

Dr. med. Ulrich Kemper

**Community Reinforcement Approach (CRA)
Verstärkende Interventionen im sozialen Umfeld**

**Eine Perspektive für die Bielefelder
Suchtkrankenhilfe?!**

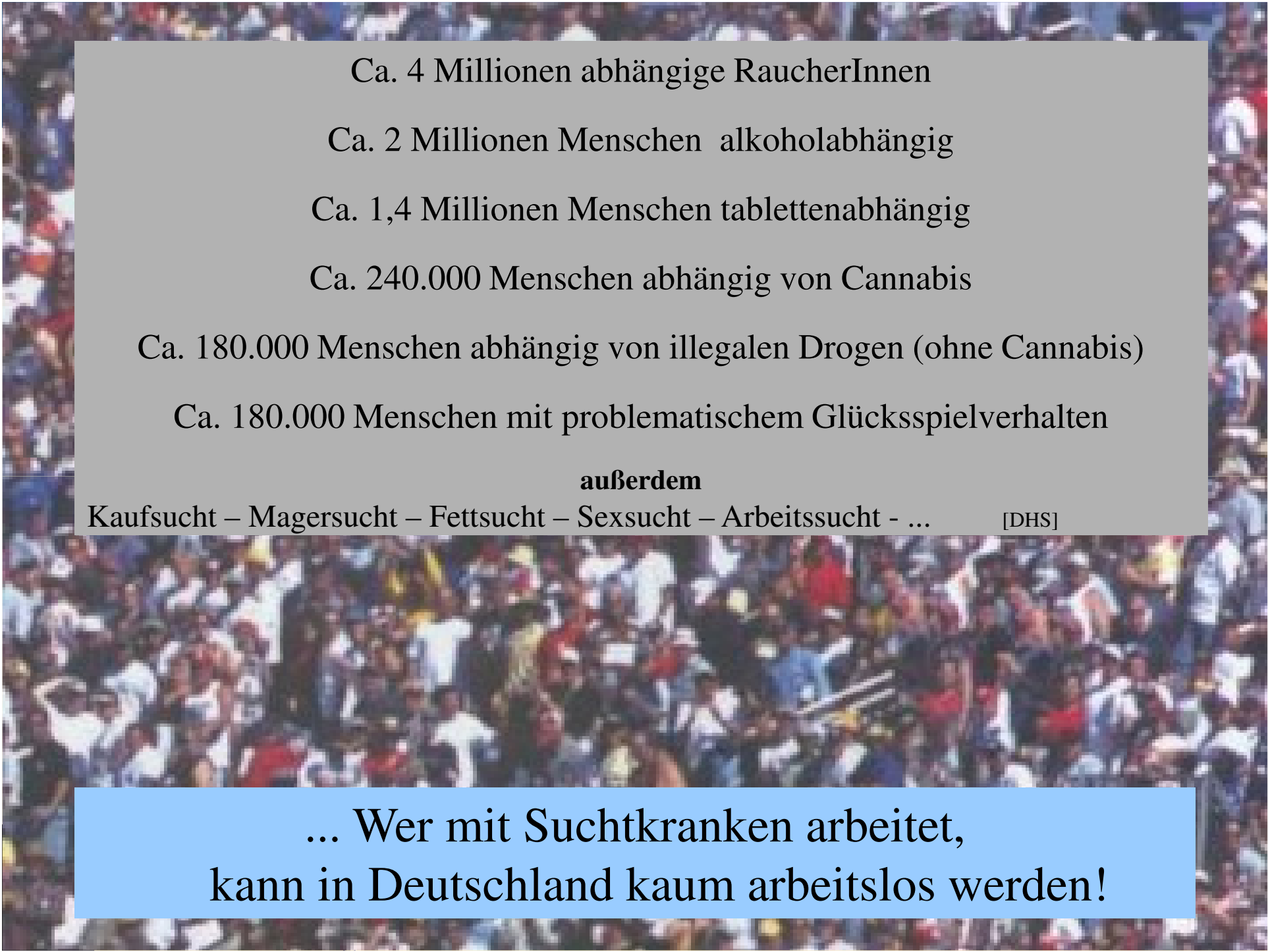


Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2000



Ca. 4 Millionen abhängige RaucherInnen

Ca. 2 Millionen Menschen alkoholabhängig

Ca. 1,4 Millionen Menschen tablettenabhängig

Ca. 240.000 Menschen abhängig von Cannabis

Ca. 180.000 Menschen abhängig von illegalen Drogen (ohne Cannabis)

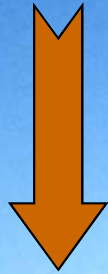
Ca. 180.000 Menschen mit problematischem Glücksspielverhalten

außerdem

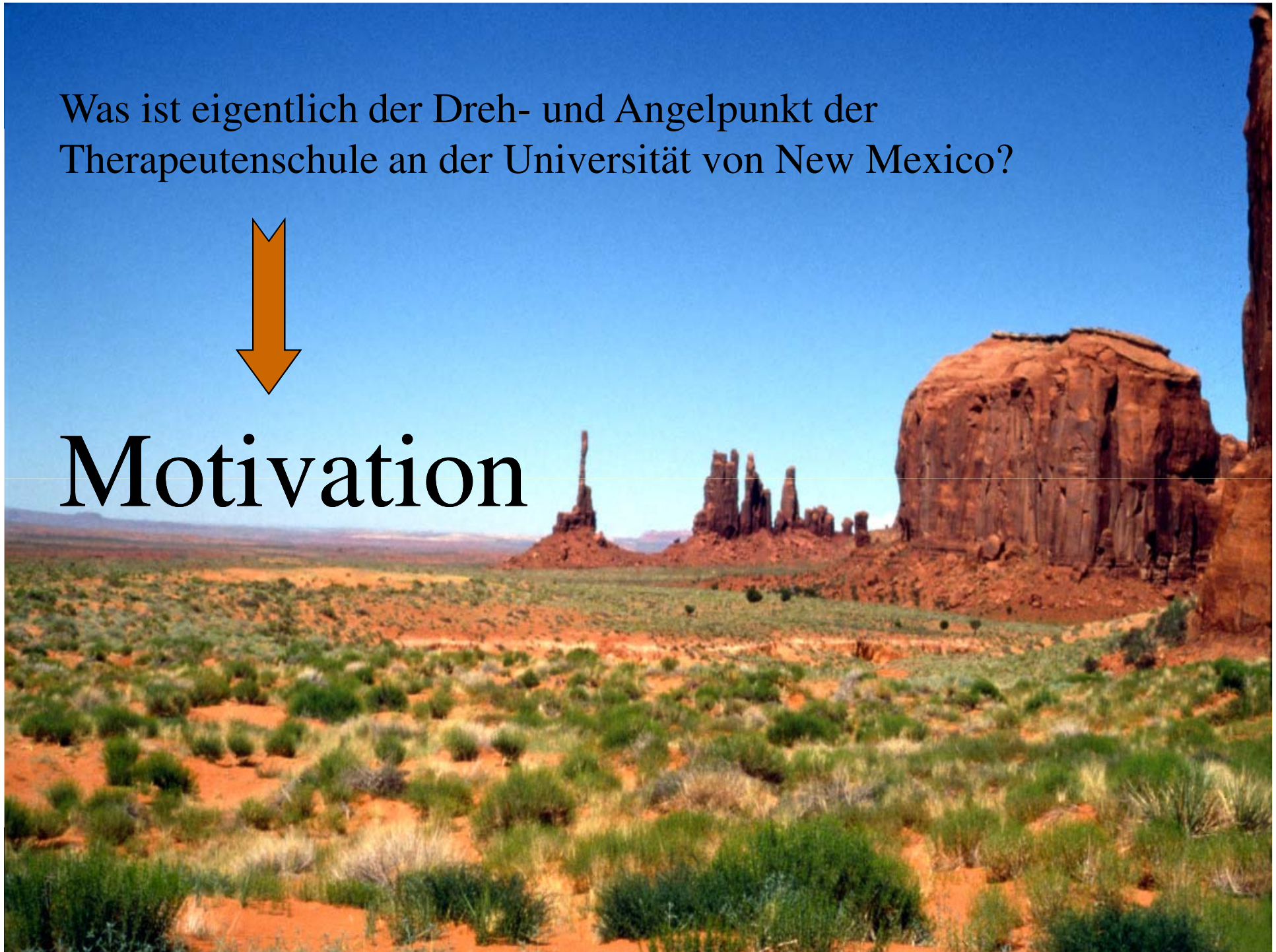
Kaufsucht – Magersucht – Fettsucht – Sexsucht – Arbeitssucht - ... [DHS]

... Wer mit Suchtkranken arbeitet,
kann in Deutschland kaum arbeitslos werden!

Was ist eigentlich der Dreh- und Angelpunkt der
Therapeutenschule an der Universität von New Mexico?



Motivation





William R. Miller, Stephen Rollnick

Motivierende
Gesprächsführung

Lambertus

Wie komme ich mit einem Menschen mit
Suchtmittelproblemen so ins Gespräch, dass
er anfängt, über sich selbst nachzudenken, und
offen wird für Hilfsangebote?



Motivational Interviewing



William R. Miller

2. Schritt: Wie unterstütze ich Menschen mit Suchtmittelproblemen, den ersten Schritt zur Veränderung tatsächlich zu tun und – vor allem – den erreichten abstinenten Status tatsächlich zu erhalten?

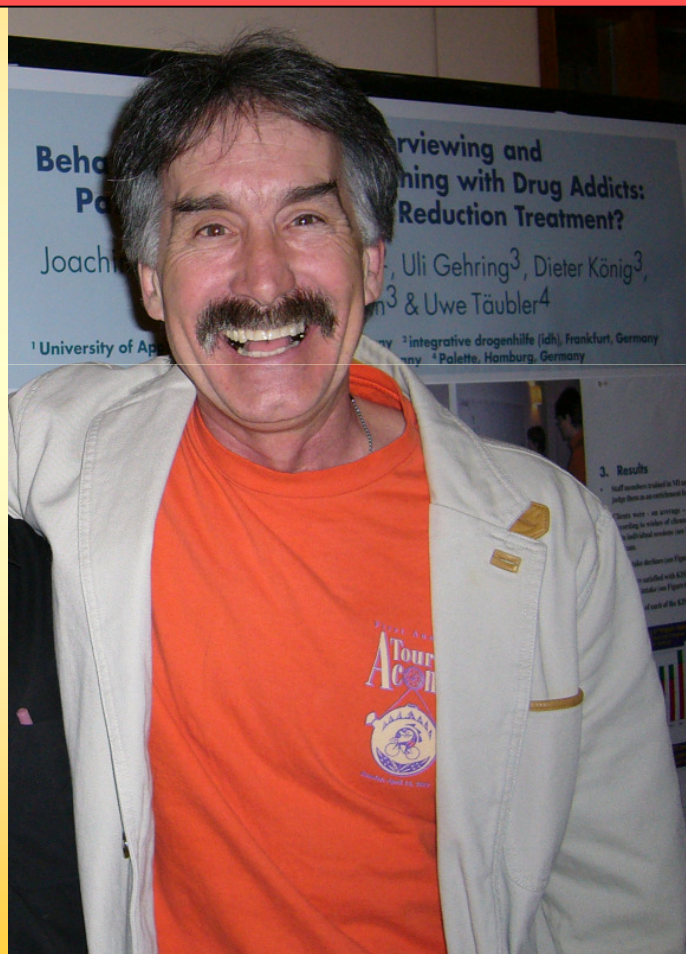


Individuell wirksame Verstärkermechanismen, die ein abstinentes Leben lohnenswert erscheinen lassen

Das CRA-Team aus New Mexico



Jane E. Smith



Robert J. Meyers



John G. Gardin

CRA – Was bedeutet das?

“to rearrange the vocational, family, and social reinforcers of the alcoholic such that time out from these reinforcers would occur if he began to drink” (Hunt & Azrin, 1973)

“Die beruflichen, familiären und sozialen Verstärker des Betroffenen derart neu zu arrangieren, dass im Falle erneuten Trinkens diese Verstärker entfallen würden.”

Community Reinforcement Approach (CRA)

- verhaltenstherapeutisches Konzept zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen
- psychosoziale, motivationale, spezifische psychotherapeutische Interventionen
- medikamentöse Behandlungsstrategien
- im europäischen Raum bislang wenig eingesetzt

Konzept des CRA

- Verstärkerprozesse spielen für die Aufrechterhaltung und damit auch für die Behandlung von Suchterkrankungen eine zentrale Rolle
- Abstinenz wird durch wirksame individuelle Verstärker aufrechterhalten
- als Verstärker dienen positive Veränderungen in den Bereichen Partnerschaft und Familie, Arbeit und Freizeit, Wohnraum, ggf. finanzielle Unterstützung
- Ziel der Behandlung ist, dem Patienten die überzeugende Erfahrung zu vermitteln, dass ein abstinenter Lebensstil attraktiver ist als der Konsum von Suchtmitteln

Der CRA-Therapeut

- hilft dem Patienten potentielle positive Verstärker in seiner sozialen Umgebung zu identifizieren
- ist sehr aktiv, direkt, engagiert
- bezieht den Patienten offensiv in die Planung der Behandlung mit ein
- unterstützt den Patienten aktiv bei der Lösung seiner Probleme
- verstärkt kontinuierlich alle Versuche des Patienten, sein Konsumverhalten zu ändern
- bezieht das individuelle Lebensumfeld in die Behandlung mit ein
- arbeitet mit operanter Konditionierung, Lernen am Modell, Rollenspiel

Einsatzmöglichkeiten von CRA

- alle Patientengruppen, auch soziale Randgruppen
- schwerpunktmäßig im ambulanten und teilstationären Setting
- im stationären Rahmen ist starke Außenorientierung und Vernetzung Voraussetzung

Einsatzmöglichkeiten von CRA

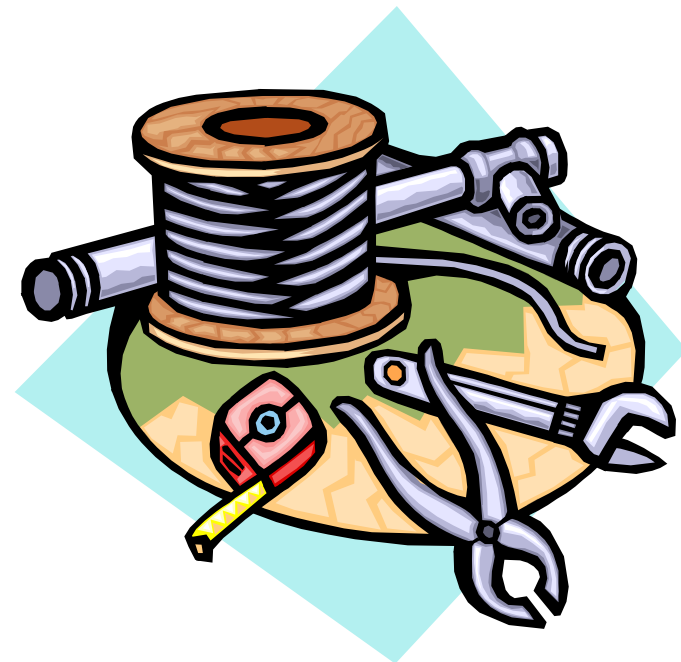
- alle Patientengruppen, auch soziale Randgruppen
- schwerpunktmäßig im ambulanten und teilstationären Setting
- im stationären Rahmen ist starke Außenorientierung und Vernetzung Voraussetzung

Dauer der CRA-Intervention

- Dauer prinzipiell nicht befristet
- Länge der Therapie richtet sich nach Erreichen vordefinierter Ziele
- klare Strukturierung des Behandlungsprozesses ist unerlässlich!

Bausteine des CRA

- Verhaltensanalysen von Konsum- und Abstinenzprozessen
- Abstinenzkonto
- Einsatz von Disulfiram mit einem Coach
- Zufriedenheitsskala und Behandlungsplan
- Fertigkeitentraining (skills Training)
- Arbeitsberatung
- Beratung im sozialen und Freizeitbereich
- Paartherapie
- Rückfallprävention
- Hausaufgaben



CRA – Zufriedenheitsskala

Körperliche Gesundheit	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Freizeit und meines Privatlebens	
Arbeit	
Schul- und Ausbildung	
Umgang mit Geld	
Umgang mit Alkohol und wie er mein Leben betrifft	
Umgang mit Drogen und wie sie mein Leben betreffen	
Abstinenz und Nüchternheit	
Seelische Gesundheit	
Körperliche Aktivität	
Beziehung zu meiner/m Partner/in	
Beziehung zu meinen Kindern	
Beziehung zu meinen Eltern	
Beziehung zu meinen engen Freunden/innen	
Juristische Angelegenheiten	
Kommunikation mit Anderen	
Spirituelles und religiöses Leben	
Meine Zufriedenheit mit meinem Leben insgesamt	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Für die Menschen:

Für Westfalen-Lippe.

Die Instrumente – Analyse drogenkonsum. Verhaltens

Externe Auslöser (Trigger)	Interne Auslöser	Verhalten	Kurzzeitige positive Verstärker	Langfristige negative Konsequenzen
Mit wem haben Sie getrunken ?		Was tranken Sie?	Was gefiel Ihnen daran, mit ... gemeinsam zu trinken?	Was waren/sind die negativen Auswirkungen des Trinkverhaltens in folgenden Bereichen: A. Zwischenmenschlich B. Körperlich C. Emotional D. Rechtlich E. Arbeit F. Finanziell
Wo tranken Sie?		Wieviel tranken Sie?	Was gefiel Ihnen daran, an diesem Ort zu trinken?	
Wann tranken Sie?		Wie lange tranken Sie?	Was gefiel Ihnen daran zu diesem Zeitpunkt zu trinken?	
	Was dachten Sie bevor Sie Alkohol konsumierten?		Welche angenehmen Gedanken hatten Sie während des Trinkens?	
	Was fühlten Sie kurz bevor Sie Alkohol konsumierten?		Welche angenehmen Gefühle hatten Sie während des Trinkens?	

Die Instrumente – Analyse abstinentorient. Verhaltens **Verhalten**

Externe Auslöser (Trigger)	Interne Auslöser	Verhalten	Kurzzeitige negative Konsequenzen	Langfristige positive Konsequenzen
Mit wem haben Sie ...?		Was ...?	Was missfiel Ihnen daran, mit ... gemeinsam ... zu tun?	Was waren/sind die positiven Auswirkungen von ... in folgenden Bereichen: A. Zwischenmenschlich B. Körperlich C. Emotional D. Rechtlich E. Arbeit F. Finanziell
Wo haben Sie ...?		Wie oft?	Was gefiel Ihnen nicht, ...?	
Wann haben Sie ...?		Wie lange?	Was gefiel Ihnen nicht daran, ...?	
	Was dachten Sie bevor Sie ...?		Welche unangenehmen Gedanken hatten Sie während ...?	
	Was fühlten Sie kurz bevor Sie ...?		Welche unangenehmen Gefühle hatten Sie während ...?	

CRA – Ziele der Beratung

- Kurz, positiv, präzise > nachprüfbar -

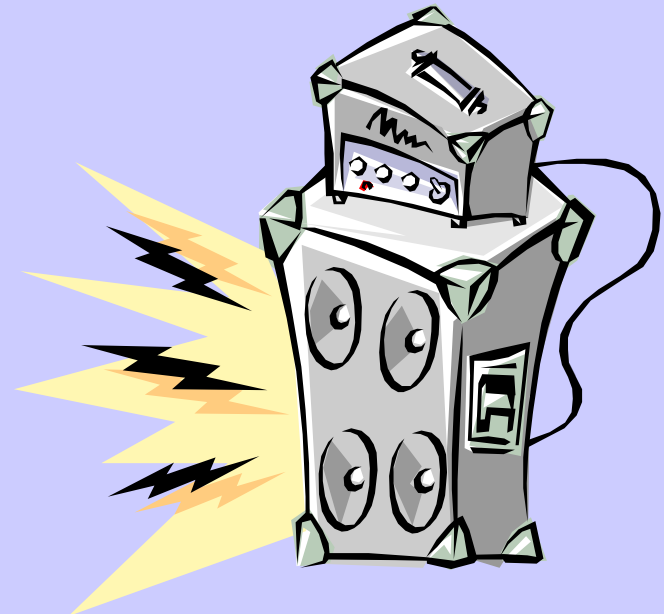
Im Bereich meiner körperlichen Gesundheit würde ich gerne ...	
Im Bereich meiner Freizeit und meines Privatlebens würde ich gerne ...	
Im Bereich meiner Arbeit würde ich gerne ...	
Im Bereich meiner Schul- und Ausbildung würde ich gerne ...	
Im Bereich meines Umgangs mit Geld würde ich gerne ...	
Im Bereich meines Umgangs mit Alkohol und wie er mein Leben betrifft würde ich gerne ...	
Im Bereich meines Umgangs mit Drogen und wie sie mein Leben betreffen würde ich gerne ...	
Im Bereich meiner Abstinenz und Nüchternheit würde ich gerne ...	

CRA – Wesentliche Grundlagen

- Klientenzentriert
- Konzentration auf positive Verstärkung
- Anamnestiche Grundinformationen einholen
- Erste Verstärker identifizieren
- Internale oder externale Motivation (Eigen- und Fremdmotiv.)
- “Warum ist die Klientin / der Patient wirklich in Behandlung?”
- Positive Erwartungen entwickeln
- Der Prozess ist zeitlich begrenzt
- Konzentration auf Autonomie

CRA – Positive Verstärker

- Was ist ein Verstärker?
- Wie finde ich ihn?
- Hat jeder Mensch positive Verstärker?
- Wie kann ich positive Verstärker hilfreich einsetzen?



CRA – Leitlinien des Einsatzes

- Die Verstärker des Klienten / der Patientin im Blick behalten
- Nahe Bezugspersonen in die Behandlung einbeziehen
- Betonen Sie die große Bedeutung eines befriedigenden sozialen und erholsamen Lebens
- Betonen Sie die Notwendigkeit einer regelmäßigen (beruflichen) Tätigkeit
- Die Kontakte der Klientin / des Patienten zu seinen/ihren “Triggern” beobachten
- Verallgemeinerung von spezifischen Fähigkeiten überprüfen

1. Schritt: Wir müssen herausfinden, was die relevanten Verstärker bei einem bestimmten Patienten/Klienten eigentlich sind. Da stehen zur Auswahl:



- Partnerschaft
- Arbeit
- Wohnung(serhalt)
- Gesundheit
- Führerschein
- Stützende soziale Kontakte
- Haftverschonung
- Sorgerecht bzw. Besuchsrecht
- ...

2. Schritt: Wir müssen herausfinden, wie diese/r Patient/Klientin sich die nötigen Kompetenzen aneignen kann, um sein/ihr Ziel erreichen zu können.



- Ablehnungstraining
- Expositionstraining
- Gruppentraining
- Lebenspraktisches Training
- Entspannungstraining
- Kognitives Training
- ...
- sozialer Kompetenzen

Abstinenz-Konto

- Vereinbarung über eine zunächst befristete Abstinenzzeit bzw. niedrigschwelligere Ziele (z.B. Konsumreduktion oder Punktabstinenz zu den ambulanten Therapiesitzungen)
- konsumbezogene Verhaltensweisen werden durch neue positive Bewältigungsstrategien ersetzt
- wichtiger als die Dauer der vereinbarten Zeit ist die Chance auf ein erstes, wenn auch kleines Erfolgserlebnis
- stärkt das Selbstvertrauen durch Verwirklichung kurzzeitiger Ziele
- fördert Vertrauen und Unterstützung von Familienmitgliedern
- identifiziert rückfallgefährdende Situationen
- ebnet den Weg für die Einführung von Disulfiram

Einsatz von Disulfiram mit einem Coach

- CRA betont die positiven Aspekte einer Einnahme von Disulfiram (Reduktion von Rückfällen und Problemen, Ende der täglichen inneren Auseinandersetzung)
- Teil eines partnerschaftlich konzeptionalisierten Therapiebündnisses (siehe auch ALITA-Projekt)
- nicht Kontrolle sondern Unterstützung
- Vergabe über einen Coach, verstärkt kontinuierlich die Einnahme des Medikamentes

Fertigkeiten-Training

- Kommunikationstraining, Problemlösen und Ablehnungstraining
- trainiert werden nur individuell benötigte Fertigkeiten
- Rollenspiele und Gruppentraining

Arbeitsberatung

- befriedigende Arbeit ist häufig Quelle für viele positive Verstärker (z.B. Selbstwertgefühl, soziale Beziehungen)
- regelmäßige Arbeit führt zu verbesserter finanzieller Situation
- Vermittlung von Fertigkeiten, eine Arbeit zu bekommen und diese auch zu behalten
- Zufriedenheit mit der aktuellen beruflichen Situation verbessern

Beratung im sozialen und Freizeitbereich

- gemeinsam mit dem Patienten werden befriedigende, nicht konsumassoziierte soziale Aktivitäten erarbeitet, die mit dem Konsumverhalten konkurrieren und somit die Abstinenz unterstützen

Paartherapie

- durch gemeinsam mit dem Partner erlebte abstinente Phasen Anknüpfungspunkte für Verstärkerprozesse entwickeln
- den/die Lebensgefährten/in möglichst früh in die Behandlung mit einbeziehen (aktuelle Probleme, Unterstützung)

Therapieelemente:

- spezielle Version der „Zufriedenheitsskala“
 - Arbeitsblatt zu „Veränderungswünschen in der Partnerschaft“
 - Vermittlung grundlegender Kommunikationsfähigkeiten
 - „Liebevoller Umgang in der Partnerschaft“
-
- Erfolg ist umso wahrscheinlicher, je mehr beide Partner von Veränderungsprozessen profitieren

Rückfallprävention

- beginnt sehr frühzeitig (Verhaltensanalyse)
- Identifikation von und Handlungsstrategien bei Frühwarnzeichen
- bei Rückfall → Rückfallversion der Verhaltensanalyse
- effektive Coping-Strategien zum Umgang mit Triggern

Wissenschaftliche Evidenz



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Zertifiziert nach



DIN EN ISO 9001:2000

Effekte des Community Reinforcement Approach bei Alkoholabhängigkeit

Studie	Design	Patienten	Behandlung	Katamnese	Ergebnisse
Hunt & Azrin (1973)	randomisiert, gematcht	alkoholabhängig N= 16 100% männlich	CRA (n=8) vs. TAU* (treatment as usual) (n=8)	6 Monate	Trinktage: 14% vs. 79% Tage in institutionalisierter Umgebung: 2% vs. 27% Tage Arbeitslosigkeit: 5% vs. 62% Tage ohne Kontakt zur Familie: 16% vs. 36%
Azrin (1976)	randomisiert, gematcht	alkoholabhängig N= 18 100% männlich	CRA + Disulfiram (n=9) vs. TAU* (n=9)	6 Monate	Trinktage: 2% vs. 55% Tage in institutionalisierter Umgebung: 0% vs. 45% Tage Arbeitslosigkeit: 20% vs. 56% Tage ohne Kontakt zur Familie: 7% vs. 67% nach 2Jahren zeigten sich die Ergebnisse in der CRA-Gruppe stabil
Azrin et al. (1982)	randomisiert	alkoholabhängig N= 43 83% männlich	Disulfiram + Suchtberatung (n=14) vs. Disulfiram + Suchtberatung + Compliance-Modul (n=15) vs. Disulfiram + Suchtberatung + Compliance- Modul + CRA (n=14)	6 Monate	Trinktage: 16,4% vs. 7,9% vs. 0,9% Tage in institutionalisierter Umgebung: 0,3% vs. 0% vs. 0% Tage Arbeitslosigkeit: 10,9% vs. 3,2% vs. 2,2% Tage ohne Kontakt zur Familie: 4,4% vs. 0% vs. 0%
Smith, Meyers & Delaney (1998)	randomisiert	alkoholabhängig obdachlos N= 106 86% männlich	CRA (n=64) vs. TAU* (n=42)	12 Monate	<u>Drinks pro Woche:</u> nach 6 Monaten: 38,9 vs. 49,5 Drinks nach 12 Monaten: 35,6 vs. 46,7 Drinks <u>Trinktage pro Woche:</u> nach 6 Monaten: 0,98 vs. 2,29 Tage nach 12 Monaten: 1,36 vs. 2,53 Tage Keine Gruppenunterschiede nach 6 und 12 Monaten im Alcohol Severity Index (ASI)
Slesnick et al. (2006)	randomisiert	abhängig von Alkohol und/oder anderen Substanzen obdachlos Alter 14-22 Jahre N=180 66% männlich	CRA (n=96) vs. TAU* (n=84)	6 Monate	Reduktion der Konsumtage: 37% vs. 17% Reduktion depressiver Symptome (BDI): 40% vs. 23% Verbesserung der Sozialen Stabilität: 58% vs. 13%

Effekte des Community Reinforcement Approach bei Kokainabhängigkeit

Studie	Design	Patienten	Behandlung	Katamnese	Ergebnisse
Higgins et al. (1991)	nicht randomisiert	kokainabhängig N=25 68% männlich	CRA + Voucher (n=13) vs. TAU* (n=12)	12 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 84,6% vs. 41,7% <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 4 Wochen: 76,9% vs. 25,0% Nach 8 Wochen: 46,2% vs. 0,0% Nach 12 Wochen: 23,1% vs. 0,0%
Higgins et al. (1993)	randomisiert	kokainabhängig N=38 89,5% männlich	CRA + Voucher (n=19) vs. TAU* (n=19)	24 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 58% vs. 11% <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 8 Wochen: 68% vs. 11% Nach 16 Wochen: 42% vs. 5% Nach 24 Wochen: 5% vs. 5% (Werte aus Grafik abgelesen)
Higgins et al. (1994)	randomisiert	kokainabhängig N=40 67,5% männlich	CRA + Voucher (n=20) vs. CRA (n=20)	24 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 75% vs. 40% <u>Durchschnittliche kontinuierliche Kokainabstinenz:</u> 1. bis 12. Woche: 7,1 vs. 3,9 Wochen 13. bis 24. Woche: 6,1 vs. 2,7 Wochen 1. bis 24. Woche: 11,7 vs. 6,0 Wochen
Higgins et al. (2003)	randomisiert	kokainabhängig N=100 95% männlich	CRA + Voucher (n=49) vs. Voucher (n=51)	2 Jahre	Regulärer Therapieabschluss nach 24 Wochen: 65% vs. 33% Anteil negativer Urinbefunde nach 24 Wochen: 35,6% vs. 24,0%. Nach 2 Jahren kein signifikanter Unterschied.
Higgins et al. (2007)	randomisiert	kokainabhängig N=100 60% männlich	CRA + Voucher, hoher Wert (n=50) vs. CRA + Voucher, geringer Wert (n=50)	2 Jahre	Durchschnittliche kontinuierliche Kokainabstinenz in den 24 Behandlungswochen: 9,1 vs. 4,7 Wochen <i>Statistisch:</i> Höhere Abstinenzraten (bezogen auf die letzten 30 Tage vor der jeweiligen Untersuchung) bei Katamnesen nach Abschluss der Behandlung in der Gruppe „CRA+Voucher, hoher Wert“ (keine Einzelwerte im Bericht)
Secades-Villa et al. (2007)	randomisiert	kokainabhängig N=37 83,8% männlich	CRA + Voucher (n=14) vs. TAU* (n=23)	3 Monate	Regulärer Therapieabschluss nach 12 Wochen: 85,7% vs. 69,9% <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 3 Monaten: 57,1% vs. 39,1%

*TAU: treatment as usual

Effekte des Community Reinforcement Approach bei Opioidabhängigkeit

Studie	Design	Patienten	Behandlung	Katamnese	Ergebnisse
Bickel et al. (1997)	randomisiert	opioidabhängig ambulante Entgiftung N=39 64,1% männlich	CRA (n=19) vs. TAU* (n=20)	26 Wochen	Regulärer Therapieabschluss: 53% vs. 20% <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 4 Wochen: 68% vs. 55% Nach 8 Wochen: 47% vs. 15% Nach 12 Wochen: 26% vs. 5% Nach 16 Wochen: 11% vs. 0% Nach 20 Wochen: 5% vs. 0% Nach 26 Wochen: 0% vs. 0%
Abbott et al (1998)	randomisiert	opioidabhängig Methadonsubstitution n N=166 69,3% männlich	CRA (n=103) vs. TAU* (n=63)	26 Wochen	<i>Statistisch:</i> In der CRA-Gruppe mehr drogenfreie Urinbefunde als bei TAU über 26 Wochen (keine Werte im Text) <i>Statistisch:</i> Signifikante Reduktion im ASI Subscore „drogenbezogene Probleme“ nach 6 Monaten. Keine Gruppenunterschiede in den übrigen ASI-Subscores
Roozen, Kerkhof & van den Brink (2003)	ohne Kontrolle	opioidabhängig N=24 87% männlich	CRA + Naltrexon (n=24)	12 Monate	<u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 6 Monaten: 58% Nach 12 Monaten: 55%
De Jong et al. (2007)	ohne Kontrolle	opioidabhängig N=272 82% männlich	CRA + Naltrexon (n=272)	16 Monate	<u>Abstinenz am Untersuchungstermin:</u> Nach 1 Monat: 46% Nach 10 Monaten: 28% Nach 16 Monaten: 32% <u>Durchgängige Abstinenz:</u> Nach 10 Monaten: 27% Nach 16 Monaten: 24%
Schottenfeld et al. (2000)	nicht randomisiert	abhängig von Opioiden und Kokain Substitution mit Methadon oder Buprenorphin N=117 61,5% männlich	CRA vs. Drogenberatung	1 Jahr	Regulärer Therapieabschluss: 61,7% vs. 59,6% <i>Statistisch:</i> Keine signifikanten Unterschiede bezüglich Drogenkonsum.
Roozen et al. (2006)	randomisiert	nikotinabhängig N=25 7% männlich	CRA + Naltrexon (n=13) vs. Naltrexon (n=12)	3 Monate	Durchgängige Abstinenz nach 3 Monaten: 46 vs. 25%

*TAU: treatment as usual

Ergebnisse

- bessere Wirksamkeit von CRA gegenüber Standardbehandlung bei Alkohol-, Opioid- und Kokain-abhängigen Patienten
- keine Untersuchungen zur differenziellen Wirksamkeit einzelner CRA-Komponenten
- CRA ist eines der kostengünstigsten und wirksamsten Behandlungsprogramme für alkoholabhängige Patienten (Metaanalysen von Holder et al., 1991; Finney & Monahan, 1996; Miller et al. 1995; Miller et al., 2002)
- bisher nur Ergebnisse zum kurzfristigen Verlauf von bis zu 6 Monaten

Vorteile von CRA

- fokussiert konsequent ressourcenorientiert auf vom Patienten als positiv erlebte Aspekte seines Lebens (abstinenzorientiertes Verhalten)
- Komponenten des CRA sind suchterfahrenen Therapeuten bekannt (Verhaltensanalyse, Rückfallanalyse, Ablehnungstraining u.a.)
- kohärentes Gesamtkonzept, das durch seine innere Schlüssigkeit und Transparenz sowohl Patienten als auch Therapeuten überzeugt
- umfassendes Programm, das nicht nur auf Teilaspekte der Suchterkrankung fokussiert (wie MI, Anticravingsubstanzen)
- einzelne Behandlungselemente bauen aufeinander auf
- Patient kann zu einem großen Teil die Grundzüge seiner Behandlung selbst bestimmen (Patient und Therapeut als gleichberechtigte Partner)
- Miteinbezug des Lebenspartners (Paartherapie)

Grenzen von CRA

- Vorbehalte hinsichtlich medikamentöser Behandlungsoptionen, z.B. mit Disulfiram oder Naltrexon
 - weniger institutionalisiert und manualisiert, sondern stark alltagsorientiert, auf die individuellen Bedürfnisse der Betroffenen ausgerichtet
 - kann am effektivsten in einem intensiven ambulanten Bereich umgesetzt werden (Finanzierung?, Ressourcen?)
 - stationäre Behandlungsangebote entweder zeitlich zu stark befristet (GKV) oder nur mit selektierten Teilgruppen befasst bzw. zu gemeindefern angesiedelt, um Familie und Arbeit ausreichend intensiv einbeziehen zu können (SGB VI)
 - die wichtigsten Verstärker wie Arbeit, Wohnraum, Haftverschonung, Führerschein oder Sorgerecht werden von Institutionen vorgehalten, zu denen die meisten Therapieanbieter keine strukturelle Verbindung haben
- erfordert eine übergreifende kommunale Verankerung, die nur mit Aufwand und in wenigen Kommunen realisierbar scheint

Einsatzmöglichkeiten von CRA

- tagesklinischer Behandlungsansatz
- Adaptationsphasen nach Rehabilitationsbehandlungen
- Projekte zur integrierten Versorgung
- ambulante Eingliederungshilfe nach SGB XII

Schlussfolgerungen

- CRA ist eine wirksame Methode
- CRA bezieht das soziale Umfeld des Patienten aktiv mit ein
- CRA nutzt individuelle Verstärker des Patienten, um für den Patienten abstinenter Lebensstil attraktiver zu machen als den Konsum von Suchtmitteln
- Therapeut und Patient arbeiten gemeinsam und auf gleicher Ebene an der Verwirklichung der vereinbarten Ziele
- Kleinschrittigkeit, Dokumentation, Transparenz und Flexibilität sind wesentliche Merkmale von CRA
- CRA erfordert die aktive Zusammenarbeit von Therapeuten mit Partnern in der Gemeinde