaufgaben unter Alltagsbedingungen eine möglichst stabile internale Attribuierung der Veränderungserfolge durch den Patienten zu erzielen (Lindenmeyer, 2018).

3. Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer

Aufgrund der größenbedingten Vielfältigkeit der Therapieangebote der salus klinik Lindow kann ein weites Spektrum von körperlichen, psychischen und sozialen Beschwerden von pathologischen Spielern sachgerecht und individuell behandelt werden. Die Behandlungsdauer und die Behandlungsschwerpunkte werden entsprechend nach Indikation und entsprechend der im Vorfeld getroffenen Entscheidung in Form der Bewilligungsbescheide individuell vereinbart.

3.1 Indikationskriterien

Aufgenommen werden volljährige Frauen und Männer mit vorliegendem Bewilligungsbescheid der Rentenversicherungsträger bzw. mit Kostenzusage oder als Privatzahler mit der Diagnose pathologisches Glücksspiel (F 63,0 nach ICD-10).

In der salus klinik Lindow stehen 2 Angebote für die medizinische Rehabilitation von pathologischen Spielern zur Auswahl:

- den meisten PatientInnen mit pathologischem Glückspiel (**Gruppe C und D**) empfehlen wir eine 6-wöchige Behandlung in unserer Psychosomatikabteilung. Bei pathologischen Spielern mit einer Persönlichkeitsstörung (**Gruppe B**) sollte die Behandlung in unserer Psychosomatikabteilung allerdings 3 Monate betragen.

- PatientInnen mit pathologischem Glückspiel und einer Suchtmittelabhängigkeit (**Gruppe A**) empfehlen wir eine 3-monatige Behandlung in unserer Suchtabteilung.

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind akute Suizidalität und akutes psychotisches Geschehen, ansteckende körperliche Krankheiten, die eine Gefährdung für MitpatientInnen darstellen, sowie durch Ansteckung gefährdete körperliche Erkrankungen. Rollstuhlfahrer, permanent gehunfähige oder bettlägerige PatientInnen können nicht aufgenommen werden.

Voraussetzung für die Behandlung ist in jedem Fall die in der Regel durch den Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und eine ausreichend günstige Rehaprognose. Entsprechend ist die Behandlungsgrundlage entzogen, wenn sich im Verlauf der Behandlung Hinweise ergeben, die begründete Zweifel hieran aufkommen lassen. Eine fragliche Behandlungsindikation kann in Absprache mit dem Vorbehandler bzw. dem Leistungsträger durch ein Vorgespräch in der Klinik abgeklärt werden.

3.2 Die Indikation zur stationären Behandlung

Oftmals ist eine stationäre Behandlung besonders geeignet, um aus dem Teufelkreis des pathologischen Glückspiels herauszufinden: Die Betroffenen sind unmittelbar von ihren Alltagssorgen und -anforderungen entlastet. Sie können dadurch in Ruhe über notwendige Veränderungen nachdenken und diese schrittweise in die Tat umsetzen. Je mehr Problembereiche vorliegen, desto dringlicher wird die Indikation zu einer stationären Therapie(phase), die mit einer hohen Dichte an verschiedenen Maßnahmen und mit stabilisierenden Rahmenbedingungen die notwendige Unterstützung gewährleistet. Dies gilt insbesondere, wenn:

- die Befreiung aus einer aktuell belastenden, schwer erträglichen oder gar pathogenen Lebenssituation nötig oder zumindest günstig ist (z.B. Gewalt, destruktive Beziehungen, keine Wohnung, instabile Wohnsituation).
- der Genesungsprozess durch starke Befindlichkeitsschwankungen und häufige Krisen so erschwert wird, dass eine ambulante Therapie nicht regelmäßig stattfinden kann bzw. kein Einsatz am Arbeitsplatz möglich ist.
- die subjektive Sicherheit des Patienten bezüglich der Kontrolle des Problemverhaltens gering ist.
- die Bildung einer störungsspezifischen Behandlungsgruppe ambulant nicht möglich ist.
- mehrere spezifische Therapieangebote, die komplexe Probleme auf mehreren Ebenen gleichzeitig bearbeiten (z.B. bei Multimorbidität) erforderlich sind.
- viel Stützung und Sicherheit beim Experimentieren mit neuen, subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen erforderlich ist.
- das soziale Umfeld so wenig unterstützende Funktion für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen aufweist, dass dies durch ambulante Hilfen nicht kompensiert werden kann.
- es Schwierigkeiten in der Beurteilung und Diagnose gibt, denen nur durch die Möglichkeit zur zeitlich umfassenden und detaillierten Beobachtung und durch häufigen Kontakt begegnet werden kann.
- die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens so beeinträchtigt sind, dass die Belastungen aus Beruf und Familie nicht kompensiert werden können.

3.3 Behandlungsdauer

Im Durchschnitt beträgt die tatsächliche Behandlungsdauer bei der Behandlung von Pathologischen Spielern in Suchteinrichtungen 74,2 (Sonntag et al, 2007) bzw. in Psychosomatikabteilungen 62,5 Tage (Zielke, 2008). Vor diesem Hintergrund empfehlen wir für pathologische Spieler eine Behandlungsdauer von mindestens 6 Wochen in unserer Psychosomatikabteilung bzw. durchschnittlich 3 Monaten in unserer Suchtabteilung.

Hierbei sollte die Behandlungsdauer individuellen Behandlungsbedarf im Einzelfall angepasst werden. Bei pathologischen Spielern sind hierbei v.a. die Dauer der Symptomatik sowie das Ausmaß an Komorbidität und Teilhabestörung zu berücksichtigen. Die Behandlungsdauer ist zunächst durch die Kostenzusage der Leistungsträger vorgegeben. Entsprechend den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer im Verlauf der Behandlung dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nach oben oder nach unten angepasst werden:

- Bei den meisten Leistungsträgern kann eine Verlängerung von bis zu 2 Wochen ohne Beantragung lediglich durch Anzeige erfolgen. In diesem Fall ist diese Verlängerung im Rahmen sogenannter Budgetreglungen durch entsprechende Behandlungsverkürzung bei anderen Patienten auszugleichen.
- Bei einigen Leistungsträgern und allen Kostenträgern ist eine Verlängerung schriftlich zu beantragen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass:

- die Therapieziele des Patienten bereits ausreichend erreicht werden konnten,
- eine ambulante Weiterbehandlung ausreichend erscheint,
- keine Erwerbsfähigkeit erzielt werden kann,
- keine Veränderungsbereitschaft erzielt werden kann.

Folgende Gründe können dagegen eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:

- aufwändige Differentialdiagnostik zu Behandlungsbeginn,
- verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung,
- verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation,
- Rückschläge bzw. Krisen im Behandlungsverlauf,
- verlangsamte Therapiefortschritte,
- Therapieausfall durch interkurrente Erkrankungen,
- schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten (z.B. Trennung, Kündigung, Wohnungslosigkeit),
- keine ausreichende Stabilisierung von Behandlungsfortschritten.

3.4 Behandlungsziel

Um das Hauptziel der Behandlung: Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu erreichen, wird bei pathologischen Glücksspielern grundsätzlich die konsequente Abstinenz von jeglichem Glücksspiel angestrebt (Petry, 2003).

Anderes als bei substanzbezogenen Störungen bedarf es allerdings im Einzelfall einer individuellen Bestimmung, von welchen Spielarten künftig Abstand zu nehmen ist. Denn während dies ganz offensichtlich das Spielen in Casinos oder an Geldspielautomaten sowie Sportwetten oder Pokerspiele betrifft, ist die Grenze bei Skatspiel, Loskaufen oder Aktienkäufen nicht immer leicht zu ziehen. Noch schwieriger ist die Situation, wenn Patient*innen online spielen. Ein Leben ganz ohne Internet ist heutzutage kaum noch realistisch sein dürfte. Hier ist eine therapeutische Dogmatik wenig hilfreich. Es bedarf vielmehr im Einzelfall einer sorgfältigen Abwägung und v.a. einer gemeinsamen Abstimmung mit dem Patienten, soll das Behandlungsziel später auch im Alltag Bestand haben.

Neben den Vorstellungen des Patienten und seines Bezugstherapeuten sind bei der Zielbestimmung allerdings immer auch auf eine diesbezügliche Passung mit dem Verständnis von Weiterbehandlern und Selbsthilfegruppen zu achten. Insbesondere wird ein Betroffener den prognostisch günstigen Anschluss an eine Selbsthilfegruppe nur dann finden, wenn seine persönliche Zielsetzung kompatibel mit den Vorstellungen der anderen Gruppenmitglieder ist.

4. Organisation und Module der Behandlung

Unser Behandlungsschwerpunkt für PatientInnen mit pathologischem Glückspiel umfasst für alle Betroffenen standardmäßig folgende Elemente:

- engmaschige Einzeltherapie (mind. 2 Termine pro Woche): Der Bezugstherapeut ist der Lotse im gesamten Behandlungsprozess. Schwerpunkte der Einzeltherapie sind der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung, die Durchführung und gemeinsame Auswertung der Diagnostik, die Entwicklung eines individuellen Störungsmodells, die Aufstellung und stetige Anpassung des individuellen Therapieplanes, die Einleitung der Nachsorge und die Bewältigung von Krisen bzw. Konflikten im Therapieverlauf.
- Indikative Gruppe „pathologisches Glückspiel“ (4 Termine pro Woche á 90 Minuten mit mind. 6 und max. 12 Teilnehmern): Inhaltliche Schwerpunkte sind der Aufbau eines Störungsverständnisses, die Identifizierung und Überwindung von störungsspezifischen kognitiven Verzerrungen, der Abbau von sozialem Vermeidungsverhalten, der Aufbau von angemessenem Sozial- und Konfliktverhalten, die Entwicklung und Erprobung von störungsspezifischen Rückfallpräventionsstrategien und die Anbindung an eine Selbsthilfegruppe. Als inhaltlicher Leitfaden dienen hierbei die in gedruckter Form vorliegenden Teilnehmermaterialien, mit deren Hilfe die PatientInnen die einzelnen Therapieinhalte schriftlich bearbeiten.
- Indikative Gruppe „Umgang mit Geld“ (4 Termine pro Woche á 90 Minuten mit max. 12 Teilnehmern): Inhaltliche Schwerpunkte sind eine realistische Selbsteinschätzung der eigenen Finanzsituation, das konsequente Führen eines Haushaltsbuches über die gesamte Therapiezeit sowie die Vorbereitung und Einleitung einer Schuldenregulierung.
- Ausdauertraining „Nordic Walking“ (3 Termine pro Woche mit max. 12 Teilnehmern). Hier geht es vorrangig darum, der körperlich Passivität verbunden mit Übergewicht vieler pathologischer Spieler entgegenzuwirken. Gleichzeitig sollen die Patienten aber auch die Vorteile einer gleichmäßigen und nachhaltigen Aktivität im Gegensatz zur kurzfristigen Hektik des Glücksspiels erleben.

Andererseits können die Probleme bei Pathologischem Glücksspiel im Einzelfall ganz unterschiedliche Formen und Ausmaße annehmen, außerdem kann der Zusammenhang mit weiteren Problemen jeweils anders sein. Entsprechend haben wir keine Standardbehandlung, sondern erarbeiten gemeinsam mit den PatientInnen einen persönlichen Behandlungsplan. Wir verfügen dabei über mehr als 40 sog. indikative Therapieangebote (siehe Lindenmeyer und Kolling, 2008; Lindenmeyer & Kolling, 2009). Patienten mit pathologischem Glücksspiel nutzen besonders häufig:

- Therapieangebote zum verbesserten Umgang mit sich selbst und anderen
  z.B. Selbstsicherheitstraining, Umgang mit Ärger und Aggression, Frauengruppe
- Körperorientierte Therapieangebote

z.B. Bogenschießen, Fitnesstraining, Tai Chi, Ernährungsgruppe, Adipositassport, Wassergymnastik, Entspannungstraining,

- Therapieangebote zur Förderung der Kreativität und aktiven Freizeitgestaltung
  z.B. Maltherapie, Ergotherapie, Genusstraining,
- Therapieangebote zur sozialen Reintegration
  z.B. Computertraining, Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Stress am Arbeitsplatz.

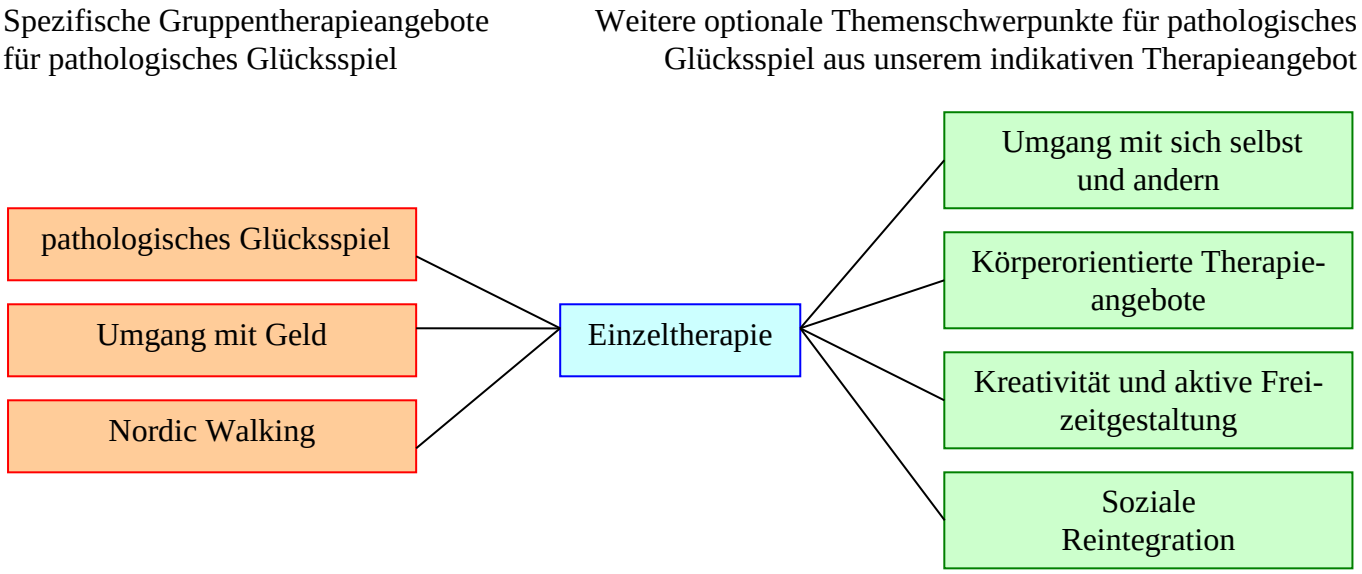

Abb. 5: Behandlungsangebote für Pathologisches Glücksspiel

Wesentlich für das Verständnis der Behandlungsplanung ist, dass die Rehabilitanden die gebotene Vielfalt nicht als „therapeutischen Supermarkt“ missverstehen, aus dem man so viel wie möglich kostenlos mitnimmt, sondern dass in der gemeinsamen Therapieplanung die Prioritäten so gesetzt werden, dass vor allem diejenigen Methoden in Anspruch genommen werden, die für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg notwendig und sinnvoll sind.

Um pathologischen Spielern mit entsprechender Komorbidität eine geeignete Behandlung ihrer weiteren Störung zu ermöglichen erfolgt je nach Kostenzusage ihre Integration in unsere Sucht- bzw. Psychosomatikabteilung.

- In der Suchtabteilung werden die meisten pathologischen Spieler in der speziellen Bezugsgruppe „Glücksspiel und Sucht“ aufgenommen. In dieser Gruppe haben alle Patienten beide Diagnosen. Bei spezieller Indikation erfolgt eine Aufnahme in die Bezugsgruppen „Medikamentenabhängige“, „Führungskräfte“ oder „Polizisten“, um den Patienten die Identifikation mit Mitpatienten zu erleichtern.

- In der Psychosomatik ist je nach Indikation eine Zuteilung der Patienten in die täglich stattfindende störungsspezifische Therapiegruppe „Angststörungen“, „Depression“, „Persönlichkeitsstörung“, „Essstörung“ oder „Somatoforme Störung“ möglich.

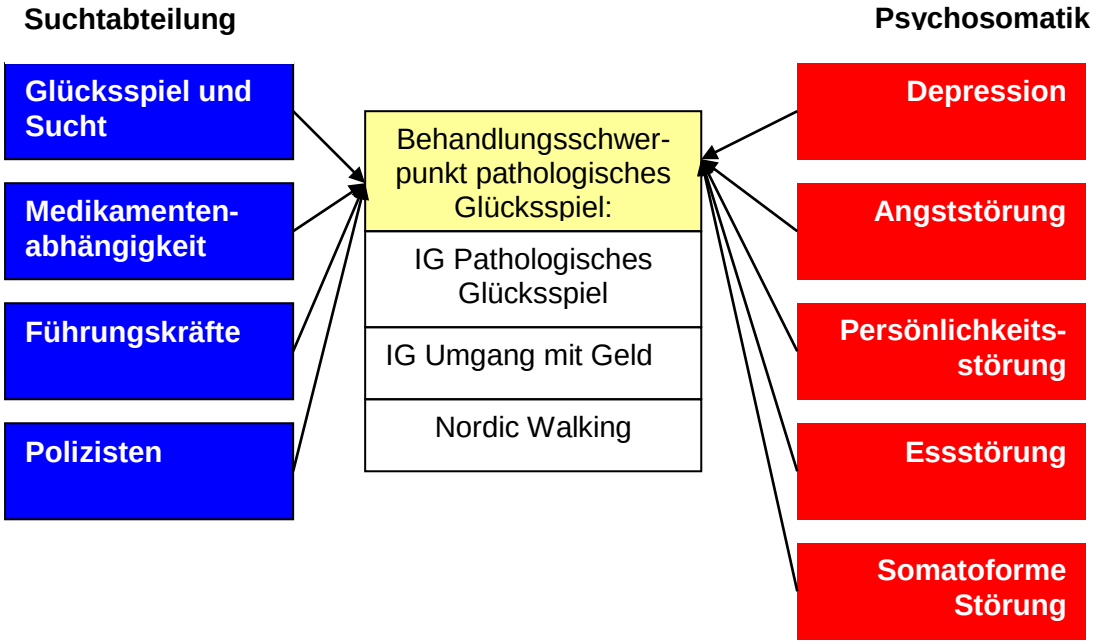

Abb. 6: Verankerung der Patienten mit pathologischem Glücksspiel in der Psychosomatik- (Gruppe B,C,D) bzw. in der Suchtabteilung (Gruppe A)

4.1 Einzeltherapie

Die engmaschige Einzeltherapie mit mindestens 2 Kontakten pro Woche dient v.a. dazu, die Therapiemaßnahmen und die Therapiedauer individuell auf die Problematik des einzelnen Patienten abzustimmen. Um allerdings einerseits angesichts der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Behandler in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung zielgerichtet arbeiten zu können und andererseits zu verhindern, immer wieder durch Konflikte im Klinikalltag in einer kontinuierlichen Therapie unterbrochen zu werden, haben die Einzelgespräche folgende Ablaufstruktur:

- Begrüßung
- Gab es erneutes Glückspiel oder Situationen, in denen der Patient Spieldrang verspürt hat? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Gab es sog. "therapieschädigendes Verhalten" z.B. Nichtteilnahme, Nichterledigen von Aufgaben, Regelverstöße, negative Äußerungen über Therapie, kritische Rückmeldungen von therapeutischen Mitarbeitern? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Besprechung der Therapieaufgabe des Patienten aus der letzten Sitzung
- Thema der Stunde
- Erneute Therapieaufgabe bzw. Wochenplanung für den Patienten

Die Frequenz der Einzeltherapie richtet sich nach der individuellen Indikation jedes Patienten. Bei vielen PatientInnen mit pathologischem Glücksspiel sind 2 Einzelgespräche pro Woche ausreichend. Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung haben in der ersten Therapiehälfte täglich ein Einzelgespräch, um das selbstschädigende Verhalten bzw. ihr gestörtes Interaktionsverhalten nicht durch erst in der Folge vermehrt angesetzte Einzeltherapietermine ungewollt zu verstärken.

4.2 Regeln und Kontrollen

In der Behandlung von pathologischem Glücksspiel ist vielfach ein Wiederaufleben all jener rigiden und strengen Regelungen zu verzeichnen, die man in der Behandlung von substanzgebundenen Abhängigkeiten in den letzten Jahren mühsam überwunden hat: Ausgangssperren, Taschengeldkontrollen, keinerlei PC-Nutzung, Abgabe der Verfügung über Konten etc.. Begründet wird dies mit der häufigen Neigung von pathologischen Spielern, jede Interaktion als ein Spiel aufzugreifen, in dem grundsätzlich immer alle Spielräume bis zum Extrem zum eigenen Nutzen ausgenutzt werden müssen. Wir halten eine solch standardisierte Reglementierung von Patienten nicht für hilfreich, sondern sehen die Behandlung entsprechend dem Selbstverständnis der Dialektischen Verhaltenstherapie immer in einer Balance zwischen den beiden Prinzipien Validation und Veränderung (Miller und Rollnick, 2004):

- Das Prinzip Validation bedeutet, als Therapeut zunächst die „gute Absicht“ auch bei gestörtem Interaktionsverhalten eines Patienten anzuerkennen und dem Patienten explizit zurückzumelden.
- Das Prinzip Veränderung bedeutet, dem Patienten zu einer Optimierung seines gestörten Interaktionsverhaltens anzuhalten.

Entsprechend erfolgt bei pathologischen Glücksspielern im Rahmen der Einzeltherapie die Aufstellung eines individuellen Therapievertrages, der eine Reihe glücksspielspezifischer Regelungen enthält (siehe Anhang):

- welche Formen von Glücksspiel sind während der Behandlung verboten,
- wie hat sich der Patient bei einem Rückfall zu verhalten, damit die Behandlung fortgesetzt werden kann,
- welche Grenzen und Einschränkungen gelten in der Nutzung von PCs und Internet,
- welche Grenzen und Einschränkungen gelten im Umgang mit Geld (Alle Patienten mit pathologischem Glücksspiel haben ein exaktes Haushaltsbuch über ihre Ausgaben zu führen, das 4x wöchentlich in der Indikativgruppe „Umgang mit Geld“ thematisiert wird).

Die Aufstellung des individuellen Therapievertrages erfolgt unter Berücksichtigung der Vorstellungen von Vor- und Weiterbehandlern, um diesbezüglich ein Höchstmaß an Transparenz und Konstanz zu erzielen und Konzeptbrüche zu vermeiden. Insbesondere mit der Berliner Beratungsstelle für Glücksspiel stehen wir hierbei in einem engen Abstimmungsprozess.

Die Aufstellung von Verträgen ist nur sinnvoll, wenn deren Einhaltung auch seitens der Klinik kontrolliert wird. Von daher sind Atemalkoholkontrollen (Zufallsprinzip und bei Verdacht) sowie die tägliche Kontrolle des Ausgangsbuches selbstverständlich. Von besonderer Bedeutung bei pathologischen Spielern, ist die obligatorische Führung eines Haushaltsbuches, das von therapeutischer Seite engmaschig kontrolliert wird, sowie die Überwachung der Internet-Nutzung. Letzteres geschieht durch obligatorische An- und Abmeldung im W-LAN-System der Klinik. Im begründeten Einzelfall kann auch vereinbart werden, dass der Betroffen vorübergehend die Verfügung über sein Konto abtritt und vom Therapeuten lediglich wöchentlich einen gemeinsam bestimmten Betrag ausgezahlt bekommt. Allerdings sollen diese Kontrollmaßnahmen nicht dazu führen, dass die Verantwortung der Überwachung ausschließlich auf die Klinik übergeht, ohne dass der Betroffene oder Mitpatienten Mitverantwortung tragen. Wir können seit vielen Jahren in unseren Qualitätsberichten nachweisen, dass die Hälfte aller Rückfälle von unseren Patienten selbst bzw. von Mitpatienten gemeldet wird.

4.3 Angehörigenarbeit

Die wichtigsten Bezugspersonen der PatientInnen werden, wenn sie bei der Aufnahme nicht anwesend waren, durch die BezugstherapeutInnen in einem ausführlichen Brief über das Behandlungskonzept informiert und zu einer aktiven Beteiligung an der Behandlung eingeladen.

Für alle Angehörigen und Bekannten von PatientInnen findet jeden Samstag (Psychosomatik) bzw. jeden Sonntag (Suchtabteilung) eine Informationsveranstaltung in der Klinik statt. In ihr werden das Störungsmodell und das Behandlungskonzept der Klinik erläutert. Außerdem besteht die Möglichkeit, auf Fragen von Angehörigen einzugehen.

Die engsten Lebenspartner eines Patienten werden nach Möglichkeit an der Einzeltherapie in Form von Paargesprächen beteiligt.

4.4 Gruppentherapiekonzept

Bei allen Gruppentherapieangeboten der Klinik handelt sich um sogenannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende PatientInnen durch neue PatientInnen ersetzt werden. Der Vorteil von halboffenen Gruppen gegenüber sog. „geschlossenen“ Gruppen besteht in der Möglichkeit einer individuell unterschiedlich langen Gruppenteilnahme in Abhängigkeit von der Problematik eines Patienten, sowie in einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Aufgrund der ständigen Fluktuation der PatientInnen innerhalb halboffener Gruppen ist es allerdings nur

bedingt möglich, die in den veröffentlichten Gruppentherapiemanualen dargestellte Abfolge von aufeinander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Stattdessen wird für jeden einzelnen Patienten ein inhaltlicher Verlauf innerhalb der Gruppentherapie konzipiert, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt wird. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere PatientInnen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Lindenmeyer, 2005). Die Teilnehmerzahl beträgt mind. 6 und max. 12 Personen.

Anders als in einer Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für die PatientInnen niemals selbstverständlich. Entscheidend ist daher, dass der Patient sich zu jedem Zeitpunkt zumindest im Groben darüber im Klaren ist, wozu er an der Therapiegruppe teilnimmt. Entsprechend sollte der Patient vom Therapeuten immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapiesitzungen betraut werden, auf die er sich vorbereiten

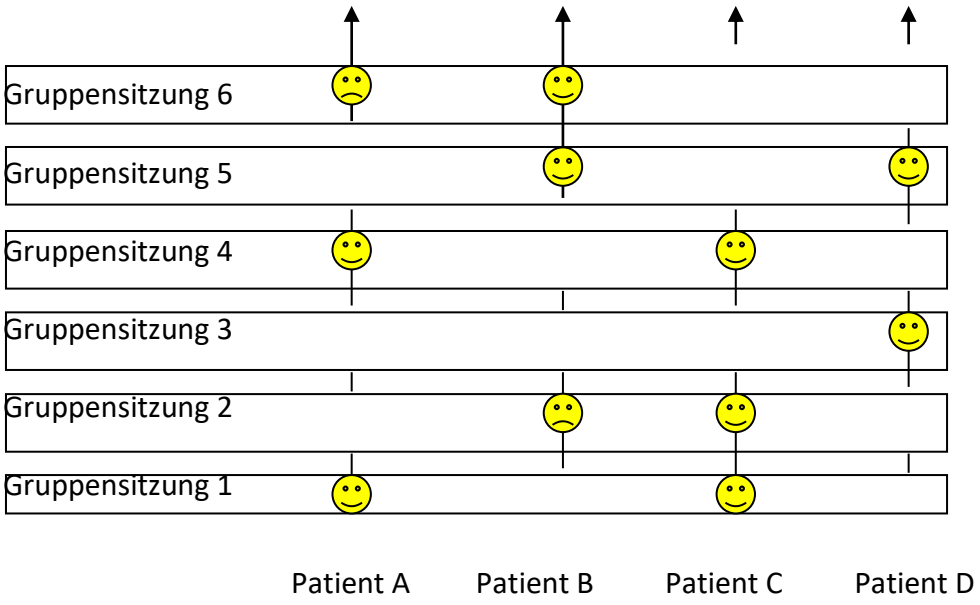

Abb. 7: Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

kann und die ein für ihn transparentes Ziel verfolgen. Entsprechend verfügt jedes Gruppentherapieangebot über Teilnehmermaterialien, deren Durcharbeitung für den Patienten sozusagen den „roten Faden“ seiner Behandlung bildet.

Der Schwerpunkt kann bei diesen Therapieaufgaben in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

- von den MitpatientInnen Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,
- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,

- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht v.a. darin:
- neuen PatientInnen die Integration in die Therapiegruppe zu ermöglichen,
- für gute instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen,
- der Gruppentherapie für jeden einzelnen Patienten inhaltlich einen roten Faden zu geben.

5. THERAPIEABLAUF

5.1 Diagnostik-Phase

Alle PatientInnen werden zunächst einem ein- bis dreitägigen Intensiv-Sceeningverfahren unterzogen. Um ihnen die Orientierung und das Einleben in der Klinik zu erleichtern werden allen neuen PatientInnen sog. „PatenpatientInnen“ zur Seite gestellt. Hierbei handelt es sich um einen Patienten, der schon länger im Haus ist, und dem Neuling freiwillig unterstützt.

Die ausführliche medizinisch-psychologische Untersuchung dient zur Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z. B. medikamentöse Versorgung bzw. Einstellung) und sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren), sowie der selektiven Indikationsstellung, der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Information der PatientInnen über das weitere Vorgehen. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jedes Patienten geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit seiner (Glücks-)Spielproblematik befindet.

Aus Sicht der PatientInnen stellt die Diagnostikphase sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der PatientInnen schaffen helfen. Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der PatientInnen. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der TherapeutInnen. Die PatientInnen werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

Nach Abschluss aller Untersuchungen werden den PatientInnen im Rahmen eines ausführlichen Auswertungsgesprächs die Ergebnisse unmittelbar zurückgemeldet und in ein einfaches, plausibles Erklärungsmodell durch ihre BezugstherapeutInnen zusammengefasst. Daraus werden die individuellen Behandlungsschwerpunkte, die in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen und die voraussichtliche Behandlungsdauer abgeleitet. Die Untersuchungsergebnisse werden außerdem in Beziehung gesetzt zu der Einschätzung durch Vorbehandler und Angehörige sowie zu den Erwartungen der PatientInnen selbst. Die PatientInnen haben Gelegenheit, Fragen hinsichtlich der weiteren Behandlung zu klären und eventuelle terminliche/organisatorische Probleme zu besprechen.

Schließlich entscheiden die PatientInnen, inwieweit sie der vorgeschlagenen Behandlungsform zustimmen können. Ambivalenz oder mangelnde Zustimmung der PatientInnen werden von therapeutischer Seite ausdrücklich entpathologisiert. In diesem Fall wird den PatientInnen empfoh-

len, im Verlauf der anschließenden Selbstreflexionsphase an speziellen Motivationsförderungsmaßnahmen teilzunehmen, um zu einer besseren Informationsgrundlage für eine endgültige Therapieentscheidung zu kommen. Leistungsträger und bei Einwilligung der PatientInnen die Vorbehandler (Hausärztin/arzt, Beratungsstelle, betriebliche SuchtkrankenhelferInnen) erhalten eine sofortige Rückmeldung über die Ergebnisse der Diagnostikphase und Therapievereinbarungen in Form eines Aufnahmeberichts. Auf dieser Grundlage wird Kontakt mit dem Vorbehandler aufgenommen, um den Stand der PatientInnen zu objektivieren und eine Abstimmung der therapeutischen Strategie vorzunehmen.

5.2 Reflexionsphase

Hier geht es darum, die (Glücks)spielproblematik der PatientInnen für die Betroffenen verständlich zu machen und die Zusammenhänge der einzelnen Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu der persönlichen Biografie und Alltagsrealität zu erhellen. Denn auch bei großem Leidensdruck sind viele PatientInnen hinsichtlich jeder Veränderung sehr ambivalent, weil ihr Problemverhalten ursprünglich durchaus zur Bewältigung persönlicher Krisensituationen geeignet war, den Normen ihrer Umgebung oder Erziehung entspricht oder sogar zur Stabilisierung von persönlichen Beziehungen oder Familienstrukturen beiträgt. Je nach Einzelfall kann der Schwerpunkt der Reflexionsphase auf folgenden Inhalten liegen:

- genaue Analyse der körperlichen, psychischen und sozialen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der individuellen Spielproblematik der PatientInnen,
- Überwindung von Scham- und Schuldgefühlen, um das volle Ausmaß und die Folgen des eigenen Problemverhaltens für andere erkennen zu können,
- dosierte störungsspezifische Informationsvermittlung, um eine therapiegünstige Kausalattribuierung und Veränderungserwartung entwickeln sowie verstärkt Selbstverantwortung übernehmen zu können,
- Entwicklung persönlicher Veränderungsziele und einer realistischen Lebensperspektive.

Indikationsabhängig kann hierbei eine einzeltherapeutische Verhaltensanalyse oder die gemeinsame Auseinandersetzung innerhalb der Indikationsgruppe „Pathologisches Glücksspiel“ im Vordergrund stehen. Außerdem nehmen die PatientInnen in der Regel bereits an den anderen beiden Schwerpunktgruppen für pathologische Glücksspieler teil: Indikationsgruppe „Umgang mit Geld“ und „Nordic Walking“. Bei Einverständnis der PatientInnen kann auch eine Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige, ArbeitskollegInnen oder Vorgesetzte) erfolgen, selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes.

In der Suchtabteilung nehmen Patienten mit pathologischem Glücksspiel zusätzlich 4x pro Woche an der Bezugsgruppe „Sucht und Pathologisches Glücksspiel“ teil. In der Psychosomatikabteilung nehmen PatientInnen mit pathologischem Glücksspiel dagegen indikationsabhängig 5x pro Woche

an den störungsspezifischen Gruppen „Depression“, „Angststörung“, „Essstörung“ oder „Persönlichkeitsstörung teil“.

Während dieser Phase sollen die individuell mit den PatientInnen vereinbarten Rahmenbedingungen ihres Klinikaufenthalts (Ausgangsregelung, Besuchszeiten etc.) eine besondere Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ohne Ablenkung oder Anforderungen von außen, einen gewissen Schutz vor Überforderung sowie einen Schonraum zur selbstkonzeptkonformen Änderung von Einstellungen und Sichtweisen ohne Druck durch Bezugspersonen ermöglichen.

Der Ausgang kann sich bis maximal 22.45 Uhr erstrecken und wird in der üblichen Weise über Ausgangsbücher und Stichproben kontrolliert. Sollte nach besonderer medizinischer bzw. therapeutischer Indikation im Einzelfall ein Ausgang nach 22.45 Uhr hinaus vereinbart werden, so muss sich der Patient in jedem Fall persönlich auf der medizinischen Aufnahmestation zurückmelden.

Zum Abschluss der Reflexionsphase werden die PatientInnen systematisch ermutigt, sich unter gründlicher Abwägung aller Vor- und Nachteile bzw. Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte für oder gegen die vorgeschlagenen Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden. Falls erforderlich kann der Therapeut hier auch bei unterschiedlichen Auffassungen von PatientInnen und ihren Bezugspersonen vermitteln.

5.3 Veränderungsphase

Die vorgeschlagenen Behandlungsangebote sind in jedem Einzelfall unterschiedlich. Der „rote Faden“ der Gesamtbehandlung ist die kontinuierliche Betreuung der PatientInnen durch ihre BezugsärztInnen bzw. BezugstherapeutInnen im Rahmen einer engmaschigen Einzeltherapie und der Teilnahme an der Indikationsgruppe „Pathologisches Glücksspiel“. Zur Bearbeitung spezifischer Problembereiche besuchen die PatientInnen zusätzlich einzelne indikative Therapieangebote aus dem psychotherapeutischen, sozialrehabilitativen und sporttherapeutischen Bereich. Das relative Ausmaß dieser inhaltlichen Bereiche innerhalb des Gesamtbehandlungsplans eines Patienten kann vollkommen unterschiedlich sein:

- bei sozial bzw. beruflich desintegrierten PatientInnen kann vorrangig eine soziale Reintegrationsbehandlung erfolgen,
- bei PatientInnen mit vorrangig psychischen Beschwerden kann der Behandlungsschwerpunkt auf eine psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung gelegt werden,
- bei entsprechend organisch geschädigten PatientInnen kann eine vorrangig physiotherapeutisch/medizinisch dominierte Behandlung erfolgen.

Alle adaptiven Indikationsstellungen und Korrekturen des Therapieplanes werden zwischen den PatientInnen und ihren BezugsärztInnen bzw. BezugstherapeutInnen vorgenommen. Auch die

Einbeziehung von Angehörigen erfolgt durch die BezugstherapeutInnen, die dadurch auch für letztere zu festen Ansprechpartnern in der Klinik werden.

Die Therapiefortschritte und Zufriedenheit der PatientInnen und gegebenenfalls der Angehörigen mit dem Therapieverlauf werden regelmäßig durch das Ausfüllen kurzer Fragebögen und in bestimmten Abständen durch veränderungssensitive psychodiagnostische Erhebungsinstrumente erhoben und rückgemeldet.

5.4 Erprobungsphase

So früh wie möglich werden die PatientInnen ermutigt, sich direkt mit persönlich relevanten Problemsituationen in der Alltagsrealität zu konfrontieren, um so ihre Bewältigung ohne Symptom- oder Vermeidungsverhalten zu üben. Sie können dadurch Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten und mehr Selbstbewusstsein gewinnen. Gleichzeitig kann auf diese Weise eine schrittweise Verringerung der Angst und des Misstrauens von Angehörigen erzielt werden. Entsprechend findet in dieser Phase die Behandlung zunehmend auch außerhalb der Therapieeinrichtung statt. Gegen Ende der Behandlung wird die Intensität der Therapeutenkontakte systematisch ausgeschlichen. Die Interventionen beschränken sich zunehmend auf eine Vorbereitung und Auswertung entsprechender Therapieaufgaben. Die PatientInnen protokollieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in entsprechenden Selbstbeobachtungsbögen und werten diese gemeinsam mit ihrem Bezugstherapeuten aus. Falls erforderlich kann der Therapeut PatientInnen auch bei Therapieaufgaben außerhalb der Einrichtung begleiten. Rückschläge oder Complianceprobleme können kurzfristig durch eine Intensivierung der therapeutischen Kontakte aufgefangen werden. Die PatientInnen und ihre Angehörigen lernen auf diese Weise systematisch, ungünstige Entwicklungsverläufe rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls kurzfristig zu korrigieren.

Je nach individueller Indikation werden die PatientInnen von ihren BezugstherapeutInnen systematisch beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, bei der Kontaktaufnahme zu einer Nachsorgeeinrichtung bzw. bei der Einleitung einer ambulanten Weiterbehandlung unterstützt und ermutigt. Für Berliner PatientInnen besteht hierbei eine enge Kooperation zu der offenen Begegnungsstätte des Vereins Glücksspielsucht e.V. und der Beratungsstelle „Cafe Beispiellos“. Für PatientInnen aus Brandenburg besteht eine enge Kooperation mit 15 durch die Klinik konzeptionell im Rahmen des Modellprojekts „Frühintervention bei pathologischem Glücksspiel“ geschulten und supervidierten Beratungsstellen. Nach Möglichkeit suchen die PatientInnen im Rahmen von Erprobungsheimfahrten bereits die vorgeschlagene Nachsorgeeinrichtung auf, um persönlichen Kontakt aufzunehmen und einen nahtlosen Termin nach Abschluss der Behandlung zu vereinbaren. Zur Erleichterung der beruflichen Wiedereingliederung sind außerdem gemeinsame Gespräche an der Arbeitsstelle der PatientInnen möglich.

PatientInnen und ihre Angehörigen markieren schließlich in einem Kalender, den sie in ihrer Wohnung aushängen werden, Rückfallrisiko- bzw. Belastungssituationen innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der stationären Behandlung. Sie vereinbaren außerdem ein individuelles Ausmaß an telefonischen Kontakten zu ihrem Bezugstherapeuten in dieser Zeit. Alle PatientInnen werden darauf hingewiesen, dass für ehemalige PatientInnen eine Hotline eingerichtet wurde, bei der täglich in der Zeit von 19.00 – 21.00 Uhr der diensthabende Arzt bzw. Therapeut telefonisch erreicht werden kann. Die PatientInnen werden ermutigt, diese Unterstützungsmöglichkeit bei Krisen nach Abschluss der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Unmittelbar vor Abschluss der stationären Behandlung füllen die PatientInnen fast alle Fragebögen der Eingangsdiagnostik erneut aus. Die Ergebnisse und insbesondere der Vergleich zu den Eingangswerten werden in einem ausführlichen Therapieabschlussgespräch zwischen PatientInnen und ihren BezugstherapeutInnen erörtert.

Über den Leistungsträger hinaus erhalten mit Einverständnis der PatientInnen Vor- bzw. Nachbehandler einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Abschluss der stationären Behandlung.

Literatur:

Bühringer, G. et al (2007). Pathologisches Glücksspiel in Deutschland: Spiel- und Bevölkerungsrisiken, Sucht, 53, 296-307.

Buth, S., & Stöver, H. (2008). Glücksspielteilnahme und Glücksspielprobleme in Deutschland: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativbefragung. Suchttherapie, 9, 3-11.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.

Gebhardt, I., & Grüsser-Sinopoli, S.M. (2008). Glücksspielsucht in Deutschland - Ökonomie, Recht, Sucht. Berlin: De Gruyter.

Meyer, G. (2018). DHS Jahrbucht Sucht 18, 115-121.

Meyer, G., & Bachmann, M. (2005). Spielsucht – Ursachen und Therapie. Berlin: Springer.

Meyer, C., Rumpf, H.J., Kreuzer, A., de Brito, S., Glorius, S., Jeske, C., Kastirke, N., Porz, S., Schön, D., Westram, A., Klinger, D., Goeze, C., Bischof, G. & John U. (2011). Pathologisches Glücksspiel und Epidemiologie (PAGE): Entstehung, Komorbidität, Remission und Behandlung – Endbericht an das Hessische Ministeriums des Inneren und für Sport. Greifwald und Lübeck: Unveröffentlichter Forscvhungsbericht.

Hayer, T. & Brosowski, T. (2016). Simuliertes Glücksspiel im Internet: Anmerkungen zu möglichen (Sucht-)Gefahren aus psychologischer Sicht. Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 29 (Heft 1), 4-12.

Hillert, A. /Müller-Fahrnow, W., & Radoschewski, F.M. (2009). Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation. Grundlagen und Praxis. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996). Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Lindenmeyer, J. (2004). Vom allgemeinen Defizitmodell zum situationsspezifischen Rückfallrisiko. Anmerkungen zur Sucht-Neurose-Debatte bei Pathologischem Glücksspiel. Verhaltenstherapie, 14, 145-146.

Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In Margraf J. & Schneider, S. (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (4. Aufl.). Berlin: Springer (S. 617-640).

Lindenmeyer, J. & Cina, R. (2012). Jahresbericht der salus klinik Lindow 2012. Lindow: Eigenverlag.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

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

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.

Premper, V., & Schulz, W. (2008). Komorbidität bei Pathologischem Glücksspiel. Sucht, 54, 131-140.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.

Scherrer, J.F. et al. (2007). Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. Addiction, 102, 970-978.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der Suchtabteilung der salus klinik Lindow, Lindow: Eigenverlag.

Schöneck, R. & Cina, R. (2023). Therapiekonzept der Psychosomatikabteilung der salus klinik Lindow, Lindow: Eigenverlag.

Sonntag, D. et al. (2007). Deutsche Suchthilfestatistik 2007 für stationäre Einrichtungen. Sucht, 53(S), S42-S64.

Zielke, M. (2008). Patientenfallgruppen in der medizinischen Rehabilitation am Beispiel der Rehabilitation von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen. Praxis der Klinischen Verhaltenmedizin und Rehabilitation, 80, 143-160.