



*therapie
hilfe
bremen
gGmbH*

BEHANDLUNGSKONZEPT

Reha-Klinik „Pyramide“

Federführender Leistungsträger:
„Landesversicherungsanstalt Oldenburg-Bremen“

Stand: Januar 2011

therapiehilfe bremen gGmbH

Reha – Klinik Pyramide

Brammer 27
28876 Oytzen
Tel. 04205-475
Fax 04205-476

Aufnahmekoordination
Tel. 04205-779218

Träger:

Therapiehilfe Bremen gGmbH

Johann-Kühn-Straße 1
28237 Bremen
Tel. 0421-80078-0
Fax 0421-78767
Geschäftsführer: Dieter Adamski, Karin Harries-Hedder
Amtsgericht Bremen - HRB 21482
geschaeftsstelle@therapiehilfe-bremen.de
[www.therapiehilfe-bremen .de](http://www.therapiehilfe-bremen.de)

Federführung:

Thomas Hempel
(Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbezeichnungen: Sozialmedizin, Psychotherapie, Therapiehilfe Bremen gGmbH)

Redaktion:

Dieter Adamski
(Geschäftsführer, *therapiehilfe e. v.*, Therapiehilfe Bremen gGmbH)

Überarbeitet durch:

Petra Meyer
(Therapeutische Leitung, Psychologische Psychotherapeutin, Therapiehilfe Bremen gGmbH)
Thomas Hempel
(Ärztliche Leitung, Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbezeichnungen: Sozialmedizin, Psychotherapie, Therapiehilfe Bremen gGmbH)
Peter Vent
(Diplompsychologe, Klinikum Bremen Ost)

Inhalt

1. DER TRÄGER	4
2. DIE EINRICHTUNG	4
4. THERAPEUTISCHES KONZEPT.....	5
Wissenschaftlicher Bezugsrahmen.....	5
5. REHABILITATIONSZIELE	17
6. ALLGEMEINE INDIKATIONSKRITERIEN.....	20
7. DIAGNOSTIK, INDIKATIONSSTELLUNG UND BEHANDLUNGSPLANUNG.....	21
Inhaltliche Ebenen unserer Diagnostik und Indikation.....	21
8. THERAPEUTISCHE ANGEBOTE.....	26
Somatische Zieldimension	27
Psychosoziale Zieldimension.....	29
Edukative Zieldimension	35
Dimension der Aktivitäten und Teilhabe	39
9. BEHANDLUNGSORGANISATION	46
Behandlungsdauer	46
Behandlungsformen.....	47
10. KOOPERATION/VERNETZUNG	50
Leitungs- und Kommunikationsstrukturen.....	50
Kooperation mit Vor- und Nachbehandlern.....	51
Berufliche Förderung und Reintegration.....	52
11. QUALITÄTSSICHERUNG	53
Strukturqualität	54
Prozessqualität	54
Ergebnisqualität	55
QUELLENVERZEICHNIS	57

1. Der Träger

Die Therapiehilfe Bremen gGmbH ist eine Tochtergesellschaft des *therapiehilfe e.v.* Der Träger *therapiehilfe e.v.* arbeitet seit über 30 Jahren schwerpunktmäßig mit suchtmittelabhängigen Menschen in Hamburg, Schleswig-Holstein und Bremen. Er bietet eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten an: Prävention, Beratung und Substitution, Entgiftung, Adaption, ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Rehabilitation, Betreuung und Arbeitsprojekte sowie vielfältige Nachsorgeangebote. Der *therapiehilfe e.v.* hat innovativ neue Bereiche entwickelt und fachliche Standards gesetzt, wie zum Beispiel in der Substitutionsbehandlung, der unterstützenden Behandlung mit Akupunktur (NADA Protokoll), der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder der ambulanten Therapie und der Implementierung neuropsychotherapeutischer Methoden (Grawe 2004) in bestehende humanistische Methoden. Gemeinsam mit dem *therapiehilfe e.v.* bildet die Therapiehilfe Bremen gGmbH den Therapiehilfeverbund, d.h. alle Beratungs-, Betreuungs-, Wohn- und Beratungsangebote stehen bei entsprechenden Indikationen und Zustimmung der zuständigen Kosten- bzw. Leistungsträgern den Patienten zur Verfügung.

Die Therapiehilfe Bremen gGmbH betreibt derzeit zwei Fachkliniken für medizinische Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen von primär drogenabhängigen Patienten) den Therapiehof Loxstedt-Düring und die Reha Klinik Pyramide, eine Adaptionseinrichtung, betreute sozialtherapeutische Wohneinrichtungen sowie ein betreutes Wohnen im eigenem Wohnraum. Darüberhinaus bietet der Träger die Durchführung ambulanter Nachsorgebehandlungen an.

Federführender Leistungsträger ist die DRV Oldenburg/Bremen.

Das Ziel der Arbeit ist es, suchtmittelabhängigen Menschen Hoffnung auf Veränderung ihrer Lebenssituation zu geben. Wir wollen mit unseren Patienten neue Lebensperspektiven entwickeln, um einen dauerhaften Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen. In der Arbeit des *therapiehilfe e.v.* steht der Mensch stets im Mittelpunkt. Es wird mit ihm gemeinsam ein individueller, auf seine Stärken und Möglichkeiten abgestimmter Behandlungsplan entwickelt. Die methodisch vielfältigen psycho- und sozialtherapeutischen Ausbildungen der Mitarbeiter geben der Betreuung einen hohen fachlichen Standard. Durch eine differenzierte Palette von Angeboten ist der Träger *therapiehilfe e.v.* ein stark vernetztes, patientenorientiertes System. Die sich ergänzenden Angebote ermöglichen flexible und bedarfsgerechte Lösungen für die individuelle Lebenslage der Patienten. Der *therapiehilfe e.v.* wendet zur Qualitätssicherung das Modell „European Foundation for Quality Management (EFQM)“ und das Qualitätsmanagementsystem in der Suchttherapie des buss „deQus“ an.

Die Therapiehilfe Bremen gGmbH versteht sich als Teil des Bremer Drogenhilfesystems, dessen Leitlinien 1999 von allen relevanten Trägern unterzeichnet wurden. Dabei wirkt sie in verschiedenen regionalen Arbeitsgruppen mit:

Arbeitskreis Sucht, Arbeitskreis Drogen, Arbeitsgruppe für Doppeldiagnosen, Arbeitskreis Frauen und Sucht, Arbeitskreis stationäre Entgiftung, Arbeitsgruppe Fortbildung in der Suchtprävention.

2. Die Einrichtung

Die Reha-Klinik Pyramide ist zuständig für die abstinenzorientierte stationäre Entwöhnungsbehandlung von primär suchtabhängigen Menschen. Sie wurde 1991 im Zuge des Modellprogramms der Bundesregierung „Kompakttherapie im Verbund der Drogenhilfe“ eröffnet. Es stehen insgesamt 24 Behandlungsplätze zur Verfügung. Sie liegt rund 20 km von der Bremer Stadtmitte entfernt in der Gemeinde Oyten-Bassen in einer ländlichen Siedlung „Egypten“. Sie ist mit dem Auto, dem Zug oder mit Nahverkehrsmitteln gut erreichbar (Bahnhof Ottersberg, über die A1 und A27, Bahnbusverbindung nach Bremen). Die umliegenden

Ortschaften können bequem mit dem Fahrrad erreicht werden (Fahrräder werden den Patienten gegen eine geringe Leihgebühr zur Verfügung gestellt).

Das ruhig gelegene Anwesen mit altem Baumbestand und einem großen Wiesengelände beherbergte früher eine Dorfschule und wurde in den 50/60er Jahren von einem Ladengeschäft genutzt. In dem sanierten Hauptgebäude befinden sich die Großküche mit dem Essraum, einem Gemeinschaftsraum, Schlafräume mit Sanitätsbereich sowie andere Funktionsräume (Büros, Teamraum). Im Holzhaus im skandinavischen Stil befinden sich Schlafräume der Patienten mit Sanitärbereichen, ein Arztzimmer mit Behandlungsraum, Zimmer für die Gruppen- und Einzeltherapie sowie Büros der Bezugs- und Arbeitstherapeuten. In einem Nebengebäude sind eine Werkstatt für die Kunst- und Ergotherapie und eine Holz- und Metallwerkstatt untergebracht. In einer ehemaligen großen Holzscheune steht ein Fitnessraum mit weiteren Freizeitgeräten zur Verfügung. Eine Wiese wird als Sportfeld genutzt. Der hintere Wiesenbereich wird für ökologischen Gartenbau genutzt.

In Kooperation mit einem ortsansässigen zertifizierten Sportstudio wird ein Sportangebot vorgehalten. In Absprache mit dem örtlichen Sportverein belegen wir die Sporthalle und den Sportplatz der Grundschule in Bassen. Das in der Nähe liegende Hallenschwimmbad in Ottersberg kann von den Patienten genutzt werden. Darüberhinaus gibt es unabhängig vom Therapieprogramm in der Freizeit zahlreiche örtliche Angebote wie bspw. der Angelverein, der Fußballverein, die umliegenden Reiterhöfe, Seen, Möglichkeiten zu Kanufahrten, etc.

3. Die Behandlungsgrundlage

Der Reha-Klinik Pyramide ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung für primär suchtabhängige Menschen. Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage der § 10 SGB I sowie §§ 9 und 10 SGB VI mit dem Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbs- und Arbeitsleben, § 40 SGB V mit dem Ziel der umfassenden Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit, der Funktionsfähigkeit sowie der Fähigkeit zur Selbstbestimmung, §§ 1, 4 und 21 SGB IX zur Aufhebung, Linderung bzw. Verhinderung einer Teilhabestörung und §§ 53 bis 59 SGB XII.

4. Therapeutisches Konzept

Wissenschaftlicher Bezugsrahmen

Das biopsychosoziale Modell des Menschen

Das therapeutische Konzept der Reha-Klinik Pyramide orientiert sich an einem biopsychosozialen Grundverständnis des Menschen, wie es in den letzten Jahrzehnten z. B. von v. Uexküll & Wesiack (1997) in Abgrenzung zu reduktionistischen oder mechanistischen Auffassungen des Humanen entwickelt worden ist. Beeinflusst durch die Erkenntnisse der modernen Systemtheorie sieht das biopsychosoziale Modell des Menschen eine enge Verschränkung und gegenseitige Beeinflussung der körperlichen, der seelischen und der sozialen Seinsebene im Sinne einer Systemhierarchie vor.

Jede Daseinsebene weist nach diesem Verstehensansatz eigene Phänomene und Funktionsweisen auf, die es auf der Ebene der untergeordneten Systeme noch nicht gab (Phänomen der Emergenz, v. Uexküll & Wesiack, 1997, S. 32). So laufen z. B. soziale oder zwischenmenschliche Vorgänge nach anderen Regeln und mit anderen Zeichensystemen ab wie intrapsychische oder biologisch-körperliche Prozesse, obwohl die Ebene der sozialen Beziehungen auf diesen beiden Seinsebenen unmittelbar aufbaut. Untereinander stehen die körperliche, die seelische und die soziale Organisationsebene des Menschen durch Übersetzungen bzw. „Transmutationen“ ihrer verschiedenen Zeichensysteme - sog. „Aufwärts“- und „Abwärts“-Effekte (v. Uexküll & Wesiack, 1997, S. 43) - eng miteinander in Verbindung: *„Nichts existiert isoliert, jedes System ist durch die Konfiguration von Systemen, von dem es wiederum ein Teil ist, beeinflusst (...). Alle Ebenen der Organisation sind*

verbunden, sodass eine Änderung auf einer Ebene im Prinzip auch eine Änderung in anderen Ebenen bewirkt.“ (Egger, 2001, S. 311)

Ein gemeinsames Charakteristikum der verschiedenen System- und Funktionsebenen des Menschen ist, dass sie erst durch Austauschprozesse mit der sie umgebenden Umwelt, also durch Beziehungsaufnahme und Rückkoppelungsmechanismen ihre Kontur und Daseinsqualität gewinnen. v. Uexküll & Wesiack (1997, S. 45):

Bildlich kann man sich eine Beziehung als einen „Faden“ vorstellen, der von zwei Seiten gesponnen wird. Die Bedeutung dieser Fäden für unsere Gesundheit wird verständlich, wenn wir die pragmatische Seite der Beziehung stiftenden Zeichenprozesse ins Auge fassen und uns klar machen, dass jede Leistung unseres Körpers einer Gegenleistung seiner Umgebung bedarf. Zum Atmen brauchen wir die Gegenleistung der umgebenden Luft. Zum Geben brauchen unsere Füße die Gegenleistung des Bodens, zum Liegen braucht unser Rücken die Gegenleistung der Unterlage usw. Bleibt die Gegenleistung aus, sind wir behindert oder paralysiert. Genau so verhält es sich mit unseren Beziehungen zu unseren Mitmenschen. Hier braucht jede Rolle die passende Gegenrolle. Sprechen braucht Hören, Geben braucht Nehmen, Fragen braucht Antworten, wenn die Beziehung nicht zerreißen soll. Wieder gilt, dass alles was wir auf der Ebene des Organismus erleben, im Prinzip auch für die Subsysteme im inneren des Körpers Geltung hat. Auch jede Leistung einer Zelle bedarf der passenden Gegenleistung ihrer Umgebung. Unter diesem Gesichtspunkt kann man sagen, dass auch der Mensch - wie jedes lebende System - in einen für Außenstehende unsichtbaren „Mantel“ gehüllt ist, der aus den Beziehungs-Fäden zu den Menschen und Dingen seiner Umgebung gewoben ist. Wir wissen aus vielen Untersuchungen, dass dieser „Beziehungsmantel“, für seine Träger eine vitale Bedeutung hat (...).

Krankheits- und Suchtverständnis

Nach dem biopsychosozialen Modell sind also alle lebenden Systeme - und so auch der Mensch - von einem „Netz aus Beziehungsfeldern“ umspinnen, das aus einem ständigen Nachrichtenaustausch mit der Umgebung besteht und den Organismus wie eine zweite Haut umgibt. Die „Fäden“, aus denen dieses Beziehungsnetz besteht, müssen auf der sozialen, der psychischen und der somatischen Ebene kontinuierlich neu „gesponnen“ und miteinander verwoben werden, wenn das Individuum „ganz“ bzw. „gesund“ bleiben soll. Die konkreten Beziehungen eines Menschen zu den Mitmenschen seiner Umgebung, zu seiner Familie und zu seinem Freundeskreis, aber auch zu seinem sozialen und beruflichen Umfeld sind somit nicht nur integrierende Bestandteile seiner Persönlichkeit, sondern auch mitverantwortlich bei der Aufrechterhaltung von Gesundheit und der Entstehung von Krankheit. v. Uexküll & Wesiack (1997, S. 47) schlussfolgern: „Die Qualität dieser Beziehungen entscheidet über sein [des Menschen] Befinden und seine Gesundheit. ‚Objektverluste‘, d.h. der Verlust der Beziehung zu Menschen, die uns viel bedeuten, oder der Verlust einer Position, die unsere Beziehungen zur Welt stabilisierte, sind ‚narzisstische Kränkungen‘: Sie verletzen unser Selbst und bedrohen unsere Gesundheit.“ Oder anders: „Beziehung erzeugt Gesundheit und ermöglicht Kranken ein Maximum der ihnen noch möglichen Autonomie. Beziehungsstörung macht krank.“ (ebenda)

Der amerikanische Sozialmediziner Engel (1976) fordert daher, bei der Behandlung von Krankheiten sowie bei der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit nicht nur körperliche Faktoren, sondern ebenso die seelische und soziale Situation des Patienten zu berücksichtigen. Auch Ciompi (1986, S. 401) weist in seiner systemtheoretisch orientierten „Affektlogik“ auf „strukturelle Kopplungen“ zwischen Körper, Umwelt und innerpsychischen Verarbeitungssystemen hin und favorisiert zur Wiederherstellung von Gesundheit einen „umfassenden therapeutischen Ansatz, in welchem Körper und Geist, innerpsychische Strukturen und soziales Umfeld als Teile eines solidarisch zusammengehörenden Ganzen verstanden und behandelt werden.“

Dieses ganzheitliche, auf mehreren Ebenen ansetzende Verständnis von Gesundheit und Krankheit bildet auch die Grundlage für die 2001 von der WHO verabschiedete Internationale

Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (International Classification of Functioning, Disability and Health ICF; 2004), die im Bereich der medizinischen Rehabilitation eine zunehmend tragende Rolle spielt. Das mehrdimensionale Konzept von ICF operationalisiert den Begriff der „funktionalen Gesundheit“ als das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem (ICD) einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). Funktionale Gesundheit wird dabei auf folgenden Ebenen klassifiziert (Schuntermann, 2003):

Eine Person ist funktional gesund, wenn

- vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (**Konzept der Kontextfaktoren**) - ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen allgemein anerkannten Normen entsprechen (**Konzepte der Körperfunktionen und Strukturen**)
- sie nach Art und Umfang das tun kann, wie es von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (**Konzept der Aktivitäten**)
- sie ihr Dasein in allem Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Art und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne Schädigungen der Körperfunktionen/ -Strukturen und Aktivitätseinschränkungen erwartet wird (**Konzept der Partizipation/Teilhabe**)

Nach ICF besteht eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit oder Funktionsfähigkeit, wenn wenigstens in einem der genannten Bereiche eine Beeinträchtigung vorliegt, d. h. eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden, eine Einschränkung einer Aktivität oder eine Beeinträchtigung der Teilhabe in einem Lebensbereich (VDR, 2003). **Kontextfaktoren**, d. h. Gegebenheiten der Umwelt oder personenbezogene Faktoren, modulieren das Ausmaß der Beeinträchtigung. Insbesondere die Teilhabe an Lebensbereichen kann durch Kontextfaktoren, im Sinne von **Barrieren** (z. B. fehlende Teilzeitarbeitsplätze) beeinträchtigt oder im Sinne von **Förderfaktoren** (z. B. soziale Unterstützung, Ressourcen) unterstützt werden.

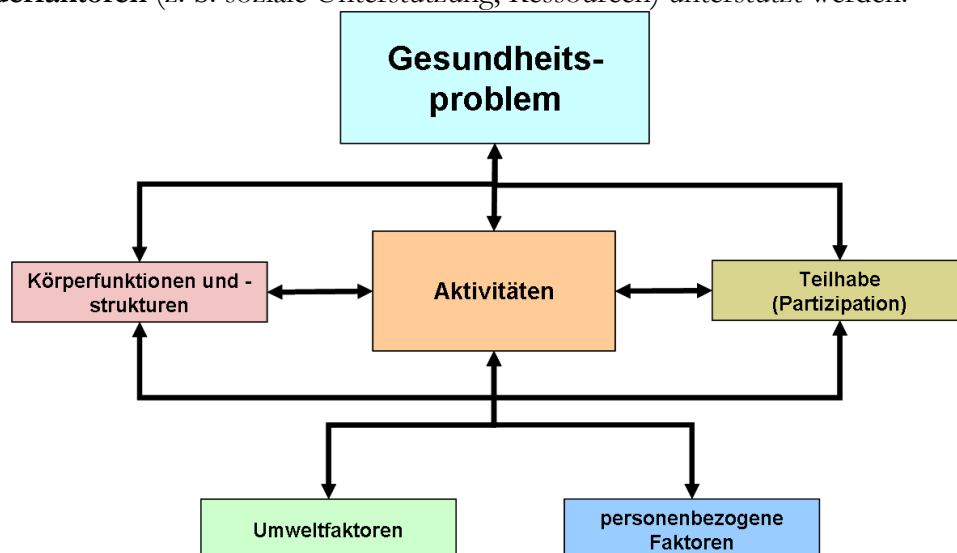


Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell. Komponenten der Gesundheit nach der ICF, VDR 2003

Der Zustand der funktionalen Gesundheit variiert mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen. Jedes Element des in Abbildung 1 dargestellten Modells kann Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme werden.

Auch Abhängigkeitserkrankungen lassen sich nach dem ICF-Modell in ihren höchst unterschiedlichen Entstehungsweisen, ihren sehr verschiedenen Verläufen und ihren multiplen

Folgezuständen gut abbilden. Sie stellen komplexe biopsychosoziale Phänomene dar, die sich - unabhängig von der konsumierten Substanz - als ein Syndrom zahlreicher individueller Störungen auf den verschiedenen Ebenen von ICF beschreiben lassen:

Beeinträchtigungen der „psychischen Funktionen“ bzw. „Körperfunktionen und Körperstrukturen“

Psychische und organische Folgen der Suchterkrankung sowie der Abhängigkeit zugrunde liegende Primärerkrankungen können das „psychische Funktionieren“ des Betroffenen in unterschiedlichem Maße beeinträchtigen. Außerdem kann es durch die konsumierten Suchtmittel direkt oder indirekt zu Schädigungen der Organismusfunktionen und -strukturen kommen, die die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen können.

- körperliche Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen
- Begleit- und Folgeerkrankungen, z. B. Magen-/Darmerkrankungen, Polyneuropathie, Schädigungen des Gehirns (Atrophien, Hirnleistungsminderung, Korsakow-Syndrom), Leber- und Pankreaserkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen, allgemeine Abwehrschwäche, Abszesse, Infektionskrankheiten wie HIV-Infektion oder Hepatitis.
- psychische Abhängigkeit mit Kontrollverlust und/oder Unfähigkeit zur Abstinenz
- psychische Funktionsstörungen (z. B. Wahrnehmungs-, Denk-, Konzentrations- und Motivationsstörungen)
- Ängste oder Depressionen, Selbstwertzweifel und Vermeidungsverhalten
- psychotische Episoden

Beeinträchtigungen der „Aktivitäten“

Bei Abhängigkeitserkrankungen lassen sich oftmals Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten feststellen, die durch die psychischen Primär- und Folgestörungen sowie durch die Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen mitbedingt sein können. Diese Beeinträchtigungen beziehen sich u. a. auf

- Probleme bei der Aufgabenbewältigung, z. B. am Arbeitsplatz
- Schwierigkeiten in Kommunikation und interpersoneller Interaktion, Rückzugsverhalten
- die völlige Einschränkung der Aktivitäten auf Suchtmittelerwerb und -konsum
- mangelnde psychische und körperliche Ausdauer und Belastbarkeit, verringertes Interesse an der Umwelt
- Mangelnde Selbstversorgung, Körperpflege, Haushaltsführung, Verpflegung
- Eingeschränktes Freizeitverhalten
- Mangelnde Krankheitsbewältigungsstrategien
- delinquente Verhaltensweisen und Prostitution (vor allem bei illegalen Drogen)

Beeinträchtigungen der „Teilhabe“

Aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten, den eingeschränkten psychischen Funktionen, Körperfunktionen und -strukturen heraus können Beeinträchtigungen der Eingliederung, des Einbezogeneins und der Beteiligung an den verschiedenen Lebensbereichen resultieren, z. B.

- erwerbsbezogene Schwierigkeiten (mangelnde Schul- und Berufsausbildung, Konflikte am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit etc.)
- Verlust der Mobilität
- Verwahrlosung/Verlust von Wohnung und Unterkunft
- Beeinträchtigungen oder Verlust des sozialen Netzwerkes
- eingeschränkte Teilnahme an Kultur, Freizeit, Sport

Einfluss der Kontextfaktoren

Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Rahmenbedingungen, die die gesellschaftliche Teilhabe eines Menschen beeinflussen und in Wechselwirkung mit verschiedenen Komponenten der funktionalen Gesundheit stehen. Umweltfaktoren beziehen sich auf die soziale und materielle Umwelt und die gesellschaftlichen Wertvorstellungen. Personenbezogene Faktoren sind z. B. Alter, Geschlecht, Bildung/Beruf, Erfahrung, Persönlichkeit, andere Gesundheitsprobleme, Lebensstil, Gewohnheiten und Bewältigungsstile. Folgende Kontextfaktoren sind für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Suchterkrankungen zumeist von zentraler Bedeutung:

- Vorhandensein persönlicher Unterstützung/sozialer Ressourcen
- Zugang zu Hilfesystemen
- Sozioökonomische Sicherheit
- Soziokulturelle Situation, Familie, Gesellschaft
- Werte und Normen, Religiosität
- Persönliche Fertigkeiten, Kreativität

Die individuelle Suchtentwicklung ist somit durch die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und Lernerfahrungen, unterschiedlichsten Umwelteinflüssen und den Wirkungsweisen des Suchtmittels bedingt. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von seinem sozialen System, insbesondere der Familie und seinem beruflichen bzw. gesellschaftlichen Kontext, verstanden werden. Aus diesem Grunde ist Angehörigenarbeit ein integraler Bestandteil der Suchtkrankenbehandlung. Es gilt die Auswirkungen der Krankheit im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen zu betrachten. Diese verschiedensten Faktoren wirken aufeinander ein und interagieren in komplexen Zusammenhängen miteinander, um schließlich zum Phänomen Sucht zu führen. Suchtentwicklungen entstehen bzw. verlaufen somit individuell höchst unterschiedlich, was persönlich zugeschnittene Behandlungen erfordert

Psychodynamische Grundorientierung

Nach dem zuvor skizzierten biopsychosozialen Modell nehmen vergangene und aktuelle Beziehungserfahrungen einen zentralen Stellenwert innerhalb des multikonditionalen Bedingungsgefüges von Abhängigkeitserkrankungen ein. Beziehungserfahrungen vermitteln sich dem Einzelnen nicht nur bewusst, sondern überwiegend unbewusst und prägen dessen intrapsychischen Strukturen von Geburt an. Die gegenwärtigen Interaktionen und Lebensbezüge werden dabei durch die vergangenen, abgespeicherten Beziehungserfahrungen entscheidend mitgeprägt, was bei Konflikten zwischen den alten Erfahrungswerten und der aktuellen Realität zu Beeinträchtigungen der Spannungs- und Beziehungsregulation und schließlich zu intrapsychischen oder interpersonellen Störungen führen kann.

Der psychodynamische Ansatz, der sich im wesentlichen aus der Persönlichkeits- und Krankheitslehre der Psychoanalyse herleitet, versteht auch Suchtentwicklungen als Symptom bzw. Ausdruck von solchen Beziehungsstörungen, die sich im Lebenslauf zu neurotischen Konflikten und/oder Entwicklungsdefiziten verdichtet haben (Lürßen, 1982, Heigl et al., 1993; Rost, 1992; Ermann, 2004; Stetter, 2000b; Wurmser, 2000).

Im Zentrum jeglichen Beziehungserlebens stehen nach dem psychodynamischen Grundverständnis das menschliche Streben nach Sicherheit, Bindung und Anerkennung, aber auch die Suche nach Autonomie, Triebbefriedigung, Lustgewinnung und Angst-/Frustrationsvermeidung (Ermann, 2004). Da innerer Widerstreit zwischen den verschiedenen Motiven und Bestrebungen, aber auch Interessengegensätze zwischen inneren Impulsen und äußeren Anforderungen immer wieder zu konflikthaftem Erleben führen, wird ein spannungsfreier Zustand der intrapsychischen und zwischenmenschlichen Bedürfnisregulation selten erreicht. Konflikte und die mit ihnen verbundenen Ängste sind somit zentrale Aspekte der

Entwicklung, des Erlebens und des Verhaltens (Ermann, 2004). Der psychodynamische Ansatz geht darüber hinaus davon aus, dass jede Erlebensphase typische Entwicklungskrisen und Konflikte aufweist, die je nach erblicher Disposition und individuellem Reifungsgrad verschieden verarbeitet werden (z. B. der Konflikt um „symbiotische Verschmelzung versus Subjekt-Objektdifferenzierung“ in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres, der Konflikt um „Abhängigkeit versus Autonomie“ im 2. und 3. Lebensjahr und der Konflikt zwischen „dyadischen und triadischen Beziehungsstrukturen“ im 4. bis 5. Lebensjahr; Mentzos, 1984).

Treten im Rahmen der Entwicklungsaufgaben gravierende Beeinträchtigungen der Spannungs- und Beziehungsregulation sowie Einschränkungen der Konfliktverarbeitung auf (z. B. in Form von Traumatisierungen, andauernden Frustrationen oder Überstimulierungen), so können abhängig vom persönlichen Entwicklungsstand und dem Ausmaß der Störungen neurotische Entwicklungen resultieren. Bei lang andauernden Belastungen des Beziehungserlebens und/oder schweren Traumata während der ersten Lebensjahre entstehen so oftmals nachhaltige Störungen der inneren Entwicklungsprozesse, die eine phasenspezifische Bewältigung der primären Konflikte (z. B. der frühen Individuationskrise) verhindern.

Hierdurch entsteht eine sog. **Entwicklungspathologie**, in der wegen der mangelhaften Beziehungserfahrungen der frühen Kindheit keine stabilen inneren Bilder von sich selbst und der Welt sowie keine differenzierten Ich-Strukturen herausgebildet werden können (Mentzos, 1984; Heigl-Evers et al., 1997; Ermann, 2004; Kernberg, 1988; Hoffmann & Hochapfel, 2004). Die Ich-strukturellen Einschränkungen betreffen dabei vor allem die Selbststeuerung (Impuls- und Affektregulation, intrapsychische Abwehr), die Selbstwertregulierung, die Entwicklung reifer bzw. ganzheitlicher Objektbeziehungen und die Bildung des Gewissens und der Ideale. Kommt es dann im Verlauf der weiteren Entwicklung nicht zu einer Kompensation durch fördernde und haltende Beziehungserfahrungen, so kann eine dauerhafte Verformung der Persönlichkeit mit einer unspezifischen Ich-Schwäche, einer gespaltenen Welt der inneren Vorstellungen und einer basalen Störung des Selbstwertgefühles entstehen (Ermann, 2004). Ein derart strukturell geschwächtes Ich verharret dann zumeist in einer elementaren Objektangewiesenheit, denn zentrale Regulierungsfunktionen bleiben an innere und (in der Projektion) äußere Objekte gekoppelt. Die inneren Bilder von solchen Substituten für das unzureichende, versagende Primärobjekt sind oftmals affektiv einseitig besetzt bzw. idealisiert oder schwanken zwischen extrem positiven und extrem negativen Bewertungen („nur gut“ versus „nur böse“). Die neuere Psychoanalyse spricht hier von inneren „Teil-Objekten“, die im Unterschied zu den reiferen „Ganz-Objekten“ einen überwiegend Bedürfnis befriedigenden und funktionalen Charakter haben (Heigl-Evers et al., 1997).

Bei Abhängigkeitserkrankungen, die auf der Grundlage einer solchen Entwicklungspathologie entstehen, kann das Suchtmittel als (misslungener) „Selbstheilungsversuch“ verstanden werden (Krystal & Raskin, 1983). Alkohol, Medikamente oder Drogen ersetzen hier zumeist über lange Zeiträume hinweg gestörte Ich-Funktionen und übernehmen Aufgaben, die bei einem gesunden, autarken Ich von intrapsychischen Coping-Strategien und Abwehrmechanismen wahrgenommen werden. Es handelt sich hierbei vor allem um die Ich-Funktionen der Affekt- und Impulssteuerung, der Frustrationstoleranz und der Angst- und Spannungstoleranz (Krystal & Raskin, ebenda; Lindner, 1998; Heigl et al., 1993). Alkohol und Drogen werden dann als „artificialer Reizschutz nach innen“, d.h. zur Erregungsminderung und Affektreduktion eingesetzt.

Darüber hinaus übernimmt das Suchtmittel bei Ich-strukturell gestörten Menschen auch die Funktion, die innere Welt der Selbst- und Objektbilder zu stabilisieren, z. B. um vor einer Dekompensation der Selbstwertgefühles zu schützen oder um bedrohliche innere Objektbilder abgespalten. Denn:

Die Selbstrepräsentanzen des Süchtigen bleiben schwach, weil sein Selbst in der Kindheit keine hinreichende Unterstützung erfuhr; die Objektrepräsentanzen bleiben sehr ambivalent, in der Besetzung schwankend zwischen Liebe und Hass. Die entleerten Selbst- und äußerst ambivalenten Objektrepräsentanzen ermöglichen in den Beziehungen zu sich selbst wie zu anderen keine Integration von Gut und Böse. Die nach außen projizierten, höchst ambivalenten äußeren Objektrepräsentanzen können für das Selbst keine heilende und stützende Funktion übernehmen (...). In dieser Situation bietet sich die Droge als Liebessubstitut wie von selbst an, über das man jederzeit verfügen kann. (Lindner, 1998, S. 128)

Liegt auf Grund schwerer Traumatisierungen und/oder Beziehungsstörungen in der frühen Kindheit ein so starker Mangel an guten inneren Objekten vor, dass ein überwiegend negativ geprägter Persönlichkeitskern herausgebildet wurde, so wird das Suchtmittel auf einer unbewussten Ebene häufig auch selbstdestruktiv zur Zerstörung des negativen inneren Introjektes eingesetzt. Der exzessive Drogen- und Alkoholkonsum kann hier als ein selbstzerstörerischer Prozess im Sinne einer nach innen gewendeten und gegen das Selbst gerichteten Wiederholung vergangener, ursprünglich interpersoneller Traumatisierungen verstanden werden (Rost, 1992).

Sobald die innerpsychischen Strukturen und Bewältigungsfähigkeiten des Kindes (und natürlich auch des Erwachsenen) ein Entwicklungsniveau erreicht haben, das das Verdrängen von intrapsychischen oder zwischenmenschlichen Konflikten mittels reiferer Abwehrmechanismen ermöglicht, kann von einer sog. **Konfliktpathologie** gesprochen werden. Die verdrängten und abgewehrten Impulse, Triebe und Beziehungswünsche beziehen sich hier zumeist auf spätere Phasen der Kindheit und Jugend und resultieren in der Regel aus Spannungen bzw. Konflikten im Mehrpersonenfeld der Familie, der Schule oder des sonstigen sozialen Umfeldes.

Suchtentwicklungen auf diesem relativ reifen strukturellen Persönlichkeitsniveau stellen den Versuch dar, einen unbewussten, durch spezifische Versuchungs- und Versagenssituationen aktualisierten neurotischen Konflikt durch toxisch induzierte Regression zu lösen. Hier steht dann nicht so sehr die Kompensation struktureller Ich-Schwächen, sondern die Herabsetzung von Hemmungen, die Herbeiführung von Lockerung und Entspannung sowie die toxisch unterstützte Leugnung einer versagenden Realität im Vordergrund (Rost, 1992; Eith, 1993). Bei solchen Abhängigen mit reiferer Persönlichkeitsstruktur, denen viele Suchtpatienten mit einer Angststörung oder einer Depression zugerechnet werden können (König, 1991), sind die Affekte relativ differenziert und dem bewussten Erleben prinzipiell zugänglich. Das bewusste Erleben und die Kontexteinordnung der belastenden Gefühlsqualitäten werden hier jedoch durch die neurotischen Konflikte und durch die mit ihnen verbundenen Abwehrmechanismen verhindert.

Das psychodynamische Konfliktmodell der Suchtentstehung kann insbesondere beim Verständnis leichterer Verlaufsformen der Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit hilfreich sein, da es die soziale Funktion des Suchtmittelkonsums in einem aktuellen Mehrpersonengefüge gut erfasst. Nach neuem psychodynamischen Verständnis lassen sich jedoch Konflikt- und Entwicklungspathologien nicht starr voneinander trennen, sondern sollten eher als zwei Pole einer Ergänzungsreihe verstanden werden: Auch Entwicklungsdefizite sind letztendlich auf (frühe) primäre Konflikte zurückzuführen, ebenso wie die Unfähigkeit, aktuelle Konflikte zu lösen, zumeist auf eine umschriebene Ich-Schwäche zurückgeht (Mentzos, 1984; Ermann, 2004). Entscheidend für das Überwiegen einer Konflikt- oder Entwicklungspathologie ist im Einzelfall das Ich-strukturelle Gesamt-Funktionsniveau des Patienten, das sowohl aus seiner erblichen Disposition als auch aus der Schwere und dem lebensgeschichtlichen Zeitpunkt von Traumatisierungen resultiert (Westen, 1989 u. 1990).

Insbesondere bei sozial integrierten und interpersonell weniger auffälligen Suchtkranken kann ein Ineinandergreifen von Konflikt- und Entwicklungspathologie auf einem insgesamt mittleren

Strukturturniveau (Kernberg, 1981) beobachtet werden (siehe auch Lindner, 1998; Reymann, 2002). Bei stark verhaltensauffälligen, sozial desintegrierten Abhängigkeitskranken mit einer schweren Suchtentwicklung lässt sich dagegen häufig ein gering integriertes Strukturturniveau im Sinne einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation diagnostizieren (Ermann, 2004). Diese aus der klinischen Praxis heraus gewonnenen Erfahrungswerte bezüglich der unterschiedlichen strukturellen Niveaus von Suchtkranken machen eine differenzierte Diagnostik sowohl der vorhandenen ich-strukturellen Mängel als auch der zu Grunde liegenden oder hierauf aufbauenden Konfliktdynamik notwendig.

Dabei ist zu beachten, dass es auf Grund der körperlichen und psychosozialen Folgen des Suchtprozesses auch zu einer sekundären Einschränkung von Ich-Funktionen und/oder der narzisstischen Regulation kommen kann. So führt der langjährige Konsum von Drogen, Alkohol oder anderen Suchtmitteln oftmals zu einem ausgeprägten Vermeidungsverhalten bzw. zu einer „Sofortbefriedigungsmentalität“ (Hollstein, 1998), die negative Affekte und Frustrationen zunehmend als unerträglich erscheinen lässt. Klinisch imponiert dies als strukturelle Ich-Schwäche in den Bereichen der Frustrationstoleranz und der Angst- und Spannungstoleranz. Die Selbstwertregulation wird im Verlauf von Suchtentwicklungen zumeist dadurch destabilisiert, dass der Abhängigkeitskranke wiederholt, aber vergeblich versucht hat zu abstinentieren. Das beständige Scheitern seiner Bemühungen, vom Suchtmittel loszukommen, erzeugt nahezu zwangsläufig starke Scham- und Schuldgefühle, Selbstabwertungen und Versagensängste.

Die neurotoxischen Auswirkungen des Alkohols und der Drogen können sich darüber hinaus in einem protrahierten Entzugssyndrom äußern, das noch Wochen und Monate nach der Entgiftung zu psychischer Instabilität, Angstzuständen und Dysphorie, aber auch zu Euphorie und anderen affektiven Störungen führt (Feuerlein et al., 1998, S.137). Diese suchtmittelbedingten Störungen und Einschränkungen diskreter Ich-Funktionen bilden sich oftmals nach einer Zeit der Abstinenz zurück und geben dann den Blick auf differenziertere intrapsychische Strukturen sowie auf eine deutlicher werdende Konfliktdynamik frei (Kipp & Stolzenburg, 2000).

Unabhängig von der Art der zu Grunde liegenden Psychopathologie besteht jedoch das „kleinste gemeinsame Vielfache“ der Abhängigkeitserkrankungen in der Neigung des Suchtkranken, unerträgliche Spannungs- und Affektzustände über das Suchtmittel künstlich zu dämpfen und aktuellen Problemen passiv zu begegnen (Lindner, 1998; Ermann, 2004). Der Süchtige zieht sich somit aus einer Welt enttäuschender und quälender Wahrnehmungen in eine Fantasiewelt zurück, in der alles lösbar oder beherrschbar erscheint. Hier - nämlich bei der konkreten intrapsychischen Funktion des Suchtmittels - setzt auch unsere psychodynamisch orientierte Gruppen- und Einzeltherapie an und arbeitet sich im therapeutischen Prozess - quasi von der „Oberfläche“ her - zu den Grundstörungen (Konflikt- und/oder Entwicklungspathologien) unserer Patienten sowie zu deren interpersonellen Auswirkungen vor.

Lerntheoretische und systemische Aspekte

Ergänzend zu diesem psychodynamischen Grundverständnis von Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigt unser Therapiekonzept den Umstand, dass das Suchtsyndrom auf Grund klassischer und operanter Konditionierungen sowie durch den Einfluss sozialer Verstärkungsmechanismen häufig eine eigenständige Lerngeschichte aufweist (Vollmer & Krauth, 2000). Auch die Modellwirkung des Substanzkonsums durch Eltern und Peers, die Wirkung von spezifischen Verhaltenserwartungen sowie unspezifische Einflüsse der allgemeinen Beziehungsqualität spielen hier nach Pinquart, Silbereisen & Weichold (2005) eine wichtige Rolle. Die von Modellen übernommenen substanz- und verhaltensbezogenen Kognitionen z. B. haben oftmals einen erheblichen Einfluss auf das spätere Konsum- und Sozialverhalten eines

Menschen; so wie übergeordnete Ziele und Bedürfnisse die Verstärkungswirkung von Situationen und Ereignissen auf den Substanzkonsum gravierend beeinflussen können (Vollmer, 2000).

Diese auf klassisches, operantes und Modelllernen, aber auch auf die Verstärkerwirkung spezifischer Kognitionen zurückgehende Prozesse können im Einzelfall zu einer „Abnabelung“ der süchtigen Symptomatik von der zu Grunde liegenden Konflikt- und/oder Entwicklungspathologie bzw. zu einer „Verselbstständigung des Symptoms“ führen (Hoffmann & Hochapfel, 2004). Wie die neurobiologisch orientierte Suchtforschung der letzten Jahre gezeigt hat (Böning, 2002), geht solch eine Sucht-Lerndynamik häufig mit einem hirnganisch fixierten Prägungsprozess einher, der zur Herausbildung eines so genannten „Suchtgedächtnisses“ führt - ein „Absteigeprozess“ von der psychischen auf die organisch-biologische Systemebene im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells. Hat diese neurophysiologische Fixierung des Suchtgeschehens erst einmal stattgefunden, so resultieren hieraus unbewusst und automatisch ablaufende Reaktionsmuster, für deren Änderung die intensive Erarbeitung von Selbstregulationsfertigkeiten sowie das wiederholte Erleben von Selbstwirksamkeit bezüglich abstinenzfördernder Verhaltensweisen notwendig werden.

In unserem therapeutischen Konzept findet der kognitiv-lerntheoretische Ansatz zur Erklärung von Suchterkrankungen zum einen in unseren umfangreichen psychoedukativen Maßnahmen Niederschlag. Nach Hornung (1999) ist Psychoedukation

...eine auf individuellen Erfahrungen der Adressaten aufbauende Vermittlung von Wissensinhalten über die zugrunde liegende Erkrankung sowie ein systematisches, meist lerntheoretisch fundiertes psychotherapeutisches Vorgehen zur Verhaltensmodifikation.

Psychoedukation umfasst somit einerseits die Vermittlung von Wissen über Suchtmechanismen, Wirkungsweisen von Suchtstoffen und komorbide psychische/somatische Störungen; andererseits beinhaltet sie auch die Vermittlung von Fertigkeiten im Umgang mit Suchtdruck, Emotionen und sozialen Situationen. Letzteres ist z. B. in unseren indikativen Angeboten zur Rückfallprävention, Emotionsregulation und Verbesserung der sozialen Kompetenz enthalten. Diese Maßnahmen dienen der Steigerung von Selbstkontrolle und der schrittweisen Erarbeitung von Selbstregulationsfertigkeiten; sie sind ein integraler Bestandteil des multimodalen und interdisziplinären Behandlungskonzepts der Reha-Klinik Pyramide

Unser Konzept trägt der tendenziellen, kognitiv-lerntheoretisch begründeten Eigendynamik von Suchterkrankungen jedoch nicht nur durch die umfangreichen psychoedukativen Angebote, sondern auch durch die Außenorientierung unseres therapeutischen Prozesses Rechnung. So werden unsere Patienten in der sog. „Erprobungsphase“ nach und nach und mit therapeutischer Begleitung ihren realen Lebensbezügen ausgesetzt. Hierdurch können ohne den „artificialen Reizschutz“ der Drogen, des Alkohols oder der Medikamente neue Erfahrungen gesammelt und notwendige Veränderungsschritte eingeleitet werden. Die wiederholte Erfahrung des „Standhaft-Bleibens“ in vormals problematischen Situationen oder Lebensbereichen kann dann entscheidend zur Minderung oder Überlagerung des „Suchtgedächtnisses“ beitragen.

Das Behandlungskonzept unserer medizinischen Rehabilitation ermöglicht aber nicht nur persönliche Umlernprozesse vor Ort sowie das Durcharbeiten neu gewonnener Einsichten in der Alltagsrealität, sondern auch die direkte Einbeziehung des sozialen Umfeldes unserer Patienten in den therapeutischen Prozess (z. B. durch Paar- und Angehörigengespräche, Angehörigen-Infos, Gespräche mit dem Arbeitgeber etc.). Diese unmittelbare Integration der systemischen Perspektive in unsere Entwöhnungsbehandlungen kann maßgeblich zum Therapieerfolg beitragen, denn die dem Individuellen übergeordnete Ebene der sozialen Beziehungen ist entscheidend an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtentwicklungen beteiligt (Feuerlein et al., 1998). So konnte in mehreren Studien (Klein, 2005) nachgewiesen werden, dass

Alkoholabhängige überzufällig aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil abhängig ist. Die familiäre Häufung von Substanzstörungen resultiert dabei nicht nur aus genetischen, sondern in erheblichem Maße auch aus nichtgenetischen Faktoren (Lieb, 2005). Eine zentrale Rolle im Beziehungsgefüge spielt die Beschäftigung mit der Suchtmittelabhängigkeit eines Familienmitgliedes aber auch in Familien ohne suchtbetonte Prävalenz. Konflikträchtige Themen kommen dann zumeist nicht zur Sprache oder werden nicht bearbeitet, z. B. die Infragestellung der ehelichen Beziehung oder auch Schwierigkeiten im Umgang mit Ablösungsprozessen der Kinder von ihren Eltern (Wegscheider, 1988).

In dem Spannungsfeld der immer wieder um Abhängigkeit und ihre Folgen kreisenden Kommunikation ist schließlich die ganze Familie in ihren Entwicklungsmöglichkeiten stark eingegrenzt. Denn auch die Angehörigen sind in diesem Geschehen stark physisch und psychisch belastet und werden in vielen Fällen krank. Sie entwickeln nicht selten Problembewältigungsstrategien, die langfristig ihrerseits zum Problem werden und unter dem Stichwort „Co-Abhängigkeit“ beschrieben werden (Rennert, 1990). Durch die Einbeziehung von Angehörigen in die therapeutische Arbeit können daher die Schwierigkeiten des Suchtkranken relativiert und die ihm nahe stehenden Menschen dazu veranlasst werden, ebenfalls ihre Rolle in der Beziehungsgestaltung zu überdenken und neu zu ordnen. Nach unserer Erfahrung ist die Mitarbeit insbesondere der Familienmitglieder oder anderer Angehöriger und Freunde für die Stabilisierung der langfristigen Suchtmittelfreiheit von zentraler Bedeutung; diese Angehörigenarbeit erfolgt nach systemisch-familientherapeutischen Methoden (vgl. Schindler, Küstner, Sack & Thomasius 2005).

Bezüglich der Wichtigkeit systemischer Aspekte für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen hat die Rückfallforschung der letzten beiden Jahrzehnte ergänzend hierzu herausgearbeitet, dass sowohl das Fehlen eines Halt gebenden sozialen Netzwerkes (Partnerschaft, Familie, Freunde etc.) als auch meso- und makrosoziologische Faktoren (z. B. berufliche Belastungen, Arbeitslosigkeit und desintegrierte Lebensbedingungen) suchtmittelübergreifend ein erhebliches Rückfallrisiko darstellen (Körkel, 1996, Schmidt et al., 1999). Unser Therapiekonzept sieht deswegen intensive Aktivitäten zur Rückfallprävention in den Feldern der Angehörigenarbeit, der beratenden und aufsuchenden Sozialtherapie sowie der gezielten beruflichen Förderung vor.

Neuropsychotherapeutische Aspekte

Unser tiefenpsychologisch fundierter und durch lerntheoretische sowie systemtheoretische Aspekte ergänzter Therapieansatz berücksichtigt die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung zu psychopathologischen und insbesondere suchtspezifischen Prozessen (Grawe, 2004; Schiepek, 2004). Die wichtigste Erkenntnis der modernen Hirnforschung scheint dabei zu sein, dass abhängige Verhaltensweisen, Substanzmissbrauch und auch andere psychische Symptome (Ängste, Depressionen etc.) an spezifische neuronale Verschaltungsmuster gekoppelt sind. Sie müssen, der neurobiologischen Forschung zufolge, als (dysfunktionale) somatopsychische Bewältigungsstrategien von chronischen inneren Spannungszuständen verstanden werden. Hüther (2001, S.9) führt hierzu aus:

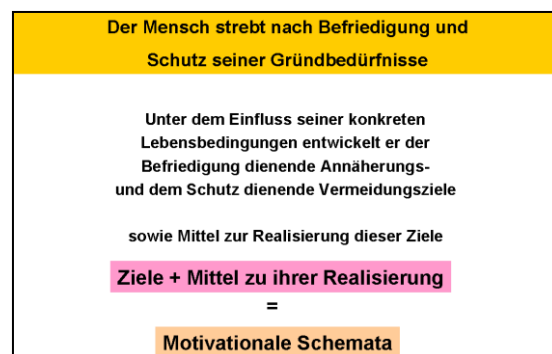
Die Gefahr der Bahnung sehr einseitiger, das Denken, Fühlen und Handeln eines Menschen bestimmender neuronaler Verschaltungsmuster ist um so größer, je häufiger ganz bestimmte Strategien der Angstbewältigung von einem Menschen im Laufe seiner Entwicklung immer wieder eingesetzt und subjektiv als besonders erfolgreich bewertet werden. Beispiele für derartige bis zur psychischen Abhängigkeit gebahnte Bewältigungsstrategien sind Karrieresucht, Erfolgssucht, Geltungssucht, Streitsucht, Trunksucht, Vergnügens- (Ablenkungs-)sucht, Spiel- (Aufregungs-)sucht. Häufig werden auch bestimmte, durch die Nahrungsaufnahme ausgelöste zentralnervöse Effekte zur Angstbewältigung genutzt und bis zur Abhängigkeit gebahnt (Esssucht, Magersucht). Das gleiche gilt für Drogen und Medikamente, die aufgrund ihrer

anxiolytischen, sedierenden oder euphorisierenden Wirkungen zur Angstbewältigung eingesetzt werden (Medikamentensucht, Drogensucht).

Die diesen Bewältigungsversuchen zugrunde liegenden inneren Spannungszustände werden von Grawe (2004) als lebensgeschichtlich erworbene „Inkonsistenzspannungen“ bezeichnet, die wiederum auf kumulierte, im interaktionellen Kontext entstandene Inkongruenzerfahrungen¹ bezüglich der Befriedigung der vier zentralen menschlichen Grundbedürfnisse zurückzuführen sind (Grawe, ebenda):

- **Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle**
- **Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung**
- **Das Bindungsbedürfnis**
- **Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz**

Chronisch persistierende, oftmals bis in die frühe Kindheit zurückreichende Inkongruenzerlebnisse bei der Befriedigung dieser Grundbedürfnisse führen nach Grawe (2004) zu einem dauerhaft erhöhten Inkonsistenzniveau im psychischen Bereich, das sich - ebenso wie die hieraus resultierenden Bewältigungsstrategien (Süchte, Zwänge, Ängste etc.) - in neurophysiologisch verankerten Schemata niederschlägt. Auch Suchtverhalten ist nach diesem Verständnis ein neurobiologisch fassbares Vermeidungsschema im Sinne einer toxisch-artifizialen Dämpfung chronischer Inkonsistenzspannungen. Suchtmittel wirken nämlich sowohl extrem verstärkend auf das dopaminerge Belohnungssystem als auch dämpfend auf das angstvermittelnde Mandelkernsystem im Mittelhirnbereich. Die anhaltende Stimulation durch fortwährenden Suchtmittelkonsum begünstigt die Ausbildung und Bahnung von komplexen neuronalen Strukturen, die eine bleibend erhöhte Reaktionsbereitschaft (Langzeitpotenzierung)



bedingen.

Diese neurophysiologisch verankerten Sucht-Schemata sind nach dem bisherigen Stand der wissenschaftlichen Forschung nicht löschar, sie können jedoch durch korrigierende, emotional geprägte Erfahrungen überlagert werden. Dies ist zumeist ein länger andauernder Prozess, denn die unbewusst ausgebildeten, durch die Suchtmittelwirkung verstärkten Konditionierungen graben sich sehr tief in emotionale Gedächtnisstrukturen ein und können durch nicht bewusst wahrgenommene Schlüsselreize am Bewusstsein vorbei handlungsleitend werden. Dies erklärt das häufige Fehlen einer bewusst erinnerbaren Handlungssteuerung in einer Rückfallsituation. In der Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit ist es daher von Bedeutung, die bewusste Handlungsfähigkeit und die emotionale Selbstregulationsfähigkeit des betroffenen Menschen zu stärken. „Die Abhängigen müssen dazu die wiederholte Erfahrung machen, dass sich ihre - zumeist aus psychosozialen Konflikten resultierenden - Ängste auch auf andere als die bisher ‚bewährte‘ Weise erfolgreich bewältigen lassen. Nur so lassen sich alternative Strategien des

¹ Der Begriff „Inkongruenz“ lässt sich im von Grawe gebrauchten Sinne am besten mit „Nichtübereinstimmung“ des verspürten Grundbedürfnisses mit der subjektiv erlebten Realität beschreiben, „Inkonsistenzspannung“ beschreibt eher die affektiv-emotionale Seite der (chronisch) erlebten Inkongruenzerlebnisse (z. B. in Form von Bedürfnisspannungen oder Ängsten).

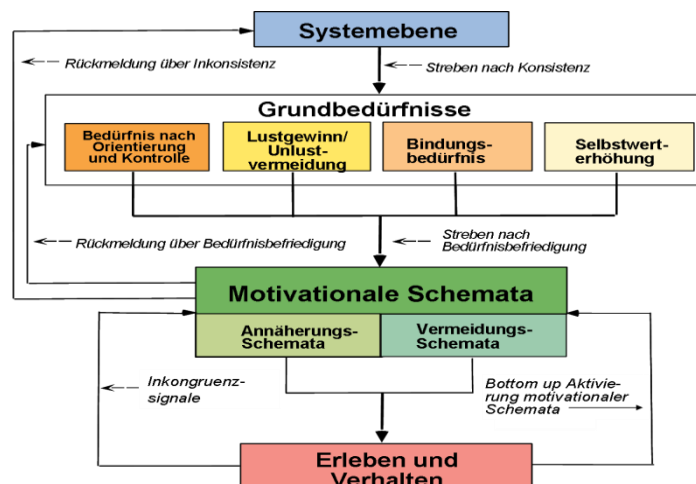
Denkens, Fühlens und Handelns allmählich ebenfalls strukturell verankern.“ (Hüther, ebenda, S.9)

Die neurobiologische Forschung zeigt in diesem Zusammenhang auf, dass die „enorme Plastizität des Gehirns durch [psychosoziale] Umwelteinflüsse“ (Grawe, 2004, S.354) auch in psychotherapeutischen Prozessen genutzt werden kann. Grawe (2004, S.354-355) hierzu weiter:

Es wurde immer klarer, dass der genetische Anteil am Zustandekommen manifester psychischer Störungen viel geringer ist als eine Zeit lang angenommen wurde und dass individuelle Lebenserfahrungen über die Genexpression eine weit größere Rolle spielen. Es zeigte sich auch, dass Plastizität in beide Richtungen gleichermaßen besteht, in krankheitsfördernde und Schädigungen wieder beseitigende oder kompensierende Richtung (...). Seitdem enden neurowissenschaftliche Schriften immer öfter mit Spekulationen über Möglichkeiten, psychotherapeutisch gezielt auf neuronale Strukturen und Prozesse einzuwirken oder darüber, wie die Psychotherapie sich unter dem Einfluss der Neurowissenschaft weiterentwickeln könnte.

Um diese Veränderung neuronaler Strukturen sukzessive erreichen zu können, schlägt Grawe (2004) eine Kombination von störungsspezifischen und „inkonsistenzbezogenen“ therapeutischen Maßnahmen vor. Unsere Fachklinik berücksichtigt diese und andere aus der neurobiologischen Forschung heraus resultierenden Vorschläge durch ihr konsequent bezugstherapeutisches und beziehungsorientiertes Therapiekonzept (Ebene der Inkonsistenzbehandlung), das durch symptomzentrierte Maßnahmen ergänzt wird (störungsspezifische Ebene). Auf der Symptomebene wird hierbei versucht, das neurobiologisch verankerte „Suchtgedächtnis“ und mit ihm einhergehende Phänomene wie „cue reactivity“ und „craving“ (Böning, 2002) durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallpräventionstrainings und durch eine schrittweise, therapeutisch angeleitete Realitätsexposition (Wochenendurlaube, Erprobungsphase) zu überlagern. Dies geschieht im Sinne eines „Überlagerungs-/Umlernprozesses“, denn eine Löschung des Suchtgedächtnisses ist nach dem derzeitigen Stand der suchtmmedizinischen Forschung nicht möglich.

Bei der Behandlung der Grundstörung („Inkonsistenzbehandlung“ nach Grawe) setzt unser tiefenpsychologisch-beziehungszentrierter Therapieansatz vor allem bei den sog. unspezifischen



Wirkfaktoren an. Intendiert wird hierbei „maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung“ (Grawe), wobei im therapeutisch-interaktionellen Kontext besonders die individuell variierenden Bedürfnisse nach Befriedigung der vier Grundbedürfnisse berücksichtigt werden (Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz).

So findet das Grundbedürfnis nach Bindung seinen Ausdruck in einer kontinuierlichen Beratung, Begleitung und Therapie im Rahmen unseres Bezugstherapeutensystems, aber auch in der therapeutischen Förderung von verlässlichen Beziehungen innerhalb des gewohnten sozialen

Netzwerkes der Patienten. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wird vor allem durch einen transparenten Behandlungsplan mit klaren Vereinbarungen zwischen Patient und Behandler befriedigt. Dem Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung wird durch eine freundlich-offene und akzeptierende, manchmal auch von Humor getragenen Atmosphäre entsprochen, aber auch durch regelmäßige Rückmeldungen des Therapeuten über persönliche Stärken und positive Entwicklungen seines Patienten (was „kleine Erfolgserlebnisse“ induziert). Erfolgserlebnisse im Rahmen des therapeutischen Prozesses – z. B. bei der Erreichung von Behandlungszielen, beim Aufbau neuer Freundschaften oder bei erfolgreichen Bewerbungen – sprechen auch das Bedürfnis unserer Rehabilitanden nach Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz an. Voraussetzung sind hierbei jedoch eine auf die persönlichen Möglichkeiten des Patienten zugeschnittene Zielorientierung und eine Behandlungsplanung, die eine intensive Mobilisierung bereits vorhandener Ressourcen vorsieht.

Generell soll unsere umfassende bezugstherapeutische Betreuung ermöglichen, dass die Patienten unserer Fachklinik ihre medizinische Rehabilitation in einem emotional positiven, angstfreien Kontext erleben, der ihnen die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) ermöglicht und damit auch das für Veränderungsprozesse notwendige „Annäherungssystem“ (Grawe, ebenda) aktiviert. Andernfalls könnte das psychische System unserer Patienten auf Schutz, Abwehr und Vermeidung ausgerichtet werden, was die Hemmung von negativen Emotionen und den Aufbau neuer neuronaler Verschaltungsmuster erschweren würde (Grawe, ebenda).

5. Rehabilitationsziele

Das zentrale Behandlungsziel unserer medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung/Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. die dauerhafte berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden. Voraussetzung hierfür ist eine dauerhafte und gefestigte Abstinenz von Suchtmitteln.

Da Suchterkrankungen oftmals mit Störungen auf der körperlichen und psychischen bzw. auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe einhergehen, verfolgen unsere Entwöhnungsbehandlungen auch weitergehende bzw. vertiefende Therapieziele. Diese beziehen sich vor allem auf die Behandlung von komorbiden oder der Suchterkrankung zu Grunde liegenden psychischen Störungen, auf die Heilung oder Linderung von körperlichen Folge-/Begleiterkrankungen der Abhängigkeit und auf Maßnahmen zur Veränderung bzw. Verbesserung der sozialen und/oder beruflichen Situation unserer Patienten. Daneben sind die Entwicklung von Krankheitseinsicht, die Förderung der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverständnisses sowie die Planung von Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Therapieziele von zentraler Bedeutung.

Das Gesamtziel unserer therapeutischen Bemühungen ist somit die psychisch und körperlich möglichst beschwerdefreie Persönlichkeit, die zu einer autonomen Lebensgestaltung und zur Teilhabe an Arbeit und gesellschaftlichem und sozialem Leben in der Lage ist.

Bei der Formulierung der konkreten, patientenbezogenen Therapieziele orientieren wir uns an den im Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund, Stand 10/2010) beschriebenen vier Zieldimensionen für den therapeutischen Prozess, die maßgeblich aus dem ICF abgeleitet sind:

- Psychosoziale Zieldimension (individueller Bewältigungsprozess, psychische und soziale Ressourcen)
- Somatische Zieldimension (Gesundheitszustand, Körperfunktionen und -strukturen)
- Edukative Zieldimension (Gesundheitsinformationen und -verhalten)

- Zieldimension der Aktivitäten und Teilhabe (Leistungsanforderungen, Funktionsfähigkeit und Funktion in Beruf und Alltag)

Da sich die ICF-Ebenen des menschlichen Handelns (Aktivitäten) und der menschlichen Daseinsentfaltung (Teilhabe) in den konkreten Lebensbereichen unserer Patienten überschneiden und in der alltagspraktischen Anwendung nur sehr schwer getrennt werden können, werden sie von uns bei der Therapiezielformulierung – wie vom VDR (2004) und der BAR (2006) empfohlen – zu einer gemeinsamen Dimension bzw. Ebene der „Aktivitäten und Teilhabe“ zusammengefasst.

Im folgenden werden entlang der vier übergeordneten Zieldimensionen häufige Teil-Rehabilitationsziele aufgeführt, die nach einer umfassenden Diagnostik sowie in enger Absprache mit dem betreffenden Patienten im Einzelfall konkret ausformuliert werden. Auf allen Ebenen der Behandlungsplanung steht die Stärkung der noch vorhandenen Ressourcen und der Selbsthilfepotenziale im Vordergrund. Im weiteren Verlauf der Entwöhnungsbehandlung werden die einzelnen Teilziele dann in gemeinsamen Bilanzgesprächen an den bisherigen Behandlungsverlauf angepasst und ggf. neu formuliert.

Psychosoziale Zieldimension

Die Rehabilitationsziele bezüglich dieser Dimension richten sich auf die Minderung, Verhütung oder Beseitigung von individuellen psychischen Beeinträchtigungen und sozialen Belastungen, die die Erwerbsfähigkeit gefährden sowie auf die Aktivierung von psychischen und sozialen Ressourcen:

- Psychische Stabilisierung durch die Entwicklung von Entspannungs- und Regenerationsfähigkeit und durch die Erarbeitung von Stressbewältigungskompetenz
- Bearbeitung kognitiver Aspekte, z. B. Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster, Verbesserung von Problemlösefertigkeiten und der Konzentrationsfähigkeit
- Förderung der sozialen Kompetenz, insbesondere der Kommunikationsfähigkeit und des Interaktions-/Beziehungsverhaltens
- Verbesserung der Realitätsakzeptanz, z. B. durch Förderung der Krankheitseinsicht und -akzeptanz sowie durch die Verbesserung der Frustrationstoleranz und der Akzeptanz von Belastungsgrenzen
- Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess und an ambulanter Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme
- Reduktion primärer oder sekundärer psychischer Störungen wie Angst, Depressionen etc.
- Verbesserung der Bewältigungskompetenzen sowohl der Suchterkrankung als auch der komorbiden psychischen Störungen
- Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Suchtentwicklung und Aufarbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie
- Aufarbeitung unbewusster, mit der Abhängigkeitserkrankung verknüpfter intrapsychischer Konflikte
- Aufarbeitung von Problemen und Konflikten mit nahen Bezugspersonen
- Ich-strukturelle Nachentwicklung in den Bereichen der selbstreflexiven Wahrnehmung (Introspektionsfähigkeit, Affektdifferenzierung, Antizipationsvermögen), der Selbststeuerung (Impulssteuerung, Affekttoleranz, intrapsychische Abwehr), der Selbstwertregulierung, der ganzheitlichen Objektwahrnehmung und der emotionalen Kommunikation (Empathie, Mitteilen von Affekten, Verstehen von Affekten)
- Verbesserter Umgang mit Sexualität

Somatische Zieldimension

Hier haben die Rehabilitationsziele den Gesundheitszustand sowie die Körperfunktionen und -Strukturen unserer Rehabilitanden zum Gegenstand. Sie zielen auf eine Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit ab.

- Diagnostische Abklärung des somatischen Zustandbildes
- Bahnung und Durchführung der Behandlung bereits eingetretener Störungen der Körperfunktionen und -Strukturen
- Verhinderung der Verschlimmerung von bestehenden Störungen der Körperfunktionen und -Strukturen
- (Wieder-)Aufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Linderung somatischer und psychischer Beschwerden, z. B. durch medizinische Unterstützung bei der Bewältigung des protrahierten Entzugssyndroms
- Wenn notwendig, Verordnung, Überprüfung und Optimierung von Medikationen
- Reduzierung von Risikofaktoren durch Verbesserung von Parametern der strukturellen und funktionellen Gesundheit (verbessertes Ernährungsstatus, verbesserte Stoffwechselformparameter etc.)

Edukative Zieldimension

Die Rehabilitationsziele auf dieser Ebene richten sich auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Krankheitsbewältigungskompetenzen unserer Rehabilitanden. Sie umfassen eine entsprechende Informationsvermittlung, motivierende Maßnahmen und Schulungen.

- Vermittlung von Informationen über die Suchterkrankung, komorbide Störungen und körperliche Folgeerkrankungen sowie eines Erklärungsmodells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchtsymptomatik
- Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
- Erlernen eines gesünderen Lebensstils und gesundheitsbewussten Handelns
- Erlernen von Kompetenzen im Umgang mit körperlichen Funktionsstörungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen

Zieldimension der Aktivität und Teilhabe

Hier orientieren sich die Rehabilitationsziele an der Bewältigung äußerer Leistungsanforderungen sowie an der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag. Sie fokussieren auf die Verringerung bzw. Beseitigung diesbezüglicher Einschränkungen und umfassen folgende inhaltlichen Schwerpunkte:

- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Förderung der Arbeitsbasiskompetenzen, Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
- Konkretisierung von beruflichen Änderungswünschen und persönlichen Zielvorstellungen
- berufliche (Neu-)Orientierung und Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Klärung der aktuellen beruflichen Situation, ggf. unter Hinzuziehung des Arbeitgebers oder des betrieblichen Sucht-/Sozialberaters
- Thematisierung und Aufarbeitung von Konflikten, Überlastungssituationen oder sonstigen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz
- Durchführung von Belastungserprobungen

- Hilfestellung bei der Lösung von Problemen im sozialen Bereich, z. B. beim Aufbau sozialer Beziehungen bzw. eines tragfähigen sozialen Netzwerkes, bei der Bearbeitung von Problemen im beruflichen Bereich, bei der Aufarbeitung von Problemen und Konflikten mit nahen Bezugspersonen sowie bei der Integration in Selbsthilfe-Gruppen
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen und sozialen Bereich
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Freizeitgestaltung
- Verbesserung der Alltagsbewältigung, z. B. durch Klärung der finanziellen und juristischen Situation, durch Einleitung von Maßnahmen zur Schuldenregulierung und durch Herstellung einer abstinentzfördernden Wohnsituation

6. Allgemeine Indikationskriterien

In der Fachklinik werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen für suchtkranke Frauen und Männer aus dem Bundesland Bremen, dem angrenzenden Niedersachsen sowie aus anderen Regionen/Bundesländern angeboten. Voraussetzungen für die Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung sind

- Volljährigkeit
- Freiwilligkeit
- körperliche und psychische Rehabilitationsfähigkeit (ausreichende Mitwirkungsfähigkeit)
- hinreichende Behandlungs- und Abstinenzmotivation (ausreichende Mitwirkungsbereitschaft)
- regulär abgeschlossene Entgiftungsbehandlung, falls erforderlich
- gültige Kostenübernahme
- gültige Aufenthaltsgenehmigung

Ausländische Patienten sowie Patienten aus spezifischen Volksgruppen, wie z. B. Sinti oder Aussiedler aus den GUS-Staaten, sind in unserer Klinik willkommen. Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation in unserem Hause sind allerdings ausreichende deutsche Sprachkenntnisse (bei Bedarf kann in therapeutische Einrichtungen mit muttersprachlichem Angebot weitervermittelt werden).

Weitere therapeutische Angebote für spezifische Personenkreise:

- Paarbehandlungen
- Medizinische Rehabilitation bei einer gerichtlichen oder sonstigen Therapieaufgabe. Unsere Einrichtung hat eine Anerkennung zur Durchführung von Behandlungen nach §35, 36 BtMG

Folgende **Indikationsgruppen** (nach ICD-10, 10. Auflage der International Classification of Diseases) können in der Reha-Klinik Pyramide behandelt werden:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F 11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F 12.2)
- Psychische u. Verhaltensstörungen d. Sedativa o. Hypnotika (F 13.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (F 14.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (F 15.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene (F 16.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Lösungsmittel (F 18.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch multipler Substanzen; (F 19.2)

Entsprechend unserem therapeutischen-inhaltlichen Konzept werden in der Fachklinik Suchtkranke mit komorbider psychischer Symptomatik und multimorbiden somatischen Begleiterkrankungen behandelt. Daraus ergeben sich folgende rehabilitationsrelevante **Nebenindikationen:**

- Komorbide psychische Störungen, wie z. B. affektive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und aktuell nicht floride Psychosen
- Krankheiten des Nervensystems, z. B. Polyneuropathie, symptomatische Epilepsie
- Krankheiten des Verdauungssystems
- Krankheiten des Atmungssystems
- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates
- Verletzungsfolgen
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Hepatitiden und HIV-Infektionen

Hierbei muss allerdings die Mitwirkungsfähigkeit an der medizinischen Rehabilitation gewährleistet sein.

Kontraindikationen

Kontraindikationen sind:

- Floride psychotische Erkrankungen
- Suizidalität
- Dissoziale Persönlichkeitsstörungen, die eine Integration in die therapeutische Gemeinschaft sowie eine Teilnahme am therapeutischen Alltag nachhaltig verhindern
- Schwere körperliche Behinderungen und/oder chronische Erkrankungen, die die Teilnahme an den therapeutischen Maßnahmen über einen längeren Zeitraum weitestgehend ausschließen sowie ein akutmedizinischer Behandlungsbedarf.
- Schwere Einschränkungen des Wahrnehmungsapparates, der kognitiven Fähigkeiten oder geistige Behinderungen, die die Einsicht in die Suchterkrankung und die Introspektionsfähigkeit des betreffenden Patienten erheblich beeinträchtigen.
- Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse (eine Weitervermittlung in Einrichtungen mit muttersprachlichem therapeutischem Angebot ist möglich)

7. Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung

Inhaltliche Ebenen unserer Diagnostik und Indikation

In der Reha-Klinik Pyramide wird eine mehrdimensionale und verlaufsorientierte Diagnostik durchgeführt. Mit Hilfe der hierauf aufbauenden Indikationsstellungen wird der Rehabilitationsprozess unserer Patienten auf ihre beruflichen, sozialen und persönlichen Voraussetzungen abgestimmt. Darüber hinaus werden konkrete Rehabilitationsziele formuliert sowie entsprechende Behandlungspläne gemeinsam mit dem Patienten erstellt. Gemäß unserem biopsychosozialen Grundverständnis von Suchterkrankungen umfassen unsere diagnostischen Maßnahmen mehrere Teilbereiche, die sich an den inhaltlichen Ebenen des ICF orientieren. Die zusammenfassende Auswertung dieser diagnostischen Teilbereiche führt dann zu einem umfassenden Gesamtbild unserer Patienten, das nicht nur Defizite und Problemfelder, sondern auch Ich-Stärken und Ressourcen benennt. Die inhaltlichen Ebenen unserer Diagnostik sind im Einzelnen:

Diagnostik der Abhängigkeitserkrankung: Art und Schweregrad der Suchterkrankung; Beginn, Dauer und Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung; konkretes Suchtverhalten (Konsum-

muster); persönliche Rückfallrisikofelder; Vorbehandlungen der Abhängigkeitserkrankung; bereits vorhandene Sucht- und Rückfallbewältigungskompetenzen

Diagnostik der körperlichen Störungen: Konstitution und allgemeiner Gesundheitszustand; Art und Ausprägungsgrad von Begleit-/Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung

Psychische/psychiatrische Diagnostik: Persönlichkeitsstruktur, psychopathologische Auffälligkeiten (Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, psychosomatische Beschwerden, affektive Störungen, Anpassungsstörungen, psychotische Episoden, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen einschl. Essstörungen, Störungen der Affekt- und Impulskontrolle, Suizidalität); Intelligenzminderungen und alkoholbedingte Hirnabbausyndrome

Entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik: Verlauf der individuellen psychischen Entwicklung; vorherrschende Beziehungserfahrungen in der Primärfamilie sowie im Rahmen der darauf folgenden sozialen Bezüge; aktuelle Beziehungsmuster; individuelle Psychodynamik; intrapsychische Funktion des Suchtmittels; Krankheitsverarbeitung und inhaltliche Verarbeitung früherer Therapien

Soziale und berufsbezogene Diagnostik: Aktuelle soziale Situation; Wohnsituation; finanzielle Situation; schulischer/beruflicher Werdegang und aktueller beruflicher Status; persönliche Lebensplanung

Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren (Kontextfaktoren): Unterstützung durch die Familie, Hilfestellung durch das soziale Netzwerk und berufliche Zusammenhänge; Einsichtsfähigkeit des Patienten in die Abhängigkeitserkrankung, Ausprägungsgrad der Behandlungs- und Abstinenzmotivation; Vorhandensein von Selbstwirksamkeitserwartungen und Handlungswillen

Diagnostik von Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an den Lebensbereichen: Teilhabe am Arbeitsleben; Erfüllung beruflicher Anforderungen; Ausfüllung sozialer Rollen und soziale Eingliederung; Alltagsbewältigung und Selbstversorgung; Aufbau und Pflege sozialer Kontakte; Inanspruchnahme von medizinischen, psychotherapeutischen und Selbsthilfeangeboten; Nutzung sozialer und kultureller Angebote

Durchgeführt werden eine Vorfeld-, eine Eingangs-, eine Verlaufs- und eine Abschlussdiagnostik. Die Vorfelddiagnostik der zuweisenden Beratungsstellen liefert erste Anhaltspunkte bezüglich der Beeinträchtigungen auf den verschiedenen Ebenen der ICF unserer Patienten. Nach der Aufnahme in der Fachklinik wird die Vorfelddiagnostik durch eine multiaxiale Diagnostik vertieft bzw. ergänzt. Unter der Berücksichtigung der verschiedenen diagnostischen Teilergebnisse und in Absprache mit den betreffenden Patienten werden dann konkrete gemeinsam konkrete Therapieziele für die verschiedenen Rehabilitations-Teilbereiche formuliert, individuell bezogene Behandlungspläne erarbeitet und indikative Behandlungsangebote ausgewählt. Diese initiale Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung wird im weiteren Verlauf der Rehabilitation durch eine kontinuierliche Verlaufsdiagnostik überprüft und an den jeweiligen Entwicklungsstand des betreffenden Patienten anpasst.

Generell wird der Prozess der Indikation und Behandlungsplanung eng mit den betreffenden Patienten und mit den kooperierenden Beratungsstellen abgestimmt, bzw. dialogisch „ausgehandelt“. Dies setzt voraus, dass unsere Patienten nicht nur während der (externen) Beratungs- und Motivationsphase, sondern auch während der laufenden Rehabilitationsmaßnahme über die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden

Eingangs- und Verlaufsdiagnostik

Zu Beginn unserer Entwöhnungsbehandlungen wird eine multiaxiale Eingangsdiagnostik in den Bereichen „Suchterkrankung“, „Psyche + individuelle Psychodynamik“, „körperlicher Zustand“, „Kontextfaktoren (Förderfaktoren + Barrieren)“, „soziale/berufliche Situation“ sowie „Beeinträchtigungen der Aktivitäten + Teilhabe an den Lebensbereichen“ durchgeführt. Diese bildet zusammen mit der Vorfelddiagnostik der zuweisenden Einrichtungen die Grundlage für die weitere Rehabilitationsplanung. Im Einzelnen werden folgende eingangsdagnostische Maßnahmen durchgeführt:

Medizinische Diagnostik:

- ärztliche Aufnahmeuntersuchung mit Erhebung des allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und neurologischen Befundes
- laborchemische Untersuchungen (unter der Berücksichtigung vorliegender aktueller Vorbefunde und sofern erforderlich)
- Sichtung der Vorbefunde
- ggf. Einholung von externen Fachbefunden
- ggf. Durchführung von notwendigen technischen Untersuchungen in Kooperation mit dem Klinikum Bremen-Ost und niedergelassenen Fachärzten

Einzel-Aufnahmegespräche mit dem zuständigen Bezugstherapeuten:

Hier werden zunächst erhoben:

- die persönlichen Rehabilitationsziele
- die biografische Anamnese
- die Sozial- und Suchtanamnese
- die derzeitige psychosoziale Gesamtsituation
- die persönlichen/sozialen Belastungsfaktoren, Defizite und Ressourcen
- die Behandlungsmotivation
- der psychodynamische Befund mitsamt der intrapsychischen Funktion des Suchtmittels

Testpsychologische Diagnostik:

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik der Fachklinik wird für alle Patienten eine basale testpsychologische Diagnostik für den symptomspezifischen Bereich, den Bereich der psychischen/psychosomatischen Komorbidität und für den Persönlichkeitsbereich durchgeführt. Diese Standarddiagnostik wird ggf. durch vertiefende psychometrische Verfahren in den genannten drei Feldern sowie - bei Verdacht auf Intelligenzminderungen oder hirnrorganische Abbausyndrome - durch eine gezielte Intelligenz-/Leistungsdiagnostik ergänzt.

Im Bereich der Suchtproblematik werden zusätzliche Testverfahren eingesetzt, wenn die Suchtanamnese Hinweise auf eine Gefährdung oder Abhängigkeit von Substanzen aufweist, die der Patient selbst nicht wahrnimmt. Falls die Vorbefunde, Aufnahmebefunde oder/und die Anamnese Hinweise auf eine neben der Abhängigkeitserkrankung bestehende weitere psychiatrische Erkrankung liefern, werden gezielte Testverfahren zur Klärung der spezifischen Verdachtsdiagnose erstellt. Bei Verdacht auf Intelligenzminderungen oder hirnrorganische Abbausyndrome wird eine gezielte Intelligenz-/Leistungsdiagnostik durchgeführt.

Standarddiagnostik

- Bezogen auf die **Suchtproblematik**: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISA 38), Münchner-Alkoholismus-Test (MALT)
- **Persönlichkeitsdiagnostik**: Bezüglich der überdauernden Persönlichkeitsmerkmale wird das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) angewandt
- **Neuropsychotherapeutische Diagnostik**: RES-K (Selbstbeurteilungsbogen zur Erfassung von Patientenressourcen; Trösken und Grawe, 2001), FAMOS (Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata, Selbstbeurteilungsinstrument, Grawe / Grosse-Holtforth, 2000), INK (Fragebogen zur Analyse motivationaler Inkongruenz, Selbstbeurteilungsinstrument, Grawe / Grosse Holtforth/Tamcan, 2004).

Indikative Diagnostik

- **Diagnostik komorbider Störungen (Symptomskalen)**: Beck-Depressions-Inventar (BDI), State-Trait-Angstinventar (STAI), Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), Frankfurter Beschwerdefragebogen (FPF) zur Diagnose bei V.a. Schizophrenie, Life event scale und Kurzform des Fragebogens zu dissoziativen Symptomen (FDS-20), Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k) und Selbstbeschreibung zu Konzentrationsvermögen, Bewegungsbedürfnis und Nervosität (ADHS-SB, Rösler) bei Verdacht auf Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom mit/ohne Hyperaktivität im Erwachsenenalter.
- **Leistungsdiagnostik (Intelligenz, Aufmerksamkeit/Konzentration und Gedächtnis)**: Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE-R), Intelligenz-Struktur-Test (IST-70), Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (Test d2), Diagnosticum für Cerebralschädigung (DCS).

Im Bedarfsfall überweisen wir auch an das Institut für Klinische Psychologie des Klinikums Bremen-Ost zur Durchführung einer weitergehenden psychometrischen Diagnostik.

Arbeits- und ergotherapeutische Diagnostik

Die arbeits- und ergotherapeutische Diagnostik unserer Einrichtung spielt eine zentrale Rolle bei der Erfassung der tatsächlich vorhandenen arbeitsbezogenen Ressourcen unserer Patienten, um sie anschließend in die weitere Behandlungsplanung für die Bereiche „Aktivitäten“ und „Teilhabe“ (nach ICF) einfließen zu lassen. Die Eruiierung dieser Ressourcen ist entscheidend dafür, welche Trainingseinheiten, Unterweisungen, Erprobungen oder interne bzw. externe Praktika im Verlauf der weiteren medizinischen Rehabilitation geplant, durchgeführt und ausgewertet werden. Folgende Erhebungsmethoden stehen für die arbeits- und ergotherapeutische Diagnostik zur Verfügung:

- Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese unter Einbeziehung von Vorbefunden (z.B. Sozialbericht, Gutachten)
- Kriteriengestützte Beurteilung der arbeitsbezogenen Fähigkeiten, Schwächen und Stärken im arbeits-/ergotherapeutischen Prozess

Die diagnostischen Instrumente **MELBA** (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) und **IDA** (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten). MELBA ist ein Verfahren, mit dem einerseits die Fähigkeiten eines Rehabilitanden und andererseits die Anforderungen einer spezifischen Tätigkeit dokumentiert und für eine fähigkeitsadäquate Platzierung verglichen werden können. IDA ist ein diagnostisches Modul, das auf das Dokumentationsinstrument MELBA abgestimmt ist. Mit Ida können diejenigen arbeitsrelevanten Schlüsselqualifikationen erhoben und beurteilt werden, die mit dem Verfahren MELBA dokumentiert werden.

Behandlungsplanung

Die aus unserer multiaxialen Eingangsdiagnostik heraus gewonnenen Informationen werden zu Beginn der medizinischen Rehabilitation von den beteiligten therapeutischen Mitarbeitern in patienten-zentrierten Fallkonferenzen zusammengefasst und zu einem Gesamteindruck des betreffenden Rehabilitanden verdichtet. Bei der anschließenden Ausformulierung der Therapieziele unter krankheitsrelevanten und ICF-orientierten Aspekten (körperlicher Zustand, Suchterkrankung, Psyche/Persönlichkeitsentwicklung, Förderfaktoren + Barrieren, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe) kommt dem zuständigen Bezugstherapeuten eine steuernde und integrierende Funktion unter der Fachaufsicht der ärztlichen und therapeutischen Leitung zu. Er stimmt die verschiedenen therapeutischen Teilziele auf den zentralen psychotherapeutischen Fokus ab, den er im Rahmen der bezugstherapeutischen Aufnahmegespräche zusammen mit dem Patienten erarbeitet hat.

Neben dem psychotherapeutischen Fokus sind soziale sowie arbeits-/berufsbezogene Themenfelder – in der Nomenklatur von ICF: Förderfaktoren und Barrieren im Sinne von Kontextfaktoren sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe der zweite Brennpunkt unserer medizinischen Rehabilitation (bifokaler Rehabilitationsansatz; Lindner et al., 2001). Vom konkreten therapeutischen Vorgehen her bedeutet dies, dass in den ersten Behandlungswochen nicht nur die psychodynamischen Aspekte der Abhängigkeitserkrankung, sondern auch die familiären, sozialen, somatische und beruflichen Folgen des Suchtsyndroms erfasst und anschließend gezielt aufgearbeitet werden. Bei entsprechender Indikation (mangelnde Berufsausbildung und -erfahrung, Arbeitslosigkeit, drohende Arbeitslosigkeit, berufliche Konfliktfelder) wird ein hierzu qualifizierter Arbeitstherapeut gezielt beratend tätig. Aufbauend auf den Vorinformationen und der Diagnostik der anderen Berufsgruppen unserer Fachklinik werden hier berufsbezogene Klärungsgespräche durchgeführt, in denen lösungsorientiert auf Arbeitsprobleme sowie auf die beruflichen Ziele und Wünsche unserer Patienten eingegangen wird. Je nach individuellem Bedarf können danach kooperative Berufsberatungen unter Beteiligung des Rentenversicherungsträgers oder andere konkrete Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung in die Wege geleitet werden.

Im weiteren Verlauf der Rehabilitation wird dann die Erreichung der vereinbarten therapeutischen Teilziele durch eine prozessorientierte Verlaufsdiagnostik der beteiligten Berufsgruppen überprüft und den Patienten in Bilanzgesprächen (je nach Behandlungsdauer in der 8. oder 12. Behandlungswoche) zurückgemeldet. Hiernach werden dann die bisherigen Behandlungsziele und die weitere Rehabilitationsplanung an den aktuellen Stand der Therapie angepasst und ggf. modifiziert.

Zusätzlich zu den Bilanzgesprächen mit unseren Patienten wird der Verlauf unserer Entwöhnungsbehandlungen in berufsgruppenübergreifenden Fallkonferenzen sowie im Rahmen extern angeleiteter Fall-Supervision reflektiert. Notwendige Weiterentwicklungen des psychotherapeutischen Fokus, die Erreichung oder Nichterreichung therapeutischer Teilziele, ein gestiegenes oder gesunkenes Rückfallrisiko sowie Entwicklungsprozesse bzgl. der Behandlungsmotivation können dann nicht nur zu einer Anpassung der therapeutischen Vorgehensweise in den verschiedenen Rehabilitationsfeldern führen, sondern auch eine Änderung der Gesamtbehandlungsstrategie zur Folge haben (inklusive Behandlungsdauer und Art des therapeutischen Settings).

Abschlussdiagnostik und Planung weiterführender Maßnahmen

Zum Abschluss unserer Entwöhnungsbehandlungen wird in mehreren bezugs- und arbeitstherapeutischen Einzelgesprächen

- der Therapieverlauf zusammen mit dem Patienten bilanziert (sowohl im Hinblick auf den psychotherapeutischen Fokus als auch in Bezug auf die berufliche, soziale und familiäre Situation)
- der weitere Handlungsbedarf im psycho-, sozial- und suchtttherapeutischen Bereich eruiert
- die Notwendigkeit von gezielten Fördermaßnahmen im beruflichen Bereich abschließend erörtert
- die Durchführung weiterführender Maßnahmen konkret geplant (z. B. die Teilnahme an einer ambulanten Nachsorgebehandlung, die Einleitung einer ambulanten Psychotherapie, die Beantragung einer Umschulungsmaßnahme oder anderer Interventionen aus dem Bereich der beruflichen Rehabilitation, die regelmäßige Teilnahme an Selbsthilfegruppen, die Änderung der Wohnsituation oder die Übersiedlung in eine Form des betreuten Wohnens für Suchtkranke).

Zum Ende der Behandlung wird eine testpsychologische Abschlussuntersuchung mit FPI-R, FAMOS und INK durchgeführt. Die Ergebnisse dieser psychometrischen Untersuchungen werden mit den Werten der Eingangsuntersuchung verglichen und anschließend mit den Patienten im Rahmen der Abschlussgespräche erörtert.

Im abschließenden ärztlichen Gespräch hat vor allem der sozialmedizinische Aspekt einen hohen Stellenwert, denn das primäre Ziel unserer medizinischen Rehabilitation ist die Wiedereingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft. Der Fokus der Aufmerksamkeit wird hier also auf Verbesserungen und Fortschritte bei der Teilhabe an der Arbeitswelt/dem gesellschaftlichem Leben, aber auch auf persistierenden Funktionsstörungen und/oder Beeinträchtigungen der Aktivitäten im somatischen/psychiatrischen Bereich gerichtet. In einer ausführlichen sozialmedizinischen Abschlussbeurteilung nach ICF-Kriterien wird dann nicht nur beurteilt, welche körperlichen, geistigen und psychischen Funktionen zur Ausübung beruflicher/gesellschaftlicher Tätigkeiten erhalten oder eingeschränkt sind (qualitative Beurteilung), sondern auch, in welchem zeitlichen Umfang die entsprechenden Fähigkeiten ausgeübt werden können (quantitative Beurteilung). Des Weiteren wird festgestellt und dokumentiert, ob zwischen Patient und Arzt eine Übereinstimmung oder eine Diskrepanz in der sozialmedizinischen Beurteilung der Leistungsfähigkeit besteht. Gemeinsam mit dem Patienten werden schließlich Möglichkeiten der weiteren medizinischen Diagnostik und Behandlung erörtert sowie entsprechende Empfehlungen ausgesprochen.

Die gesamte Abschlussdiagnostik mitsamt den hieraus resultierenden Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen wird - ebenso wie die Ergebnisse unserer Eingangs- und Verlaufsdiagnostik - in einem ausführlichen Entlassbericht nach „Peer-Review“-Standard (DRV, 2009) festgehalten.

8. Therapeutische Angebote

Die konkreten Therapiebausteine unserer medizinischen Rehabilitation orientieren sich an den multiplen Ursachen und Folgen der Abhängigkeitserkrankung und setzen über unterschiedliche therapeutische Zugangsweisen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Störungsebene an. Neben der Psychotherapie im Bezugsgruppensystem werden von unseren therapeutischen Teilbereichen indikative Angebote vorgehalten, die maßgeblich zur Bewältigung der Suchterkrankung sowie zu einer deutlichen Reduzierung der Einschränkungen in den Bereichen „Aktivitäten“ und „Teilhabe am gesellschaftlichen/Arbeitsleben“ (ICF) beitragen können.

Die konkreten Behandlungsangebote der Fachklinik lassen sich – zugeordnet zu den vier therapeutischen Zieldimensionen bei Abhängigkeitserkrankungen (Qualitätssicherungsprogramm der DRV, 2004) - wie folgt darstellen:

Somatische Zieldimension

Ärztliche Behandlung

Die somatische und psychiatrische Behandlung unserer Patienten wird durch einen suchtmmedizinisch erfahrenen Facharzt für Psychiatrie mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Sozialmedizin durchgeführt.

Sie umfasst die diagnostische Abklärung und Behandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen der Suchtmittelabhängigkeit, von komorbiden Störungen und interkurrenten Erkrankungen. Dies beinhaltet zunächst die ärztlichen Anamneseerhebungen und die Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen, die einen allgemeinärztlichen, einen neurologischen und einen psychiatrischen Untersuchungsbefund einschließen. Darüber hinaus erfolgt ein regelmäßiger Informationsaustausch mit niedergelassenen und behandelnden Ärzten, in dessen Rahmen Empfehlungen zur weiteren Diagnostik und Therapie abgestimmt werden. Bei der Erstellung des medizinischen Teils der Entlassberichte werden qualifizierte sozialmedizinische Stellungnahmen verfasst.

Medizinische Tätigkeiten bei der Aufnahme

- Prüfung der Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft, bei Bedarf auch im Rahmen von ambulanten Vorgesprächen
- Ärztliche Untersuchung am Aufnahmetag zur Erhebung des somatischen und psychischen Befundes, Erstellung der Anamnese
- Sozialmedizinische Eingangsbeurteilung
- Einleitung diagnostischer Maßnahmen oder Überprüfung/Bestätigung bestehender somatischer Diagnosen in Kooperation mit einem niedergelassenem Facharzt für Allgemeinmedizin sowie anderen Fachärzten bei Bedarf
- Ärztliche Aufklärungsgespräche bezüglich der bestehenden oder festgestellten Erkrankungen, Planung von notwendigen weiteren diagnostischen Maßnahmen und Behandlungen im Hause oder extern
- Indikationsstellung für nicht-medikamentöse Verfahren zur Reduzierung psychischer oder körperlicher Missbefindlichkeiten, z. B. Akupunktur bei Entzugssymptomatik oder zum Abbau von Spannungen und Craving, Entspannungsverfahren, Physio- und Sporttherapie
- Aufklärung der Patienten über Hygieneregeln sowie über Hepatitis- und HIV-Prophylaxe in der Einrichtung und im Alltag

Während der Behandlung

- Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen, die während der Therapie auftreten
- Organisation von akut notwendig gewordenen kurzen Krankenhausaufenthalten (d.h. Therapieunterbrechung und -wiederaufnahme)
- Anordnung und Überwachung medikamentöser Behandlungen
- Durchführung von Kriseninterventionsgesprächen
- Organisation der Medikamentenausgabe
- Beratung und Behandlung bei stressbedingten Somatisierungssyndromen (Kopfschmerzen, Migräneattacken, Magenbeschwerden, Kreislaufreaktionen, Myogelosen u.a.)
- Durchführung von psychoedukativen Gesprächen und Gruppen

- Kontakte und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt beim Auftreten von meldepflichtigen Erkrankungen in der Einrichtung.
- Erstellung ärztlicher Berichte
- Durchführung und Kontrolle der erforderlichen Hygienemaßnahmen (im Zusammenarbeit mit dem Hygienebeauftragten)
- Durchführung von regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen und Schulungen der Patienten und ihrer Bezugspersonen zu den Themen Prävention, Entstehungsbedingungen, Verläufe, Behandlungsmöglichkeiten sowie Bewältigungsstrategien von Suchterkrankungen, deren Folgeerkrankungen und komorbiden Störungen
- Beratung im Umgang mit strukturellen und funktionalen Einschränkungen

Laboruntersuchungen erfolgen

- zur Feststellung von Folgeerkrankungen der Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit (wie z. B. Hepatitiden oder Pankreatiden)
- bei der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonus, Diabetes mellitus)
- bei der Feststellung des Konsums psychotroper Substanzen
- zur Ermittlung des Wirkspiegels bei antikonvulsiver Therapie
- im Rahmen von Routinekontrollen bei laufenden medikamentösen Behandlungen

Wenn Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung oder Begleiterkrankungen diagnostiziert werden, sind folgende therapeutische Interventionen möglich:

- bei hirnorganisch begründeten, kognitiven Einschränkungen: Papier- und computergestütztes Hirnleistungstraining im Rahmen unserer Ergotherapie (z. B. COGPACK)
- bei Pankreatitis, Diabetes mellitus, Hepatitiden und Fehlernährung: Diätberatung und Diät-Versorgung, allgemeine und spezielle Beratung sowie medizinische Verhaltensanleitungen
- bei einer HIV-Infektion oder einer chronischen Hepatitis C: Überleitung in die Behandlung von Schwerpunktpraxen oder Institutsambulanzen

Zum Abschluss der Therapie

- Sozialmedizinische Begutachtung
- Einleitung weiterführender Maßnahmen und Therapien
- Abschlussuntersuchung, Entlassungsgespräch
- Ärztlicher Entlassungsbericht

Akupunktur

Akupunktur in der Gruppe: indikativ, KTL F 099, 2 x pro Woche à 45 Min. und zusätzlich nach Bedarf

Zu Beginn der Behandlung setzen wir zur Linderung von Beschwerden durch ein protrahiertes Entzugssymptom Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll ein. Im weiteren Verlauf der Rehabilitation hilft diese Ohrakupunktur, um Craving und Spannungszustände zu mildern und Entspannung zu begünstigen. Wir nutzen die 5-Ohrpunkt-Akupunktur, die stoffunspecifisch wirkt. Die Bedeutung des Ohres für die Heilung und das Verfahren der Nadelung sind in der traditionellen chinesischen Medizin beschrieben und bewährt. Die 5-Punkte-Kombination wurde im Lincoln-Hospital, South-Bronx, NYC, entwickelt und später NADA-Protokoll genannt. Akupunktur wird nur durchgeführt, wenn keine medizinischen oder psychiatrischen Gründe dagegen sprechen und der Patient der Maßnahme ausdrücklich zustimmt. Ausschlussgründe können Entzündungen oder besonders labile psychische Zustände sein.

Nach dem Setzen der Nadeln durch geschulte Mitarbeiter folgt eine Entspannungsphase von 30 Min. im Sitzen oder im Liegen. Die Nadeln werden von dem Patienten selbst gezogen. Ein anwesender Therapeut ist im Anschluss für Fragen und Klärung eventueller Komplikationen zuständig. Zwischen den Akupunktur-Gruppensitzungen auf den Stationen kann im Einzelfall – je nach Indikation und Bedarf - zusätzliche Ohrakupunktur im Einzelsetting erfolgen.

Psychosoziale Zieldimension

Psychotherapie

Die Gruppen- und Einzelpsychotherapie bildet das Fundament unseres Behandlungsprogrammes. Im Rahmen unserer psychodynamisch-integrativen Grundausrichtung wird nicht nur auf die Suchtthematik und die intrapsychische Funktionalität von psychotropen Substanzen fokussiert, sondern auch auf die hinter der Abhängigkeitsentwicklung stehende Psychodynamik sowie deren Verschränkungen mit der Beziehungs-, der sozialen und der beruflichen Ebene. Zum Tragen kommen hierbei therapeutische Konzepte der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (sog. „Göttinger Modell“, Heigl-Evers & Ott, 2002), der integrativen Therapie (Petzold, 1993), der (kognitiven) Verhaltenstherapie (Vollmer & Krauth, 2000; Lindenmeyer, 1999), der familien- und systemischen Therapie (Minucchin (1984), Berg & Miller, 1993), der Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1973) und des Psychodramas (Wöhrle, 1994). Zur Unterstützung unseres übergeordneten Rehabilitationsauftrages (Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, soziale und berufliche Reintegration, Herstellung einer dauerhaften Abstinenz) verfolgt die Psychotherapie unserer Entwöhnungseinrichtung folgende Behandlungsziele:

- die psycho- und sozialtherapeutische Aufarbeitung von Problemen im beruflichen, familiären und sozialen Bereich, ggf. Hilfestellung bei der Einleitung konkreter Veränderungsmaßnahmen
- die Förderung von Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation
- die Aneignung von Strategien der Rückfallprophylaxe und von Ressourcen zur raschen Rückfallaufarbeitung (primäre und sekundäre Rückfallprävention)
- die Auseinandersetzung mit der intrapsychischen Funktionalität des Suchtmittels und den biographischen Hintergründen der Abhängigkeitserkrankung
- die Thematisierung und Aufarbeitung von zentralen Aspekten der psychischen Grundproblematik (Konflikt- und/oder Entwicklungspathologie)
- eine ich-strukturelle Nachreifung in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Selbstregulierung, der Affektmodulation und der Beziehungsregulierung
- ein Zuwachs an Introspektions-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit.

Durchgeführt wird das gruppen- und einzelpsychotherapeutische Angebot unserer Einrichtung von Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen mit VDR-anerkannter Zusatzqualifikation. Die entsprechenden Mitarbeiter organisieren ihre therapeutische Arbeit nach einem bezugstherapeutischen Kleingruppen-Modell, nach dem jeweils zwei Bezugstherapeuten für eine Therapiegruppe mit max. 12 Patienten zuständig sind.

Folgende psychotherapeutische Angebote werden vorgehalten:

Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe: KTL G049, 3 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Patienten

Die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe ist das Rückgrat unserer Psychotherapie. Sie nutzt die interpersonelle Situation der Kleingruppe gezielt für die Veränderung intrapsychischer Strukturen und maladaptiver Beziehungsmuster, aber auch für die Aufarbeitung intrapsychischer Konflikte. In der psychotherapeutischen Bezugsgruppe ist dies oftmals besser möglich als im einzeltherapeutischen Setting, weil der soziale Mikrokosmos der Gruppe die – beruflich, familiär und sozial entstandenen - Probleme der einzelnen Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit transparent werden lässt als die Zweierkonstellation der Einzeltherapie (Tschuschke, 2001). Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass das multipersonale Feld der Kleingruppe in einem starken Ausmaß bewusste und unbewusste Re-Inszenierungen früherer Beziehungserfahrungen und die Externalisierung intrapsychischer Konfliktfelder qua Übertragung und Projektion fördert, was dann mit therapeutischer Unterstützung erkannt und bearbeitet werden kann. Die Patienten können dann im geschützten Rahmen der Gruppe emotional korrigierende Erfahrungen machen, neues Verhalten aufgrund von Einsicht, Verstehen oder Identifikationen ausprobieren und darüber hinaus auch Bekräftigung und Bestätigung für erste Veränderungsschritte erfahren (Yalom, 1996).

Da unsere psychotherapeutischen Gruppen aus organisatorischen Gründen als halboffenes Angebot konzipiert sind und somit eine Fluktuation der Gruppenteilnehmer unvermeidbar ist, lässt sich ein charakteristischer suchttherapeutischer Behandlungsverlauf eher einzelfallbezogen als anhand einer typischen Gruppendynamik darstellen (Stetter, 2000a; Böhle & Vattes, 1993):

1) Initialphase: Förderung von Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Veränderungsbereitschaft; kognitive und emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung (z. B. durch Identifikationsprozesse mit fortgeschrittenen Patienten); Bearbeitung von Scham- und Schuldgefühlen bezüglich der Abhängigkeit; Reduzierung von Ängsten und Unsicherheiten im multipersonalen Feld der Gruppe durch ich-stützende und supportive Interventionen; Beziehungsaufnahme zu den Mitpatienten und zu dem Bezugstherapeuten.

2) Kernphase: Auseinandersetzung mit der intrapsychischen Funktionalität des Suchtmittels und den biographischen Hintergründen der Abhängigkeitsentwicklung; Thematisierung und Bearbeitung der Grund- bzw. Beziehungsstörung im interaktionellen Feld der Gruppe sowohl über antwortende, deutende und erlebnisaktivierende Interventionen, als auch über Rückmeldungen der Mitpatienten; hierbei Nachentwicklung defizitärer Ich-Strukturen, Korrektur konflikterzeugender innerer Selbst- und Objektbilder und Förderung von Introspektions-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit; Verbesserung der interpersonellen und sozialen Fähigkeiten unter dem Eindruck einer zunehmenden Außenorientierung (freie Wochenenden + Nachmittage); Erarbeitung von persönlichen Strategien der Rückfallprophylaxe; Thematisierung von (suchtbedingten) Problemen im familiären, sozialen und beruflichen Bereich; therapeutische Unterstützung und Rückmeldung bei diesbezüglichen Veränderungsmaßnahmen.

3) Loslösungsphase: Abschied von der Bezugsgruppe und Aufarbeitung des hiermit verbundenen Trauerprozesses; Bilanzierung der Therapieerfolge im interaktionellen Rahmen; gemeinsame Reflektion von weitergehenden Veränderungsnotwendigkeiten.

Einzeltherapeutische Sitzungen: tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie KTL G039, als Gesprächspsychotherapie KTL G111, als systemische Therapie KTL G112, als Psychodrama KTL G114, als integrative Therapie KTL G119, als Gestalttherapie KTL G113,

Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie G051, 1 x pro Woche à 50 Min. oder 2 x pro Woche à 30 Min.

Regelhaft wird durch den Bezugstherapeuten alle 7 Tage ein Einzelgespräch à 50 Min. durchgeführt. Je nach Indikation und Absprache mit dem Patienten kann das wöchentliche Einzelgespräch in 2 Einzelgespräche à 30 Min. aufgeteilt werden.

Die Einzelpsychotherapie ist ein fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes. Zu Beginn einer Entwöhnungsmaßnahme in unserer Einrichtung werden in mehreren einzeltherapeutischen Sitzungen die Sozial- und Suchtanamnese erhoben sowie die psychosoziale Eingangsdiagnostik erstellt (entsprechend verkürzt bei Fokusbehandlungen im Rahmen von Kombinationstherapien). Hierauf aufbauend, werden im Rahmen dieser initialen Einzelsitzungen auch der zentrale Behandlungsfokus und die konkreten Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten vereinbart. In regelmäßigen Bilanz-Einzelgesprächen während der laufenden Rehabilitation sowie in einem Abschlussgespräch am Ende der Entwöhnungsbehandlung werden schließlich der bisherige Verlauf der Therapie reflektiert und das weitere Vorgehen nach der Schwerpunkt- oder Fokusbehandlung besprochen.

Zusätzlich zu diesen Eingangs-, Bilanz- und Abschluss-Einzelgesprächen hat die Einzelpsychotherapie auch stützenden und vertiefenden Charakter. Flankierend zu unserer Gruppenpsychotherapie können hier spezifische Problemlagen oder Konflikte außerhalb der Bezugsgruppe geklärt und bestimmte - z. B. schambesetzte - Themenfelder angesprochen werden. Darüber hinaus dient das einzeltherapeutische Setting auch der gezielten Krisenintervention (z. B. bei drohenden oder bereits eingetretenen Rückfällen oder bei starken psychischen Spannungen).

Paar- und Familiengespräche: KTL G130, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache, Dauer 60 oder 90 Min.

Die psychotherapeutische Arbeit mit unseren abhängigkeitskranken Patienten beschränkt sich nicht nur auf den „Symptomträger“, sondern bezieht in beiden Behandlungsbereichen auch nahe Angehörige, Freunde und Bezugspersonen mittels Paar- und Familiengesprächen in den Veränderungsprozess mit ein. In der ersten Phase der Behandlung können hierdurch wichtige diagnostische Informationen zu den familiären Hintergründen und den sozialen Auswirkungen der Suchterkrankungen unserer Rehabilitanden gewonnen werden. Deutlich werdende Problemfelder und Konflikte können dann anschließend in weiteren Angehörigengesprächen aufgearbeitet werden. In der Initialphase und oftmals auch noch in der frühen Kernphase unserer Entwöhnungsbehandlungen ist manchmal aber auch eine gewisse Distanz unserer Patienten zu ihren nahen Angehörigen und Bezugspersonen nötig, da die eigene psychosoziale Situation und die Rolle des „abstinenten Suchtmittelabhängigen“ erst gefestigt werden müssen. Die für eine Auseinandersetzung mit den Angehörigen notwendige Stabilität wird dann jedoch meistens in den späteren Therapiephasen erreicht.

Konkret werden im Rahmen unserer Paar- und Familiengespräche Partnerschaftskonflikte und/oder familiäre Problemkonstellationen geklärt bzw. bearbeitet. Hierbei geht es oftmals um co-abhängige Beziehungsstrukturen sowie um die zwischenmenschlichen Auswirkungen von jahrelangen Abhängigkeitsverläufen. Therapeutisches Ziel unserer Paar- und Familiengespräche ist es, zur Neudefinition suchtbedingter Rollenverteilungen anzuregen, was die Übernahme von Eigenverantwortung (auf Seiten des Suchtkranken) und die Aufgabe von Kontrolle (auf Seiten des Partners oder Angehörigen) beinhaltet. Weitere Themenfelder sind die (Wieder-)Entdeckung eines positiv gefärbten Umganges miteinander, die Möglichkeiten gemeinsamer Rückfallprophylaxe und die Vereinbarung eines „Notfallplanes“ für den Fall eines Rückfalls.

Training emotionaler Kompetenzen: KTL G 099 , max. 12 Patienten, mindestens 1 x in der Woche à 90 Min.

Das Training von Kompetenzen zur Emotionsregulation, kurz Training emotionaler Kompetenzen (TEK, Berking, 2006), vermittelt Informationen, Übungen und Selbsterfahrung Fähigkeiten zur Kontrolle überschießender Erregungszustände, zur Annäherung an angenehme und unangenehme Gefühle, zur emotionalen Selbstwirksamkeitserwartung und zur mitfühlenden Selbstunterstützung.

Die Trainingseinheiten beziehen sich auf Entspannung (Muskelentspannung, Atementspannung), bewertungsfreie Wahrnehmung, Akzeptieren und Tolerieren von emotionalen Zuständen oder Gefühlen, Selbstunterstützung, Analyse und Regulation.

Wesentliche Ziele sind:

- Ermöglichen von Entspannung
- Achtsamkeit gegenüber inneren Prozessen
- Annäherung an vermiedene Situationen und Gefühle
- Bewältigung von unangenehmen Gefühlen
- Umgang mit potenziell besonders schädlichen Gefühlen

Skilltraining: KTL G 079, 1x pro Woche à 90 Min., 8 - 12 Patienten

Unser Skilltraining orientiert sich am Fertigkeitentraining der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1996a und 1996b). Es werden basale Fertigkeiten zur Verbesserung der Achtsamkeit gegenüber inneren Prozessen, zur besseren Bewältigung von Stress und Krisen und zur Verbesserung der Affektregulation erarbeitet bzw. eingeübt. Die Gruppe beginnt jeweils mit einer Achtsamkeitsübung, fährt fort mit dem Besprechen der Wochenübung und geht dann über zur Bestimmung weiterer individueller Wochenziele. Beendet werden die Sitzungen schließlich mit einem Ritual. Beim Durchlaufen des Skill-Trainings kann sich jeder Patient einen persönlichen „Notfallkoffer“ für schwierige Situationen im Alltag erarbeiten.

Wesentliche Ziele des Skill-Trainings sind darüber hinaus:

- Das Trennen und Benennen von Gefühl und Verstand
- Das Erlernen von Wahrnehmung ohne Bewertung
- Die Aneignung von Methoden der inneren Distanzierung
- Die Verminderung der emotionalen Verwundbarkeit
- Das Management von Krisen und Triggersituationen

Körperzentrierte Psychotherapie in der Gruppe: KTL G125, max. 6 Pat., 1x pro Woche à 90 Minuten

Mittels Übungen aus dem Aikido geht es in dieser Gruppe um das Wahrnehmen auf körperlicher Ebene vor allem von

- Eigenen und fremden (Körper)Grenzen
- Eigenen und fremden Spannungszuständen, insbesondere Aggressionen
- Abgrenzung
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Impulskontrolle und -wandlung
- Selbstwertgefühl

Hier können sowohl Themen, die in den Einzel- und Gruppengesprächen bereits bewusst geworden sind, noch einmal auf einer anderen Erlebnisebene bearbeitet und integriert werden als auch wichtige Themen über die körperliche Erfahrung ins Bewusstsein gelangen.

Computergestütztes Hirnleistungstraining im Einzel- und Gruppensetting: KTL F100 (einzeln, mind. 2 x pro Woche à 15 Min.) bzw. F 110 (in der Kleingruppe, mind. 2 x pro Woche à 30 Min., max. 4 Patienten)

Patienten mit einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung leiden häufig unter neurotoxisch bedingte Einschränkungen der kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Gedächtnisfunktionen) diagnostiziert werden, die über das Abklingen des (protrahierten) Entzugssyndroms hinweg persistieren. Unser computergestütztes Hirnleistungstraining COGPACK kann hier durch spezifische Test- und Übungsprogramme zu den Bereichen visuelle Motorik, Auffassung, Reaktionsvermögen, Vigilanz, Merkfähigkeit sowie sprachliche/intellektuelle Fähigkeiten einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung/Verbesserung der kognitiven Funktionsfähigkeit leisten. Das Programm kann durch die fortlaufende Dokumentation der Lernfortschritte auch im Sinne einer Verlaufsdagnostik genutzt werden. Die zentralen Behandlungsziele unseres Hirnleistungstrainings COGPACK sind

- Die Verbesserung von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowie
- Die Steigerung des Auffassungsvermögens.

Geschlechtsspezifische Gruppen

Die unterschiedliche psychische Entwicklung sowie die partiell verschiedene soziale Realität von Frauen und Männern spiegeln sich in den Genesen, Verläufen und Bewältigungsstrategien von Abhängigkeitserkrankungen wider. Geschlechtsspezifische therapeutische Angebote bieten hier einen Schutz- und Erlebensraum, der die Auseinandersetzung mit geschlechtsbezogenen Themen der Sucht und den daraus resultierenden Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe erleichtert. Die Neigung zur Inszenierung von Weiblichkeit oder Männlichkeit wird hierdurch geringer und damit der Weg zu sonst tabuisierten Bereichen geebnet.

Ein Hintergrund von Abhängigkeitserkrankungen können eine unsichere Geschlechtsidentität und ein hieraus resultierender Mangel an autonomer Entwicklung sein. Einen wichtigen Faktor hierbei bilden als unzulänglich erlebte weibliche und männliche Primärobjekte der Herkunftsfamilie, die sich nicht zur Identifikation eignen. Beispielfhaft seien eine überforderte Mutter oder ein abwesender/ bedrohlicher Vater genannt. Das Fehlen positiver innerer Leitbilder für die eigene Geschlechtsidentität wird dann häufig durch stereotype Rollenbilder zu kompensieren versucht, was wiederum zu Selbstunsicherheit, mangelnder Autonomie und häufig zu einer großen Abhängigkeit von und in Partnerschaften führt. In den Partnerschaften führt dies dann später oftmals zu Spannungen, Konflikten und krisenhaften Zuspitzungen, mitunter auch zu gewaltsamen Eskalationen. Nach der Manifestation von Abhängigkeitserkrankungen bilden Schwierigkeiten in den Partnerschaften sowie drohende oder reale Objektverluste auch häufig die Basis für einen Rückfall.

Die Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität sowie die hiermit verbundenen Selbstwertzweifel und Defizite in der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit begünstigen vor allem in der Adoleszenz die Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit, die – wenn sie sich erst einmal etabliert hat - die weitere Identitätsentwicklung in einer Art negativer Rückkopplung stark behindert. Denn durch die Abhängigkeit werden sowohl der altersentsprechende Erfahrungshorizont als auch die zur inneren Reifung notwendige Auswertung dieser Erfahrungen erheblich eingeschränkt. Somit wird es äußerst schwierig, sich als Frau oder Mann klar zu positionieren. Das Selbstwertgefühl bleibt in der Folge nachhaltig beschädigt.

Zu berücksichtigen ist bei geschlechtsspezifischen Aspekten der Abhängigkeit aber auch, dass der Substanzkonsum auch ohne tiefer gehende Verunsicherung der Geschlechtsidentität ein Versuch sein kann, gesellschaftlichen Rollenerwartungen zu entsprechen oder Wünsche auszuleben, die diesen zuwider laufen. Beispielfhaft sei hier auf Frauen mit einem Medikamentenabusus hingewiesen, die in zahlreichen Belastungssituationen funktionieren wollen und es über lange Zeit auch tun sowie auf Männer, die im Rausch schlichtweg Macht und Stärke zeigen wollen.

Der geschützte Rahmen unserer geschlechtsspezifischen Gruppen, die als indikatives Angebot zusätzlich zur Bezugsgruppenpsychotherapie angeboten werden, bietet auch die Möglichkeit zur Verbalisierung von traumatisierenden Erlebnissen, z. B. von sexuellem Missbrauch und Gewalt. Ein umsichtiges therapeutisches Umgehen vorausgesetzt, kann dieses Benennen von Traumata einen Meilenstein in deren Bewältigung darstellen. In den geschlechtsspezifischen Gruppen

arbeiten wir jedoch nicht traumazentriert, sondern gehen eher auf die Konsequenzen und Alternativen der traumatisierenden Erlebnisse in den aktuellen sozialen Bezügen ein. Dies stärkt die psychosozialen Kompetenzen der betreffenden Patienten und kann über die zwischenmenschliche Ebene zu einer nachhaltigen psychischen Stabilisierung beitragen. Auch Solidaritätserfahrungen mit den Frauen bzw. Männern aus den jeweiligen geschlechtsspezifischen Gruppen führen zu einer Stärkung der psychosozialen Selbstsicherheit und können dazu beitragen, dass Frauen- bzw. Männerfreundschaften für den neuen Lebensabschnitt besser genutzt werden können. Dieser Effekt wirkt der Gefahr entgegen, dass das in der Rehabilitation entstandene Potential im Bereich der sozialen Kompetenzen den habituellen, dependent geprägten Beziehungsmustern bzw. Rollenstereotypen unserer Klientel zum Opfer fällt.

Unsere geschlechtsspezifischen therapeutischen Angebote sind im Einzelnen:

Frauengruppe: indikativ, KTL G047, 1 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Patientinnen
Grundlegende Ziele sind:

- Reflektion des Frauen- und Männerbildes und Förderung der weiblichen Identität
- Reflektion abhängiger Beziehungen und Förderung autonomer Entwicklungen
- Verbesserung der Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit zu Frauen
- Stärkung des Selbstwertgefühles

Die Unterbringung von Frauen in einer eigenen Wohngruppe wird optional berücksichtigt, was als flankierende Maßnahme zur Unterstützung von Frauen - insbesondere von traumatisierten Frauen – gedacht ist.

Männergruppe: indikativ, KTL G047, 1 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Patienten
Grundlegende Ziele sind:

- Reflektion männlicher und weiblicher Rollenvorstellungen und der Beziehungsgestaltung
- Förderung der männlichen Identitätsentwicklung
- Auseinandersetzung mit Aggressivität und Gewalt
- Stärkung des Selbstwertgefühles
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit bzw. Korrespondenzfähigkeit
- Vermittlung von Solidaritätserfahrungen
- Erweiterungen des Erlebens- und Handlungsspektrums

Sozialtherapie

In der Sozialtherapie unserer Einrichtung stehen sowohl die allgemeinen sozialen Kompetenzen unserer Patienten als auch spezifische Anforderungen, Problemstellungen und Konflikte ihres konkreten Lebensumfeldes im Vordergrund. Hierbei spielen insbesondere die Kontextfaktoren im Sinne von ICF eine Rolle. Hier ist hervorzuheben, dass es sich bei der Fachklinik um eine kleine und übersichtliche Einrichtung handelt, in der noch Grundsätze der „therapeutischen Gemeinschaft“ gelebt werden können. Ziel ist es, die entsprechenden Förderfaktoren zu stärken und evtl. vorhandene Barrieren zu beseitigen. In der praktisch-sozialtherapeutischen Umsetzung heißt dies, dass nicht nur auf die persönlichen Defizite, sondern vor allem auf die Ich-Stärken und Ressourcen unserer Patienten fokussiert wird.

Unser milieutherapeutisches Behandlungsangebot umfasst zunächst gezielte Maßnahmen, die über das Medium der „therapeutischen Gemeinschaft“ zur Entwicklung oder Wiedererlangung alltagspraktischer Fähigkeiten sowie zur selbstverantwortlichen Lebensführung anregen sollen (z. B. durch die Übernahme von Aufgaben, Pflichten, Rechten und Ansprüchen im Stationsalltag sowie durch den konkreten Umgang mit strukturgebenden Regeln). Die Wirkmechanismen der

Milieutherapie sind hauptsächlich die Internalisierung sozialer Regeln und Normen durch die zunehmende Bindung an Mitpatienten, Therapeuten und Therapieziele, aber auch der Gewinn an Zuversicht und Selbstvertrauen durch die Bewältigung konkreter sozialer Aufgaben (Feuerlein et al., 1998). Darüber hinaus wird im Rahmen unserer Milieutherapie auch konkrete Hilfestellung in den Bereichen der Tagesstrukturierung, der Beziehungsgestaltung und der Freizeitplanung /-Aktivität angeboten.

Die im Verlauf der Behandlung zunehmende Außenorientierung der stationären Patienten und der Verbleib der ganztägig ambulanten Patienten in ihrem sozialen Umfeld wird für Klärungs-, Erprobungs- und Belastungszwecke im realen Lebensumfeld genutzt. Persistierende Belastungsfelder im familiären, sozialen und/oder beruflichen Bereich können so frühzeitig erkannt und entsprechende Veränderungsschritte noch aus der medizinischen Rehabilitation heraus in die Wege geleitet werden. Sozialtherapeutisch beinhaltet dies im Wesentlichen beraterische und aufsuchende Aktivitäten, klärende Gespräche mit wichtigen Bezugspersonen (z.B. mit dem Arbeitgeber oder mit dem betrieblichen Sozialberater) und die Vermittlung von weiterführenden sozialen oder berufsbezogenen Hilfen. Hierdurch wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an der Arbeitswelt gezielt unterstützt bzw. gestärkt.

Unser sozialtherapeutisches Behandlungsangebot umfasst im Einzelnen:

Milieutherapeutische Einzelbetreuung: KTL D080, mind.30 Min., Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit den Patienten und Bezugstherapeuten

Die milieutherapeutischen Einzelbetreuungen haben

die verbesserte Wahrnehmung und Klärung von Problembereichen im Lebensalltag

das Training antizipatorischer Fähigkeiten und von Bewältigungskompetenzen im Alltag

die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung sowie

den Aufbau von Kompetenzen in den Bereichen Tagesstrukturierung, Freizeitplanung, soziale Kontakte und Beziehungsgestaltung zum Ziel.

Im Rahmen der milieutherapeutischen Einzelbetreuung können auch spezifische soziale Problemfelder der Patienten nochmals intensiv thematisiert und aufgearbeitet werden (Wohnsituation, familiäre Situation, finanzielle und Schuldsituation, Freizeitgestaltung, Heimfahrten, Arbeitssituation).

Gruppe zur Freizeitgestaltung: KTL E160, 1 x pro Woche à 60 Min., max. 15 Patienten

Die Zielsetzung dieser milieutherapeutisch orientierten Gruppe liegt in der Verbesserung der persönlichen Kompetenzen bei der Planung, Strukturierung und eigenverantwortlichen Gestaltung der therapiefreien Zeiten bzw. der Belastungswochenenden. Hierbei sollen vor allem die Eigeninitiative und die Fähigkeit zur Selbstorganisation im Alltag gefördert werden. Darüber hinaus erfolgen Anregungen und Hilfestellungen bei der Aneignung suchtmittelfreier Freizeitaktivitäten (im Rahmen der Selbsthilfe-Gruppen, in Vereinen, im Freundeskreis, in Richtung sportlicher und kultureller Aktivitäten etc.).

Die Gruppen zur Entwicklung einer zufrieden stellenden Freizeit werden ergänzt durch bezugsgruppenübergreifende Gruppenaktivitäten alle zwei Monate in Begleitung von Therapeuten.

Edukative Zieldimension

Strukturiertes Aufnahmeverfahren

In den ersten Tagen nach der Aufnahme ist es für unsere Patienten besonders wichtig schnell und umfassend über die organisatorischen Gegebenheiten der Fachklinik informiert zu werden, um z.B. ein Gefühl der Orientierung und Kontrolle zu bekommen.

In den ersten 4 bis 5 Tagen wird mit den Patienten ein strukturiertes Aufnahmeverfahren durchgeführt. In Rahmen von Einzelkontakten (Bezugstherapeut, Arzt, Arbeitstherapeut) wird

der Patient über die Hausregeln, die Routineabläufe der Klinik, die örtlichen Gegebenheiten, das Behandlungsteam, die Freizeitmöglichkeiten, den Sinn und die Ziele einer Entwöhnungsbehandlung, etc. informiert. Hierfür erhält er eine Informationsmappe und ihm wird als Orientierungshilfe ein Mitpatient (sogenannter Pate) zur Seite gestellt.

Da viele unserer Patienten insbesondere in der Frühphase der Behandlung einen hohen Bedarf an Sozialberatung, stehen ihm hierfür die Bezugstherapeuten und die Verwaltungskraft zur Verfügung. haben.

Um schon zu Beginn der Rehabilitation Ängste vor der Behandlung abzubauen, den Patienten ein hohes Maß an Orientierung zu geben und eine tragfähige Compliance herzustellen, werden im Rahmen des Aufnahmeverfahrens die Grundzüge unseres Krankheitsverständnisses sowie der daraus abgeleitete Behandlungsansatz allgemeinverständlich durch den zuständigen Bezugstherapeuten erklärt. Motivationsstabilisierende Elemente sind während dieser Phase ebenfalls von zentraler Bedeutung, denn für viele Patienten ist es gerade am Anfang der Behandlung hilfreich, noch einmal das Für und Wider der Therapie und eines suchtmittelfreien Lebens abzuwägen und sich zunehmend selbstbestimmt auf die Behandlung einzulassen.

Durch das strukturierte Aufnahmeverfahren erhalten unsere Patienten die Möglichkeit, ihre medizinische Rehabilitation im Rahmen einer gezielten therapeutischen Begleitung zu beginnen und umfassende Informationen zu erhalten. Hier können Fragen gestellt, Ängste abgebaut und der Therapiealltag kennen gelernt werden.

Gesundheitsinformationen und -schulungen

Über die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinaus beinhaltet die medizinische Therapie in unserer Einrichtung eine umfassende Gesundheitsbildung und (sucht-) medizinische Information unserer Patienten. So werden Themen wie Hygiene, Körperpflege, gesunde Ernährung, Umgang mit komorbiden Erkrankungen und Lebensstilberatung nicht nur implizit im Rahmen unserer Milieu- und Psychotherapie vermittelt, sondern auch über ein psychoedukatives Gruppenangebot zur Gesundheitsschulung. Diese erfolgen in Rahmen von ärztlichen Einzelberatungen oder in Form von Gruppenangeboten.

Medizinisches Gesundheits-Info: KTL C060, C081, C082, C083, C084, C085, C429, C439, C521, 1 x pro Woche à 60 Min., max. 15 Patienten

Im Rahmen unseres modular aufgebauten Gesundheits-Infos werden medizinische Aspekte von Suchterkrankungen thematisiert, gesundheitsschädigende Lebensgewohnheiten problematisiert und Grundlagen gesundheitsförderlichen Verhaltens vermittelt. Die konkreten Inhalte des Gesundheits-Infos orientieren sich u. a. an dem Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ des VDR für die medizinische Rehabilitation und bauen in lockerer Form aufeinander auf. Folgende Themenfelder finden Beachtung:

- Grundinformationen über die Wirkungsweise und das Suchtpotenzial psychotroper Substanzen
- Alltagsdrogen
- Entstehung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen (auch unter der Berücksichtigung neuropsychotherapeutischer Erkenntnisse)
- Entstehung von komorbiden psychischen Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Entstehung von Suchtfolgeerkrankungen
- Zusammenhang von Lebensstil, Suchtentwicklung und Aufrechterhaltung der Abstinenz
- gesundheitsfördernde Faktoren („Was hält uns gesund?“)
- gesunde Ernährung
- Bewegung und körperliches Training
- Einführung in die Progressive Muskelrelaxation (PMR)

- Schlafhygiene
- Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen (z. B. Vogelgrippe, BSE)
- Informationen zu sozialmedizinischen Themen

Rückfallpräventionstraining

Rückfallpräventionstraining in der Gruppe: KTL G094; 12 Module à 90 Min. (2 Module pro Woche), max. 12 Patienten

Als Ergänzung zur psychodynamisch orientierten Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird in unserer Fachklinik auch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Rückfallpräventionstraining durchgeführt. In 12 aufeinander aufbauenden Modulen werden hierbei die persönlichen Ressourcen unserer Patienten zur Rückfallvorbeugung (primäre Rückfallprävention) sowie zur raschen Rückfallaufarbeitung (sekundäre Rückfallprävention) gestärkt. Unser Rückfallpräventionstraining orientiert sich maßgeblich an dem S.T.A.R.-Training von Körkel & Schindler (2003), das für die integrierte Behandlung von alkohol- und drogenabhängigen Patienten modifiziert wurde. Aspekte anderer bewährter Programme zur Rückfallprophylaxe bei Suchtkranken fanden ebenfalls Eingang in das Trainingskonzept (Marlatt & Gordon, 1985; Arend, 1994; Lauer et al., 1995; Petry, 1996, Altmannsberger, 2004). Im Einzelnen umfasst unser Rückfallpräventionstraining (R.P.T.) folgende Module:

1. Modul Informationsvermittlung zu den Themen „Rückfallgefahren“ und Rückfallprophylaxe“
2. Modul Wie entstehen Rückfälle? („Rückfallkette“)
3. Modul Abstinenz: Pro & Contra
4. Modul Hochrisikosituationen
5. Modul Bewältigung unangenehmer Gefühle (I): Sensibilisierung
6. Modul Bewältigung unangenehmer Gefühle (II): Bewältigung
7. Modul Soziale Situationen (I): Ablehnungstraining für soziale Versuchungssituationen + Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
8. Modul Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik
9. Modul Suchtverlagerung (Alkohol, Medikamente, illegale Suchtmittel)
10. Modul Suchtmittelverlangen (Craving)
11. Modul Bewältigung von Rückfällen
12. Modul Ausgewogener Lebensstil

Am Ende jeder Trainingseinheit werden Info- und Merkblätter zu den zuvor behandelten thematischen Schwerpunkten verteilt, so dass die Inhalte später – im Sinne der Bibliothherapie – nochmals vergegenwärtigt werden können. Nach Abschluss des Gesamttrainings steht somit jedem Patient ein eigenes Rückfallpräventionsmanual zur Verfügung.

Entspannungstraining

Entspannungstraining in der Gruppe (Progressive Muskelrelaxation): KTL F092, 2 x pro Woche à 45 Min., max. 12 Patienten

Die von uns durchgeführte Variante der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) orientiert sich an dem Training von Bernstein & Borkovec (2002) und umfasst zunächst 16 Muskelgruppen. Im weiteren Verlauf des Trainings werden Kurzformen der PMR eingeübt (7 + 4 Muskelgruppen). Im Rahmen des Gesundheits-Infos erfolgt darüber hinaus in regelmäßigen Abständen eine Einführung in die Progressive Muskelrelaxation durch einen hierfür qualifizierten Mitarbeiter.

Tabakentwöhnung

Tabakentwöhnung: indikativ, KTL F055, 3 – 5 Module, 1 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Patienten

Tabakmissbrauch und -abhängigkeit stehen in enger Beziehung zum Konsum anderer psychotroper Substanzen. So rauchen Alkoholabhängige und Drogensüchtige deutlich mehr als Menschen ohne Suchtmittelabhängigkeit. Tabakrauchen kann auch als Einstiegsdroge in ein polyvalentes Konsummuster gewertet werden. Die körperlichen Schäden des Tabakrauchens sind hinreichend bekannt. Kommen weitere Risikofaktoren wie der abhängige Konsum von anderen psychotropen Substanzen hinzu, wächst die Gefahr für die Gesundheit weiter.

Psychologische Erklärungsmodelle beziehen sich auf das Lernen am Vorbild und auf lerntheoretische Erkenntnisse. Rauchen ist demnach sowohl gelerntes Verhalten als auch ein Mittel, um psychische Bedürfnisse zu befriedigen, unangenehme Situationen zu bewältigen und subjektives Wohlbefinden zu sichern. Durch die Alltäglichkeit des Nikotinkonsums werden immer wiederkehrende Situationen, Gefühle und Bedürfnisse immer mehr zu Schlüsselreizen, die den Griff zur Zigarette schließlich unbewusst werden lassen (klassische und operante Konditionierung). Bei Versuchen der Abstinenz vom Nikotin lösen diese Schlüsselreize häufig das für die psychische Abhängigkeit typische Craving aus, das einen Rückfall einleiten kann.

Der Erfolg einer Tabakentwöhnung ist abhängig von der Motivationslage, der Unterdrückung der Entzugserscheinungen und der Anleitung zur Überwindung von Versuchungssituationen - vor allem im Zusammenhang mit dem Wunsch, kontrolliert rauchen zu wollen. Da die Rückfallquote hier sehr hoch liegt (der überwiegende Teil der Raucher wird innerhalb der ersten 100 Tage rückfällig), sollten Hilfen zur sekundären Prävention aufgezeigt werden.

Bewährt hat sich in der Raucherentwöhnung eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie. Der Nikotinersatz (Pflaster, Kaugummi) erspart in der ersten Zeit der Abstinenz die Entzugserscheinungen, wie z. B. Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst und Konzentrationsstörungen. Zur Ermittlung der Stärke der Nikotinabhängigkeit und zur Einschätzung der zunächst notwendigen Nikotinersatz-Dosis benutzen wir den gebräuchlichen Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).

Die Verhaltenstherapie will neben der Vermittlung von Informationen über die Tabakabhängigkeit und motivierenden Gesprächen zur Stärkung des Abstinenzvorhabens auch Techniken vermitteln, die bei der Ersetzung des erlernten Rauchverhaltens und seiner subjektiven Funktionen durch ein anderes, adäquateres Verhalten hilfreich sein können. Abstinenzbegünstigende Maßnahmen und Selbstkontrolltechniken werden hierbei mit Verfahren zur Bewältigung von Risikosituationen und Rückfällen kombiniert.

Das verhaltenstherapeutische Vorgehen bei der Tabakentwöhnung umfasst im Einzelnen eine:

- Informationsphase (Inhalte der Tabakentwöhnung)
- Abstinenzvorbereitung, Motivationsförderung (Informationen, Vorteilsbegründung) und Verhaltensbeobachtung (Identifikation von Risikosituationen)
- Konsumbeendigung durch Stimulus-/Selbstkontrolle, Vertragsmanagement, soziale Unterstützung, operante Verstärkung, Feedback
- Stabilisierung durch den Aufbau von Alternativverhalten, Entspannungstraining, Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens, Rückfallverhütung (u.a. durch Rollenspiele und kognitive Strategien).

Dimension der Aktivitäten und Teilhabe

Klinische Sozialarbeit

...als arbeitsbezogene Leistung

Für Patienten mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen (mangelnde Ausbildung und Berufserfahrung, Arbeitslosigkeit, drohende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, Konflikte am Arbeitsplatz) werden spezifische Programmbausteine zur beruflichen Klärung und zur erwerbsbezogenen Reintegration vorgehalten. Hierbei kooperieren wir eng mit den gemeinsamen Servicestellen der BA und der DRV. Unser einzel- und gruppentherapeutisches Angebot umfasst:

Gespräche mit dem Arbeitgeber und/oder Betriebsangehörigen: KTL C041, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit den Patienten, in der Regel 1-2 x pro Behandlung in unserer Einrichtung oder im Betrieb, Dauer zwischen 30 und 100 Min.

Im „Triolog“ zwischen dem Patienten, dem zuständigen therapeutischen Mitarbeiter und Vertretern des Arbeitgebers (Vorgesetzte, betriebliche Sozialberater, Personalrat etc.) sollen die Auswirkungen der Suchterkrankung auf das Arbeitsverhältnis und das konkrete Arbeitsfeld geklärt werden. Aus therapeutisch-rehabilitativer Sicht stehen hierbei die Erhaltung und die Sicherung des Arbeitsplatzes sowie ggf. die Veränderung von konkreten Arbeitsbedingungen im Vordergrund

Sozialrechtliche Einzelberatungen mit dem Schwerpunkt berufliche Situation: KTL D021, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit dem Patienten, Dauer 15 - 60 Min.

In unseren Einzelberatungen zum Thema berufliche Situation sollen erwerbsbezogene Problemlagen der Rehabilitanden in einem ersten Schritt genauer definiert und erste Lösungsmöglichkeiten bzw. Perspektiven zum weiteren Vorgehen eröffnet werden. Bei entsprechender Indikation werden dann gemeinsam mit dem Patienten weitere Schritte zur Verbesserung der erwerbsbezogenen Gesamtsituation in die Wege geleitet, z.B. die Initiierung von Gesprächen mit dem Arbeitgeber oder die Durchführung von gezielten Beratungen zur beruflichen Rehabilitation.

Kooperative Einzelberatungen zur beruflichen Rehabilitation: KTL D031, Häufigkeit und Dauer je nach Indikation und Absprache mit dem Patienten und/oder den sonstigen Gesprächsteilnehmern, mind. 15 Min.

In unseren kooperativen Beratungen zur beruflichen Rehabilitation, die gemeinsam mit den Reha-Fachdiensten der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung durchgeführt werden, sollen bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen Klärungsprozesse und konkrete Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation noch aus der Entwöhnungsbehandlung heraus in die Wege geleitet werden. Hierzu gehören z. B.:

- Arbeitsplatzadaptionen
- stufenweise Wiedereingliederungen in das berufliche Umfeld
- wirtschaftliche Sicherungsmaßnahmen
- Klärungen der Zuständigkeiten
- Berufsklärungen einschließlich der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung, Eingliederungshilfen, Qualifikations- und Potenzialeinschätzungen)

An den kooperativen Reha-Beratungen beteiligt sind neben dem Patienten der Bezugstherapeut, der Arbeitstherapeut und der behandelnde Arzt unserer Einrichtung sowie Vertreter der Fachdienste.

Psychoedukative Gruppe zu arbeitsweltbezogenen Problemen: KTL D051 und oder D053, 1 x pro Woche à 90 Minuten, max. 12 Patienten

In lockerer thematischer Vorgabe und in Abstimmung auf die besonderen Problemlagen unserer Patienten werden im Rahmen dieser indikativen Gruppe spezifische Themenfelder zur beruflichen Orientierung lösungsorientiert aufgearbeitet. Hierdurch sollen die Handlungskompetenzen und Fähigkeiten unserer Patienten bei ihrer Reintegration in das Berufsleben verbessert werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieses Gruppenangebotes sind in der Regel:

- Klärung der persönlichen Berufsperspektiven
- Reflektion des eigenen schulischen und beruflichen Werdeganges
- Auseinandersetzung mit persönlichen Eignungs- und Fähigkeitsprofilen
- Informationen über die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt.
- kennen lernen von Berufsinformationszentrum (BIZ) und Stelleninformationssystem (SIS) der Bundesagenturen für Arbeit
- Erarbeitung von Bewerbungsstrategien
- Bewerbungstraining
- Lebensalterspezifische Aspekte von Erwerbstätigkeit.

...zur sozialen Integration

Zusätzlich zur Sozial- und Milieuthérapie wird in unserer Fachklinik 2 x in der Woche eine Sprechstunde von unserer Verwaltungskraft angeboten, die nach Bedarf aufgesucht werden kann. Im Rahmen der Einzelgespräche mit den Bezugstherapeuten können alle relevanten Fragen zur Existenzsicherung geklärt werden. Falls eine Schuldenregulierung notwendig ist, wird an spezialisierte Beratungsstellen in Bremen oder am Herkunftsort verwiesen. Ergänzt wird der Sozialdienst durch eine Begleitung zu externen Terminen, wenn diese von den Patienten noch nicht alleine und sicher bewältigt werden können.

Neben der Sozial-Sprechstunde können 2 x in der Woche Bürozeiten genutzt werden, um wichtige Telefonate zu Behörden erledigen zu können. Hierbei können seitens des Teams auch Hilfestellungen bei wichtigen und ggf. angstbesetzten Telefonaten oder beim Ausfüllen von Formularen gegeben werden. Diese Bürozeiten dienen zusätzlich der Auszahlung von Eigenmitteln und Fahrtkostenerstattungen.

Die Bausteine unserer klinischen Sozialarbeit zur sozialen Integration sind im Detail:

Sozialrechtliche Beratung: KTL D021 bis D029, individuell, nach Indikation und Bedarf, pro Gespräch mindestens 15 Min.,

Die Beratung kann die wirtschaftliche Sicherung, die Wohnungssituation, die Klärung rechtlicher Fragen, andere finanz- und sozialrechtliche Ansprüche sowie weitergehende Detailfragen zur existentiellen Sicherung betreffen.

Sozialtherapeutische Hausbesuche: KTL D048, individuell, nach Indikation und Bedarf, 60 Min. + Wegezeit

Unsere Hausbesuche sind eine aufsuchende sozialtherapeutische Tätigkeit, die die Auswirkungen der Suchterkrankung auf das häusliche und engere soziale Umfeld des betreffenden Patienten transparent machen soll. Insbesondere bei der Umstellung des Behandlungssettings von stationär auf ganztägig ambulant können Defizite und Problemfelder im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden durch einen Hausbesuch vorgeklärt und ggf. beseitigt werden. Die Aufmerksamkeit bei einem Hausbesuch wird hauptsächlich auf folgende Punkte gerichtet:

- Wohnform (Untermiete, Hauptmiete, Mitbewohner, betreutes Wohnen etc.)
- Stabilitätsfördernde oder rückfallbegünstigende Umgebung

- hygienische Verhältnisse
- Verhältnis zu den Nachbarn
- Wohnungseinrichtung

Offensichtlich werdender Veränderungsbedarf bzgl. der aktuellen Wohnsituation wird im Rahmen des Hausbesuches und/oder in nachbereitenden Gesprächen thematisiert und in die weitere Therapieplanung einbezogen.

Organisation weiterführender Maßnahmen: KTL D049, individuell, nach Indikation und Bedarf, mind. 15 Min.

Mit fortschreitender Therapiedauer gewinnt die Wiedereingliederung unserer Patienten in soziale und berufliche Bezüge, die Wiederbelebung von sozialen Kontakten sowie die Vermittlung von weiterführenden sozialen oder psychotherapeutischen Hilfen immer mehr an Bedeutung. Die bezugs- und sozialtherapeutische Organisation weiterführender Maßnahmen konzentriert sich zumeist auf folgende Themenfelder:

- Vermittlung ambulanter Weiter-/Anschlussbehandlung (Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation), Adaptionsbehandlungen und/oder ambulanter Psychotherapie
- Hilfestellung bei der Integration des betreffenden Patienten in die Selbsthilfe-Gruppen vor Ort
- Vermittlung von WG- und einzelbetreuten Wohnplätzen in regionalen Einrichtungen des betreuten Wohnens für Suchtkranke
- Einleitung gezielter Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess (internes „Programm zur beruflichen Förderung MbF“, Beratungsangebote der Agenturen für Arbeit oder anderer Träger)
- ggf. organisatorische Unterstützung beim Wohnungswechsel

Arbeits- und Ergotherapie

Die Arbeits- und Ergotherapie der Fachklinik stellt eine wichtige Ergänzung zu unserer psychodynamisch orientierten Psychotherapie im Sinne eines bifokalen Rehabilitationsansatzes dar (Lindner et al., 2001). Sie bietet die Möglichkeit, dass der Aspekt der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF nicht nur auf der psychotherapeutischen und beraterischen, sondern auch auf der praktisch-handlungsorientierten Ebene in den Rehabilitationsprozess einfließt. Durch den Realitätsbezug der Arbeits- und Ergotherapie können psychische Veränderungsprozesse sowohl überprüft als auch in einer Art Rückkopplungsprozess neu angeregt werden. Strukturierte, prozessorientierte Arbeit z. B. erleichtert und objektiviert die Selbsteinschätzung sowohl durch den Produktionsprozess als auch durch die Qualität des fertig gestellten Produktes. Darüber hinaus können die innere Zufriedenheit und die äußere Bestätigung für eine erfolgreich durchgeführte Arbeitsaufgabe das Selbstwertgefühl erheblich stärken. Der Trainingsaspekt unserer Arbeits- und Ergotherapie bietet zudem die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der eigenen Lust-/Unlustregulation und der Steuerung von Bedürfnissen/Verhaltensimpulsen.

Arbeitstherapie

Da ein Teil der Patienten unserer Fachklinik über eine brüchige Erwerbsbiographie verfügt oder seit längerer Zeit arbeitslos gewesen ist, ist es die zentrale Aufgabe der Arbeitstherapie, diese Patienten schrittweise an die Anforderungen eines Arbeitsplatzes heranzuführen. Zur Vorbereitung einer Erwerbstätigkeit werden neben der Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese unter Einbeziehung von Vorbefunden (z. B. Sozialbericht, Gutachten etc.) zunächst die arbeitsbezogenen Schlüsselqualifikationen der betreffenden Patienten beschrieben. Zur Diagnostik der Schlüsselqualifikationen wird **IDA (Instrumentarium zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten)** eingesetzt. Die Diagnostik erfolgt im Gruppensetting in der Eingangsphase,

also in den ersten beiden Wochen der Rehabilitation bzw. - bei Vorliegen eines protrahierten Entzugssyndroms - in den ersten vier Wochen der Behandlung.

Schlüsselqualifikationen nach **IDA** sind:

- **Kognitive Merkmale:**
Arbeitsplanung, Auffassung, Aufmerksamkeit, Konzentration, Lernen/Merken, Problemlöseverhalten, Fähigkeit zur Umstellung, Vorstellungskraft
- **Soziale Merkmale:**
Durchsetzungs- und Führungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Fähigkeit zur Teamarbeit
- **Merkmale zur Art der Arbeitsausführung:**
Ausdauer, kritische Kontrolle, Misserfolgstoleranz, Ordnungsbereitschaft, Pünktlichkeit, Selbständigkeit, Sorgfalt, Verantwortung
- **Psychomotorische Merkmale:**
Antrieb, Feinmotorik, Reaktionsgeschwindigkeit
- **Kulturtechniken/Kommunikation:**
Lesen, Rechnen, Schreiben, Sprechen.

Die Ergebnisse dieser basalen erwerbsbezogenen Diagnostik, die hieraus resultierenden Ziele für die Arbeitstherapie und die Zuweisung in die spezifischen arbeitstherapeutischen Bereiche unserer Einrichtung werden von dem zuständigen Arbeitstherapeuten mit dem betreffenden Patienten in einem ausführlichen Einzelgespräch abgestimmt. Wurden spezifische Defizite im Bereich der erwerbsbezogenen Ressourcen und Schlüsselqualifikationen festgestellt, wird das Instrumentarium **MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)** eingesetzt, um das Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden mit dem Anforderungsprofil der spezifischen Tätigkeit unserer Arbeitstherapie - ggf. auch des ausgeführten oder angestrebten Berufes – abzugleichen. **MELBA** ermöglicht es darüber hinaus, den Prozess der Verbesserung/Weiterentwicklung von Schlüsselqualifikationen in den eingangs diagnostizierten Defizitbereichen fortlaufend zu dokumentieren und zu überprüfen.

Die Arbeitstherapie der Fachklinik verfügt über folgende Bereiche:

Training im Garten

Gärtnergehilfin, Einzelarbeitsplatz / Teamarbeitsplatz

Einfache Tätigkeit: Beet-, Rasen- und Wegepflege, Gemüseanbau, Umgang mit einfachen Gartengeräten, Umgang mit Rasenmäher und anderen Geräten, die nur nach Einweisung bedient werden dürfen, Sicherheitsvorschriften kennen und anwenden lernen

Besonderes Anforderungsprofil: Antrieb, Ausdauer, Sorgfalt, Ordnungsbereitschaft

Training in der Renovierung

Malerhelferin, Einzelarbeitsplatz / Gruppenarbeitsplatz

Einfache / mittlere Tätigkeit: Zimmer / Türen / Fenster streichen

Tischlergehilfin, mittlere Tätigkeit: Fußbodenbelag verlegen

Besonderes Anforderungsprofil:

Arbeitsplanung, Sorgfalt, kritische Kontrolle, Ordnungsbereitschaft, Feinmotorik / bei Zimmer streichen raus nehmen, Selbständigkeit / bei Gruppenarbeitsplatz

Training in der Renovierung

Hausmeisterhelferin, Einzelarbeitsplatz

einfache Tätigkeit: handwerkliche Grundkenntnisse erwerben oder anwenden, kleine Reparatur- und Wartungsarbeiten, Verwaltung von Werkzeugen / Materialien, Sicherheitsvorschriften kennen und anwenden lernen

Besonderes Anforderungsprofil: Umstellung, Verantwortung, Selbständigkeit, Problemlösung

Training in der Fahrradwerkstatt

Zweiradmechaniker-Gehilfin, Einzelarbeitsplatz

mittlere Tätigkeit: mechanische Grundkenntnisse erwerben oder anwenden, Reparatur der hauseigenen Fahrräder

Anforderungsprofil: Problemlösung, Feinmotorik, Ordnungsbereitschaft, Selbständigkeit, kritische Kontrolle

Training im Hausputz

Einzelarbeitsplatz

einfache Tätigkeit: Reinigungsarbeiten i. S. v. Alltagsbewältigung

Besonderes Anforderungsprofil: Ordnungsbereitschaft, Sorgfalt, Selbständigkeit

Training in der Waschküche

Einzelarbeitsplatz

Einfache Tätigkeit: Pflegearbeiten i. S. v. Alltagsbewältigung, Überblick über die Bedarfe der anderen Bereiche

Besonderes Anforderungsprofil: Arbeitsplanung, Ordnungsbereitschaft, Sorgfalt, Selbständigkeit

Training in der Küche

Küchenhelferin, Gruppenarbeitsplatz / Einzelarbeitsplatz

Einfache bis mittlere Tätigkeit: Kochen lernen (7 Gerichte), Umgang mit Messern und Geräten, Kenntnis von Mengen / Gewichten, Hygiene- und Sicherheitsvorschriften lernen und anwenden, Verwaltung von Lebensmitteln, Arbeiten unter Zeitdruck

Besonderes Anforderungsprofil: Arbeitsplanung, Teamfähigkeit, Kritikfähigkeit, Kritisierbarkeit, Der Arbeitsbereich Küche dient nicht nur der Weiterentwicklung der Arbeitsbasis- bzw. Schlüsselqualifikationen, sondern auch dem Training zur Führung eines eigenen Haushaltes und zur Gestaltung eines angenehmen Umfeldes. Im Rahmen des Einsatzes im Küchenbereich werden den Patienten praktische Kenntnisse zur gesunden Ernährung und bei Bedarf zu besonderen Diäten vermittelt.

Zur Förderung der Schlüsselqualifikationen im Bereich der Kulturtechniken und der Kommunikation verweisen wir an entsprechende Angebote der Volkshochschulen oder auch an spezialisierte Therapeuten, z. B. Logopäden. Wenn im Anschluss an die medizinische Rehabilitation in der Fachklinik eine externe Adaptionsphase nicht angezeigt ist, erfolgt bei entsprechender Indikation eine Arbeitserprobung im nahen Umfeld des Zentrums.

Im Verlauf des arbeitstherapeutischen Prozesses schreibt jeder Patient nach vier Wochen einen Bericht über seinen Kenntnis- und Entwicklungsstand sowie über seine weiteren Planungen bzw. Vorhaben für den zukünftigen Arbeitsbereich (die konkreten Einsatzfelder unserer Arbeitstherapie können gewechselt werden). Ergänzend hierzu bewertet der zuständige Arbeitstherapeut die Schlüsselqualifikationen, wie sie der Patient in den zurückliegenden Wochen in seiner Arbeitsgruppe gezeigt hat. In einem gemeinsamen Bilanzgespräch mit dem Patienten werden anschließend Rückmeldungen zum bisherigen Arbeitsverhalten und Arbeitsergebnis gegeben, die Selbst- und Fremdeinschätzung verglichen und die Zielvereinbarungen überprüft.

Zum Ende der arbeitstherapeutischen Behandlung hin wird ein Auswertungsgespräch mit dem Patienten geführt, in dem die Arbeitsbasis-/Schlüsselqualifikationen zu Beginn und zu Ende der Therapie jeweils aus Sicht des Arbeitstherapeuten und des Klienten verglichen werden. Dabei wird geprüft, ob und wie weit die Zielvereinbarungen im Rahmen der Arbeitstherapie erreicht wurden. Ebenso werden in diesem Auswertungsgespräch Empfehlungen für die weitere berufliche Entwicklung ausgesprochen.

Organisation und Monitoring interner Belastungserprobungen: KTL G151, im Einzelfall, Häufigkeit und Dauer individuell

Inhalt der Belastungserprobung ist die Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit unter realitätsnahen Arbeitsbedingungen, die Erprobung des erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen sowie ggf. die Vorbereitung auf eine externe Belastungserprobung

Organisation und Monitoring externer Arbeitserprobung: KTL G 161, im Einzelfall, Häufigkeit und Dauer individuell.

- Vorbereitung auf ein altes oder neues Berufsfeld
- Vor- und Nachbereitung der Belastungserprobung
- Erprobung des erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen
- Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit

Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt die gesundheitliche Wiederherstellung und die berufliche/ soziale Reintegration unserer Patienten durch beschäftigungstherapeutische Methoden. In ihrer Handlungs- und Gegenstandsbezogenheit stellt sie - ebenso wie die Arbeitstherapie - eine wichtige Ergänzung für die verbal ausgerichteten Therapiebausteine unserer medizinischen Rehabilitation dar. Vorrangiges Ziel ist der Aufbau und die Förderung handlungsbezogener Ressourcen im geschützten und zeitlich limitierten Rahmen eines therapeutischen Gruppenangebotes (der gestaltende Aspekt unseres handlungsbezogenen Therapieangebotes wird eher in der Kunsttherapie vertieft, während das zeitlich umfassendere, realitätsorientierte Training von Arbeitsbasis-/Schlüsselqualifikationen im Rahmen der Arbeitstherapie stattfindet). Die einzelnen ergotherapeutischen Maßnahmen verbessern die basalen instrumentellen Fähigkeiten und Fähigkeiten wie Konzentration, Ausdauer, Durchhaltevermögen etc. Sie beziehen aber auch sozio-emotionale Faktoren, wie z. B. die individuelle Wahrnehmungsfähigkeit, die allgemeine Kreativität, die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit und die soziale Kompetenz unserer Patienten ausdrücklich mit ein.

Ergotherapie: indikativ, KTL E210, E220, E230 (je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung), 1 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Pat. pro Gruppe

Bei einem eher kompetenz- und ausdruckszentrierten Schwerpunkt der Gruppe erhalten die Teilnehmer eine Auswahl an unterschiedlichen handwerklichen/kreativen Techniken und an verschiedenen Materialien. Dabei können sie die Vorgehensweise und das jeweilige Material je nach Neigung und Interesse frei wählen oder sich vom Therapeuten beraten lassen. Wenn die Ergotherapie eher als Projektgruppe durchgeführt wird oder das produktorientierte Arbeiten im Vordergrund steht, kommt der steuernden Funktion des Therapeuten eine zentralere Rolle zu. Wesentliche Behandlungsziele unseres ergotherapeutischen Gruppenangebotes sind (unabhängig von der aktuellen inhaltlichen Schwerpunktsetzung):

- Förderung von Initiative, Motivation, und Entscheidungsvermögen
- Förderung von Konzentration und Durchhaltevermögen
- Förderung der Frustrationstoleranz
- Förderung instrumenteller Fähigkeiten
- Förderung kooperativen und planvollen Handelns
- Förderung der sozialen Kompetenz
- verbesserte Wahrnehmung von Erlebnisqualitäten
- Steigerung der Ausdrucksfähigkeit
- Entwicklung von Phantasie und Kreativität
- Training von Basiskompetenzen bei langer Arbeitslosigkeit
- Stärkung des Selbstwertes

- Anregung zur Freizeitgestaltung.

Kunsttherapie

In der Kunsttherapie steht der Prozess des kreativen Gestaltens im Vordergrund. Sie umfasst therapeutische, psychodynamische sowie Beziehungsaspekte und bewirkt eine Stärkung der Ich-Funktionen.

Therapeutische und psychodynamische Aspekte:

Ein wesentliches therapeutisches Wirkmoment unserer Kunsttherapie ist der Umgang mit Materie. Unterschiedliche Materialien sprechen den Patienten jeweils in ihrer eigenen, besonderen Weise an. Sie können gezielt eingesetzt werden, um den betreffenden Patienten mehr in Kontakt zu sich selbst und zu seiner Umwelt zu bringen, denn das Material ermöglicht über das Riechen, Betrachten und Berühren konkrete sinnliche Erfahrungen. Die so ausgelösten Reaktionen bringen den Gestaltenden mit dem eigenen psychischen Erleben, mit seinen Empfindungen, Gefühlen, körperlichen Reaktionen und seinen Erinnerungen in Kontakt. Diese innere Bewegtheit kann wiederum über die Bewegung der Hände bzw. den Gestaltungsprozess im Material zum Ausdruck gebracht werden. Hierbei können neue Handlungsmöglichkeiten erprobt und Kompromisse zwischen dem eigenen Anspruch und dessen Realisierbarkeit gefunden werden. Oft zeigen sich dabei auch Ressourcen des Gestaltenden, wie z. B. sein Empfinden für Gesundes, Schönes und Hoffnungsvolles. Die nachträgliche Betrachtung und das Nachvollziehen dieses Gestaltungsprozesses können den persönlichen Bedeutungsgehalt des künstlerischen Produkts transparent machen, wobei auch die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Rehabilitanden verbessert werden kann.

Beziehungsaspekte:

Die Beziehung zu anderen kann direkt in den kunsttherapeutischen Gruppen- und Paararbeiten thematisiert werden, während sich im Gestaltungsprozess und dem dabei entstandenen Werk die inneren Beziehungsmuster des Gestaltenden auch oftmals indirekt abbilden. Beim Betrachten und bei der Besprechung des Werkes und seines Entstehungsprozesses in der Gruppe können die unterschiedlichen Sichtweisen der Mitpatienten die innere und äußere Wahrnehmungsfähigkeit erweitern.

Stärkung der Ich-Funktionen:

Über die künstlerisch-formale Arbeit findet im Gestaltungsprozess eine Stärkung umschriebener Ich-Funktionen statt. So muss der Patient z. B. in einem ständigen künstlerischen Entscheidungsprozess über Form, Farbe, Proportionen, Grenzen etc. verschiedene Möglichkeiten abwägen und Lösungen finden. Dieser Entscheidungsprozess stärkt die Ich-Funktionen der Realitätsprüfung, der Antizipation und der Urteilsbildung. Auf der handwerklich-technischen Ebene des Gestaltens sind dagegen Ausdauer, Konzentrations- und Durchhaltevermögen sowie Misserfolgstoleranz gefordert. Hier zeigt sich, ob der betreffende Patient Kompromisse eingehen und reale Grenzen respektieren kann. Darüber hinaus kann das Erlebnis, mit den eigenen Händen etwas geschaffen zu haben, den Selbstwert stärken. Im kreativ-schöpferischen Prozess kann der Patient auch seinem psychischen Zustand Ausdruck verleihen sowie seine Identität finden und formen.

Unser kunsttherapeutisches Angebot findet als Gruppenarbeit, Einzelarbeit in der Gruppe oder als Paararbeit in der Gruppe statt. Die Sozialform bestimmt die von therapeutischer Seite aus vorgegebenen Themen der einzelnen Übungen. Neben den hauptsächlich verwandten Materialien Ton und Farben kommen je nach Thematik weitere Materialien zum Einsatz.

Kunsttherapie in der Gruppe: indikativ, KTL F163, 2 x pro Woche à 90 Min., max. 12 Patienten

Wesentliche Ziele sind:

- Förderung des Ausdruckes von Stimmungen und Phantasien
- Klärung und Bearbeitung von affektivem Erleben
- Klärung und Bearbeitung von Beziehungserfahrungen
- Verständnis für vor- und unbewusstes Material

9. Behandlungsorganisation

Behandlungsdauer

In der Fachklinik werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen - auch im Rahmen von Kombinationstherapien - angeboten. Im Einzelfall bemisst sich die Behandlungsdauer unserer Patienten nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (2010).

Folgende Behandlungsmöglichkeiten werden angeboten:

Ein Kurzzeit-Behandlungsbereich mit 12 Wochen Behandlungsdauer für Patienten mit

- weitgehend erhaltener sozialer und beruflicher Integration,
- einer psychischen Grundproblematik auf integriertem bis mäßig integriertem Strukturniveau (OPD Achse IV)
- keine bzw. einem eher geringen Ausmaß an psychiatrischer/somatischer Komorbidität und
- einem relativ späten Beginn der Abhängigkeitserkrankung und/oder einer Monoabhängigkeit.
- Rückfall-Auffangbehandlungen
- stationären oder ganztägig ambulanten Behandlungsphasen im Rahmen von Kombinationstherapien (z. B Kombi-Nord)

Die Behandlungsinhalte fokussieren hier mehr auf eine konflikt-/problemzentrierte Aufarbeitung des individuellen Bedingungsgefüges der Suchterkrankung unter Berücksichtigung der Beziehungs-, der sozialen und der beruflichen Ebene. Das Training basaler sozialer Kompetenzen sowie milieu- und arbeitstherapeutische Maßnahmen zur (erstmaligen) Herstellung gesellschaftlicher Integrations- und Erwerbsfähigkeit spielen in diesem Behandlungsbereich eine eher nachgeordnete Rolle.

Ein Behandlungsbereich für mittelfristige medizinische Rehabilitation mit 12 - 16 Wochen Behandlungsdauer für Patienten mit

- beginnenden oder bereits manifesten Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich,
- Arbeitslosigkeit,
- einem mäßig bis gering integriertem psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV),
- komorbiden psychischen Störungen (Ängste, Depressionen, psychosomatische Problematik, Persönlichkeitsstörungen) und/oder
- somatischen Sucht-Folgeerkrankungen.

Dieses Behandlungsangebot orientiert sich von seinen therapeutischen Inhalten her an einem bereits schwerer erkrankten und nach ICF-Kriterien eingeschränkterem Klientel. Das konkrete therapeutische Vorgehen ist hier weniger konfliktzentriert und orientiert sich mehr an einer interaktionell-stützenden Grundhaltung, die ich-strukturelle Nachreifungen und korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen ermöglicht. Hierbei nehmen unsere Angebote zur sozialen und beruflichen Förderung einen wichtigen Raum ein.

Ein Behandlungsbereich für langfristige Entwöhnungsbehandlungen mit im Regelfall von 22 Wochen (bei entsprechender Indikation auch längere) Behandlungsdauer für Patienten mit

- massiver sozialer und beruflicher Desintegration,

- einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung und/oder Polytoxikomanie,
- einem eher gering integrierten psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV) und/oder
- multiplen psychischen/psychiatrischen Begleitstörungen.
- junger Altersstruktur, erheblichen Reifungsdefiziten und sozialer Verwahrlosung.

Diese Behandlungsangebot unserer Fachklinik, das auf einen langfristigen therapeutischen Prozess hin angelegt ist, stehen – vom psychotherapeutischen Blickwinkel her - umfassendere Nachreifungsprozesse bei schweren Sozialisationsstörungen und ausgeprägten ich-strukturellen Defiziten im Vordergrund. Das therapeutische Vorgehen zielt über nachhaltige, interpersonell vermittelte Internalisierungsprozesse, ein basales Training sozialer Kompetenzen und die psychoedukative Vermittlung von Strategien zur Emotions-/Impulskontrolle auf die Stärkung/Nachentwicklung grundlegender Ich-Funktionen – z. B. der Selbst- und Beziehungsregulation - ab. Auf Grund der oftmals schweren Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe spielen hier arbeits- und ergotherapeutische Behandlungsbausteine, unser Angebot zur gezielten beruflichen/sozialen Förderung und die Sozial- und Milieuthérapie eine zentrale Rolle.

Im Verlauf der Behandlung wird nach der Auswertung der Eingangsdiagnostik und weiterhin im Rahmen der Verlaufsdagnostik kontinuierlich überprüft, ob das initial gewählte Behandlungsangebot und die zunächst bewilligten Behandlungszeiten dem individuellen Rehabilitationsbedarf gerecht wird. Ist die Verlängerung der Behandlungszeit nötig, werden ein inhaltlich begründeter Verlängerungsantrag an den zuständigen Leistungsträger gestellt.

Die Nachsorgemaßnahmen werden bei entsprechender Indikation aus der Entwöhnungsbehandlung heraus beim zuständigen Leistungsträger beantragt.

Kombinationstherapie

Neben den in sich abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen bietet die Fachklinik Kombinationsentwöhnungsbehandlungen an. Die Kombinationsbehandlungen erfolgen nach den Vorgaben des Konzeptes Kombi-Nord (DRV Oldenburg/Bremen, DRV Nord, DRV Braunschweig/Hannover).

Die Möglichkeit der Durchführung von Kombinationsbehandlungen mit ambulanten Kooperationspartnern in Bremen, Bremerhaven und dem angrenzenden Niedersachsen soll insbesondere die Flexibilisierung und Individualisierung der Rehabilitationsverläufe unserer Patienten sowie einen besseren Zugang in die Rehabilitation ermöglichen. Denn Kombinationsentwöhnungen können oftmals den persönlichen Voraussetzungen und Problemlagen unserer Rehabilitanden besser gerecht werden als die herkömmlichen, in sich abgeschlossenen Therapieverfahren. In der praktischen Umsetzung wird die Flexibilisierung der Rehabilitationsverläufe durch den Vorhalt eines differenzierten Behandlungsangebotes, aber auch durch eine sinnvolle Verknüpfung von selektiver und adaptiver Behandlungsplanung gewährleistet.

Behandlungsformen

Stationäre Entwöhnung

Die Fachklinik hält 20 Betten für stationäre Entwöhnungsbehandlungen für Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr vor, die gravierenden Beeinträchtigungen auf der Ebene der psychischen und Körperfunktionen, der Aktivitäten und Teilhabe sowie der Kontextfaktoren aufweisen.

Hervorzuheben sind hierbei besonders:

- eine hohe, anhaltende Rückfallgefahr
- ein pathogenes soziales Umfeld (z. B. massive familiäre Konflikte oder destruktive Partnerbeziehungen)
- das Fehlen eines stützenden sozialen Umfeldes

- eine der Abstinenz abträgliche Wohnsituation
- komorbide Erkrankungen.

Behandlungsorganisation und –verlauf

Eigenständige, in sich abgeschlossene stationäre Entwöhnungsmaßnahmen und stationäre Rückfall-Auffangbehandlungen werden entweder aus einer ambulanten Beratungs- und Motivationsphase heraus oder im Rahmen einer stationären Entgiftungsbehandlung („qualifizierte Entgiftung“) beim zuständigen Leistungsträger beantragt (Sozialbericht, ärztlicher Befundbericht, Antrag des Versicherten). Stationäre Behandlungsphasen im Rahmen einer Kombinationstherapie werden von einer Beratungsstelle/Fachstelle im Rahmen des Gesamtantrages für die Verbundentwöhnung oder – bei Kurzzeitinterventionen - aus einem bereits begonnen ambulanten oder ganztägig ambulanten Behandlungsabschnitt heraus in die Wege geleitet (Kombi-Nord).

Die Aufnahmekoordinatorin der Fachklinik organisiert das konkrete Aufnahme-procedere in Absprache mit dem Patienten, dem Suchtberater oder / und der Entgiftungsstation. Ist eine sofortige Aufnahme nicht möglich, wird bis zum Beginn der medizinischen Rehabilitation in unserer Fachklinik die Teilnahme an einer Vorlaufgruppe angeboten. Bei akuter Rückfallgefahr sollte eine nahtlose Verlegung von den kooperierenden Entgiftungsstationen in unsere Einrichtung erfolgen.

Der Behandlungsverlauf unserer stationären Entwöhnungsmaßnahmen richtet sich nach dem 3-Phasen-Modell (bei Kurzzeitinterventionen im Rahmen von Kombinationsbehandlungen zeitlich gestrafft und auf einen zentralen Behandlungsfokus hin ausgerichtet):

- In der **Initialphase** der ersten 2 – 3 Wochen wird nach der diagnostischen Phase im Dialog mit dem Patienten sowohl ein psychotherapeutischer als auch ein sozialer/berufsbezogener Behandlungsfokus herausgearbeitet (bifokaler Rehabilitationsansatz). Die Formulierung der konkreten Therapieziele im suchtbezogenen, psychischen, körperlich-medizinischen und sozialen/beruflichen Bereich sowie die Auswahl der indikativen Therapieangebote schließen sich nahtlos an. Psychotherapeutische Themen in der Initialphase sind die kognitive und emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung (Krankheitseinsicht), die Festigung der Abstinenz- und Behandlungsmotivation sowie die Bearbeitung von Scham- und Schuldgefühlen bzgl. der Abhängigkeitserkrankung. Sozialtherapeutisch und berufsbezogen steht in der Initialphase eine Sichtung der persönlichen Problemfelder und Ressourcen unserer Patienten im Vordergrund, wobei unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklungspotenziale Veränderungsnotwendigkeiten benannt und geplant werden (berufliche Umorientierungen, Wechsel des sozialen Umfeldes, erforderliche Korrekturen der allgemeinen Wohn- und Lebenssituation etc.). Die indikativen Therapiebausteine unserer medizinischen Rehabilitation – vor allem im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie – werden eng auf diese persönlichen Veränderungsnotwendigkeiten hin abgestimmt.
- In der anschließenden **Kernphase** (ab ca. der 3. Behandlungswoche) wird psychotherapeutisch zunächst auf die intrapsychische Funktionalität des Suchtmittels und die Klärung der biographischen Hintergründe der Abhängigkeitsentwicklung fokussiert. Hierauf aufbauend, wird die Ebene der Grundstörung thematisiert, um Reflektions- und Veränderungsprozesse im Rahmen der therapeutischen Gemeinschaft und schließlich auch im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Eine besondere Rolle spielen hierbei unter einem rehabilitativen Blickwinkel die Auswirkungen von neurotischen Konflikten und ich-strukturellen Defiziten unserer

Patienten auf ihr Arbeits- und Leistungsverhalten. Bei ich-strukturellen Störungen kommt es z. B. häufig auf Grund einer unzureichenden Affekt- und Frustrationstoleranz, einer herabgesetzten Impulskontrolle und schweren Trennungs-/Schuldgefühlen zu ausgeprägten Beeinträchtigungen des Arbeits- und Lernverhaltens (Lindner et al., 2001; König, 1998; Hirsch, 2000). Ein wesentliches Ziel unserer psychotherapeutischen Arbeit stellt daher die Nachentwicklung eingeschränkter Ich-Funktionen, die Förderung realistischer Selbst- und Objektbilder sowie die Ermöglichung korrigierender emotionaler Erfahrungen dar. Darüber hinaus werden unsere Patienten dazu motiviert, ihre Erfahrungen im Rahmen der Arbeits-/Ergotherapie, externer beruflicher Belastungserprobungen oder klärender Gespräche mit dem Arbeitgeber reflektierend in den gruppen- und einzelpsychotherapeutischen Prozess einzubringen. Hierdurch sollen die Arbeitsstörungen und erwerbsbezogenen Schwierigkeiten unserer Patienten nicht nur auf der arbeits- und sozialtherapeutischen Ebene thematisiert, sondern auch in einen umfassenderen psychodynamischen Kontext integriert werden. Dies ermöglicht es, dysfunktionale Beziehungsmuster und eingeschränkte Ich-Funktionen in unterschiedlichen, alltagsbezogenen Lebensbereichen zu erkennen und eine Veränderungsmotivation zu entwickeln, die auch die selbstwertstabilisierende Entfaltung der leistungsbezogenen beruflichen Fähigkeiten umfasst (Lindner et al., 2001).

Zu dieser Alltagsorientierung unserer medizinischen Rehabilitation trägt auch bei, dass mit fortschreitender Behandlungsdauer und nach medizinischer Indikation eine zunehmende Außenorientierung unserer stationären Patienten stattfindet, z. B. - entsprechend der gesetzlichen Vorgaben - durch Belastungserprobungen im gewohnten sozialen Umfeld. Die Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Therapieziele wird in regelmäßigen Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten bilanziert, was ggf. zu Veränderungen der Behandlungsplanung führt.

Vorausschauend müssen auch schon gegen Ende der Kernphase weiterführende suchtspezifische Hilfen sowie – bei Bedarf – erwerbs- und alltagsbezogene Fördermaßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben) in die Wege geleitet werden. Suchttherapeutisch besteht für unsere Patienten die Möglichkeit, ihre Rehabilitation im Anschluss an die stationäre Entwöhnung im Rahmen einer externen adaptiven Phase oder als ambulante Nachsorge fortzusetzen. Alternativ kann auch eine Vermittlung in andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe vor Ort und überregional erfolgen (z. B. in Einrichtungen des betreuten Wohnens oder betreute Wohngemeinschaften). Im Falle einer ambulanten Nachsorge werden unsere Patienten grundsätzlich an die zuweisende Beratungsstelle/Fachstelle zurück vermittelt, wenn dort ein Angebot zur ambulanten Nachsorge besteht.

- In der **Loslösungsphase** (ca. 2-3 Wochen vor Behandlungsende) werden die bisher erreichten Therapieerfolge nochmals gemeinsam mit den Patienten überprüft und der weitere Handlungsbedarf im psychischen, körperlich-medizinischen und sozialen/beruflichen Bereich erörtert. Psychotherapeutisch stehen in der Loslösungsphase Abschieds- und Trauerprozesse im Vordergrund, die in der Gruppen- und Einzeltherapie thematisiert werden. Unter einer sozialtherapeutisch/berufsbezogenen Perspektive werden die im bisherigen Therapieverlauf gewonnenen Informationen unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Veränderungsschritte (z. B. im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie) nochmals zusammengefasst, gemeinsam mit dem betreffenden Patienten kritisch reflektiert und weitere konkrete Maßnahmen vereinbart (Aktivitäten zur Alltags- und Freizeitstrukturierung, Inanspruchnahme erwerbsbezogener Förderung, Bewerbungsaktivitäten, Wohnungswechsel etc.).

10. Kooperation/Vernetzung

Leitungs- und Kommunikationsstrukturen

Die übergeordnete Verantwortung für die medizinische Rehabilitation trägt die ärztliche Leitung, der eine therapeutische Leitung zur Seite gestellt ist (ärztliche und therapeutische Gesamtleitung der Fachklinik). Einmal wöchentlich findet ein Gesamteam statt, an dem die ärztliche und therapeutische Leitung sowie alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter verbindlich teilnehmen (fachliche, dienstliche und qualitätssichernde Maßnahmen bzw. Neuerungen werden besprochen). Jeden Werktag findet eine Arbeitsbesprechung statt. Alle 4 Wochen nimmt die ärztliche und therapeutische Leitung am Leitungstreffen der Therapiehilfe gGmbH teil. An diesem Treffen nehmen die Leitungskräfte der anderen Einrichtungen der Therapiehilfe gGmbH und die Geschäftsführung teil.

Zusätzlich zu den wöchentlichen Leitungstreffen finden halbjährlich Leiterklausuren statt, die von der ärztlichen und therapeutischen Gesamtleitung des Therapiehilfeverbundes (*therapiehilfe e.v.* und Therapiehilfe Bremen gGmbH) vorbereitet werden. Hieran nehmen alle Leitungskräfte des Therapiehilfeverbundes teil. Im Rahmen dieser Leiterklausuren werden z. B. Fragen des Qualitätsweiterentwicklung und -sicherung, der Entwicklung und Umsetzung strategischer Ziele, der Implementierung neuer therapeutischer Methoden, der Auswertung externer und interner Befragungen sowie die Ergebnisse von internen Qualitätszirkeln/Arbeitsgruppen erörtert und hieraus resultierende Arbeitsaufträge verbindlich formuliert.

Bei Bedarf werden entsprechende interne Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen gegründet und ein Prozessverantwortlicher benannt. Die ärztliche und therapeutische Gesamtleitung sowie die Leitungskräfte der einzelnen Behandlungsbereiche tragen die Verantwortung dafür, dass die Ergebnisse der Leiterklausuren angemessen auf die Ebene der einzelnen Teams kommuniziert werden und Rückmeldungen an die Leitungsebene erfolgen.

Die im Rahmen der Leiterklausuren benannten Prozessverantwortlichen bzw. Arbeitsgruppenleiter sind dafür verantwortlich, dass die Arbeitsaufträge termingerecht abgearbeitet und der Gesamtleitung vorgelegt werden.

Die ärztlichen und therapeutischen Leitungen der Fachklinik transportieren die auf Leitungsebene besprochenen Inhalte in das Team. Im Rahmen der Teambesprechungen werden z. B. die strategischen Zielsetzungen der Einrichtung, Veränderungen der Rahmenbedingungen (z. B. Vorgaben der Leistungsträger, Veränderungen in den Sozialgesetzbüchern, Leitbilddiskussion, aktuelle wirtschaftliche Situation der Einrichtung, etc.) den Mitarbeitern nahe gebracht und zur Diskussion gestellt.

Weiterhin findet einmal wöchentlich eine Fallkonferenz/ Therapieplanungsbesprechungen mit den Mitarbeitern des ärztlichen Dienstes, des psychologischen Dienstes, der Ergotherapie und Sozialberatung unter der ärztlich/ therapeutischen Leitung der Fachklinik statt. In diesen patientenbezogenen Fallkonferenzen werden die Diagnostik und der therapeutische Prozess unserer Patienten systematisch reflektiert. Auf der Grundlage des fachlichen Austausches und der internen Dokumentation werden individuelle Therapieziele formuliert, entsprechende Rehabilitationspläne erstellt und Modifizierungen der Therapiepläne nach Rücksprache mit den Patienten vereinbart.

Ergänzt wird die patientenbezogene Arbeit durch externe Supervisionen. Die fachliche Fortbildung und Diskussion in der Fachklinik wird durch interne Fortbildungen, die durch das Leitungsgremium organisiert werden, sowie durch den Besuch externer Fortbildungen gewährleistet. Praktisch geregelt wird dies über einen verbindlichen Schulungs- und Fortbildungsplan, der festlegt, welche Mitarbeiter spezifische Schulungen/Fortbildungen

innerhalb eines bestimmten Zeitraumes besuchen. Die Fortbildungsinhalte werden dann anschließend von den teilnehmenden Mitarbeitern im Rahmen der Teamsitzungen an die übrigen Mitarbeiter weitervermittelt.

Die Steuerung der Personalentwicklung erfolgt unter anderem durch regelmäßige, strukturierte Mitarbeitergespräche. Dabei wird Wert auf die Entwicklung von interkulturellen Kompetenzen unter Berücksichtigung unseres Leitbildes gelegt. Obligat ist dabei ein regelmäßiges Reanimationstraining für alle Mitarbeiter. Des Weiteren existieren schriftlich ausgearbeitete Regelungen für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter.

Kooperation mit Vor- und Nachbehandlern

Wir arbeiten eng mit den Sucht-Fachstellen, der betrieblichen Suchtkrankenhilfe, den Entgiftungsstationen der psychiatrischen Kliniken, den externen Adaptionseinrichtungen, den Einrichtungen für betreutes Wohnen, den ambulanten Reha-Therapeuten und Selbsthilfegruppen der Region zusammen. Weitere wichtige Kooperationspartner sind die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten sowie Behörden und Schuldnerberatungsstellen. Exemplarisch für die etablierten Wege sind einige mit uns intensiv kooperierende Einrichtungen in Bremen / Bremerhaven aufgeführt:

Ambulante und betriebliche Suchtberatungen:

- des Klinikums Bremen-Ost und des Klinikums Bremen-Nord (insbesondere mit den internen Suchtteams dieser Beratungsstellen)
- Suchtberatungs- und Fachstellen im Bundesland Bremen, die nicht zur Gesundheit Nord gGmbH gehören (z. B. die Sucht-Fachstelle der AWO in Bremerhaven)
- Suchtberatungs- und Fachstellen des niedersächsischen Umlandes, z. B. in Osterholz-Scharmbeck, Achim/Verden, Stuhr, Cuxhaven und Bremervörde
- Betriebliche Sucht-/Sozialberatungen der größeren Bremer Betriebe (z. B. Airbus, Daimler-Chrysler etc.)
- Suchtberatungszentrum der AWO in Bremerhaven
- ambulante Therapie der Therapiehilfe Bremen gGmbH
- Beratungsstellen der ambulanten Drogenhilfe in Bremen gGmbH,
- Medizinische Ambulanz für Drogenabhängige am Gesundheitsamt Bremen
- Kontakt- und Beratungszentrum Tivoli in Bremen

Stationäre Angebote der Suchtpsychiatrie und Suchtkrankenhilfe:

- Aneos-Klinik Dr. Heines in Bremen,
- Seepark-Klinik Langen-Debestedt in Bremerhaven
- Klinikum Bremen-Ost
- Weitere überregionale Kliniken

Adaptions- und Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation:

- Externe Adaptionseinrichtung der Rehabilitation und Arbeit gGmbH in Bremen-Mitte
- Einrichtungen des betreuten Wohnens für Suchtkranke (Übergangswohnheime der AWO, betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften der "Initiative e.V.")
- die Clean-Wohngemeinschaften der Therapiehilfe Bremen gGmbH
- Ambulantes Betreutes Wohnen MOBILE der Hohehorst gGmbH
- Regionale Selbsthilfevereinigungen
- die Reha-Berater der GKV und DRV

Eine intensive Zusammenarbeit besteht mit unseren ambulanten Verbundpartnern (im Rahmen von KOMBI NORD) der näheren und weiter entfernten Region (Bremerhaven, Achim, Stuhr, Verden, Osterholz-Scharmbeck etc.) und insbesondere mit den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen/Ambulanzen der Gesundheit Nord gGmbH. Es finden regelmäßige Treffen auf Mitarbeiter- und Leitungsebene statt sowie die verbindliche Teilnahme an den Fachgremien des Landes Bremen und den Qualitätszirkeln/Kombi-Nord.

Die Fachklinik sieht eine besondere Aufgabe darin, mit den **Selbsthilfvereinigungen** zusammen zu arbeiten. Die verschiedenen Gruppierungen stellen sich in regelmäßigen Abständen unseren Rehabilitanden in der Fachklinik vor.

Unsere Aufnahmekoordinatorin bietet alle 14 Tage im Drogenhilfezentrum Bremen-Mitte eine Bewerberrunde für die stationären Behandlungen an. In Kooperation mit den Drogenberatungsstellen, den niedergelassenen Ärzten und den Entgiftungskliniken werden die Aufnahmen abgestimmt. Die Koordinatorin nimmt an der Arbeitsgruppe Entgiftung der Ameos-Klinik Dr. Heines und der AG Vernetzung der des Therapiehilfeverbandes teil.

Die Fachklinik hat eine Anerkennung nach den §§ 35/36 BtMG an. In diesem Zusammenhang findet eine enge Zusammenarbeit mit den zuständigen Justizbehörden und den Sozialberatungsstellen der Justizvollzugsanstalten statt.

Berufliche Förderung und Reintegration

Bei der Integration berufsbezogener Anteile in unsere Behandlungen kooperieren wir mit den entsprechenden Abteilungen der Rentenversicherungen, der gemeinsamen Servicestelle der BA und der DRV, den Bundesagenturen für Arbeit, den betrieblichen Sucht-/Sozialberatungen sowie mit anderen Institutionen der erwerbsbezogenen Förderung (z. B. mit dem Projekt zur beruflichen Förderung der Unter-26-Jährigen „Wabek“, aber auch mit der „Freiwilligen-Agentur“ und den Vermittlungsdiensten der Wohlfahrtsverbände).

Im Therapiehilfeverband:

Allen Patienten stehen die vielfältigen Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote des Therapiehilfeverbandes zur Verfügung, sofern eine Indikation hierfür besteht und eine Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers bzw. Leistungsträgers vorliegt.

Regionale und überregionale Vernetzung

Die Fachklinik beteiligt sich an regionalen und überregionalen Arbeitsgruppen verschiedener Institutionen. Ziele der Mitwirkung in diesen Arbeitsgruppen sind der fachlich-inhaltliche Austausch sowie die Verbesserung der eigenen medizinischen Rehabilitation und des Suchthilfesystems im Allgemeinen. Auf folgenden Ebenen beteiligt sich die Fachklinik am fachlichen und organisatorischen Austausch:

auf kommunaler Ebene

- Mitwirkung an der Geschäftsführerrunde des Drogenhilfesystems angesiedelt beim Suchtbeauftragten des Landes Bremen
- Beteiligung an der kommunalen Arbeitsgruppe Sucht, einem Untergremium der zentralen Arbeitsgruppe psychisch kranker und suchtkranker Menschen in der Stadtgemeinde Bremen (ZAG)
- Beteiligung an der kommunalen Arbeitsgruppe zu Doppeldiagnosen (Unterarbeitsgruppe der ZAG)
- Beteiligung bei der kommunalen Arbeitsgruppe Entgiftung (angesiedelt bei der Ameos-Klinik Dr. Heines)

- Beteiligung an dem kommunalen Arbeitskreis Suchtprävention und Drogen (angesiedelt bei der Bremer Suchtprävention)
- Beteiligung an der Arbeitsgruppe Frauen und Sucht (angesiedelt bei der zentralen Stelle für die Gleichberechtigung der Frau)
- Beteiligung an der Arbeitsgruppe Fortbildung im Drogenbereich (angesiedelt bei der Bremer Suchtprävention)
- Beteiligung an der Ausbildung betrieblicher Suchtkrankenhelfer

auf der Ebene von Kombi-Nord

Die Fachklinik ist in die Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland (Kombi-Nord) eingebunden. Entsprechend der konzeptionellen Vorgaben von Kombi Nord ist die Fachklinik Mitglied in den Therapieverbänden „Unterweser“ und „Oldenburg-Bremen“ und nimmt verbindlich an deren Qualitätszirkeln teil.

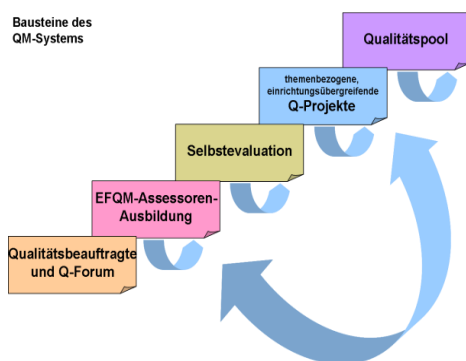
auf überregionaler Ebene

- Mitgliedschaft in verschiedenen Fachverbänden der Suchtkrankenhilfe sowie an den betreffenden Regionalkonferenzen
- Eine Kooperation mit anerkannten Instituten zur Suchtforschung und den umliegenden Universitäten (Bremen, Oldenburg) wird angestrebt.
- Unsere Einrichtung beteiligt sich aktiv an der Ausrichtung von Fachveranstaltungen und Kongressen. (Suchttherapietage etc.)

11. Qualitätssicherung

Nach Donabedian (1982) wird Qualität in den Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erfasst, die in einem funktionellen Zusammenhang zueinander stehen. Strukturqualität wird als eine Bedingung gesehen, die Prozessqualität ermöglicht, die wiederum zur Ergebnisqualität führt. Die Fachklinik orientiert sich an den in der modernen Suchtkrankenhilfe gängigen Standards zum Management in diesen drei Qualitätssicherungsbereichen und ist bestrebt, die Effektivität sowie die Effizienz unserer Entwöhnungsbehandlungen beständig zu verbessern.

Die Steuerung des Qualitätsmanagements und die Bestimmung der hierfür notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen ist Aufgabe der Geschäftsführung und des Leitungsgremiums, das die Mitarbeiter der Klinik im Rahmen interner Maßnahmen (Arbeitsgruppen, interne Qualitätszirkel, Klausurtagungen) in die Erarbeitung von Qualitätssicherungsstrategien und deren Umsetzung einbezieht. Als Instrument zum internen Qualitätsmanagement und zur internen Qualitätssicherung und Qualitätsentwicklung benutzen wir das EFQM-Modell der international anerkannten European Foundation for Quality



Management, Brüssel (EFQM) bei der der Gesellschafter *therapiehilfe e.v.* Mitglied ist. Auf nationaler Ebene besteht die Mitgliedschaft bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) und der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement im Suchttherapie e.V. (deQus). Das Modell ist ein praktisches und dynamisches Instrument, das auf folgende Weise nützlich ist:

Zur Umsetzung der qualitätssichernden und -entwickelnden Maßnahmen benutzen wir als Methode die Balance Score Card. Sie ist eine Vorgehensweise, mit der systematisch pragmatische Ziele entwickelt werden,

die in konkrete Handlungsschritte zunächst übersetzt, dann durchgeführt und kontrolliert werden.

Die Patientenzufriedenheit wird durch den regelmäßigen Einsatz und die Auswertung eines internen Fragebogens überprüft. Analog hierzu wird die Mitarbeiterzufriedenheit durch einen entsprechenden internen Fragebogen erhoben.

Es wird eine Komplikationsstatistik geführt.

Zur Erfassung und Aufarbeitung von Beschwerden wird ein **systematisches Beschwerdemanagement** vorgehalten.

Die Fachklinik beteiligt sich an dem Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger (VDR, 2000), das einen ausführlichen Maßnahmenkatalog zur Sicherstellung der Strukturqualität, zur Beurteilung der Prozessqualität, zur Einbeziehung der Sicht der Rehabilitanden und zur Überprüfung der Ergebnisqualität beinhaltet. Die Ergebnisse dieser externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Rentenversicherungsträger werden intern ausgewertet und für die Verbesserung unseres Qualitätsmanagements genutzt.

Im Einzelnen hält die Fachklinik folgende Standards in den Bereichen der Struktur-, der Prozess- und der Ergebnisqualität vor:

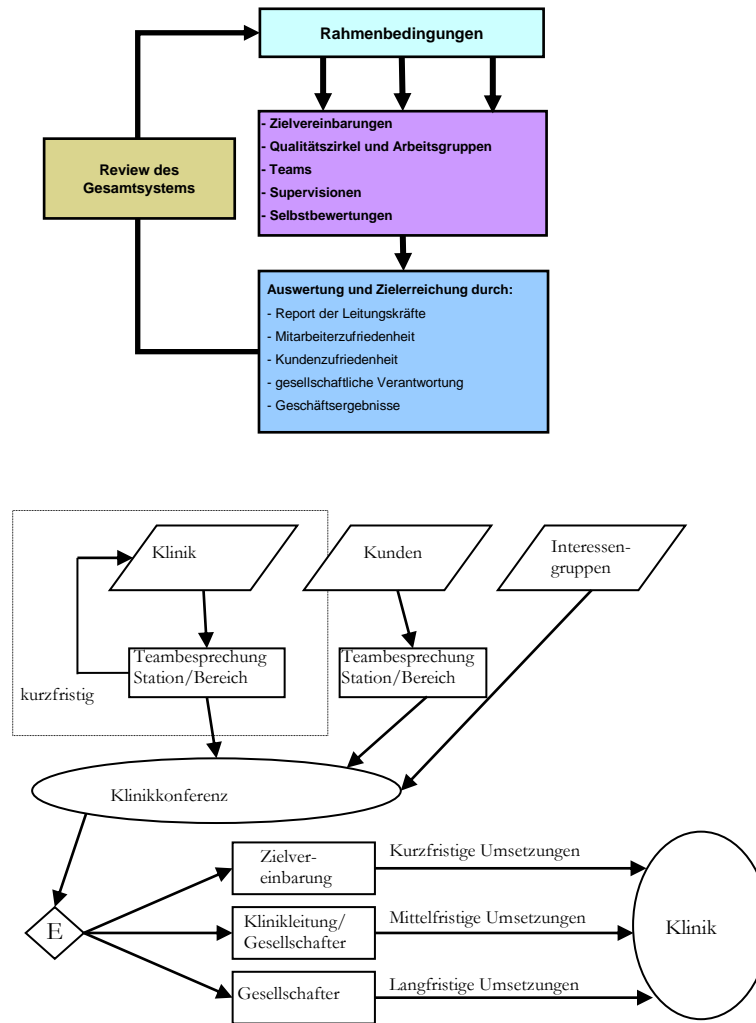
Strukturqualität

Grundlagen für die Strukturqualität unseres Entwöhnungsbereiches sind:

- ein detailliertes, wissenschaftlich fundiertes Konzept
- ein differenziertes, den Standards moderner Sucht-Rehabilitation entsprechendes Therapieangebot
- infolge der kleinen Größe der Fachklinik einen an die Strukturvorgaben der Leistungsträger und den üblichen Standards adaptierten und mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmten Personalschlüssel (Anforderungsprofil für stationäre Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen, DRV 2010)
- ein hoher Stand der Mitarbeiterqualifikation (VDR anerkannte Zusatzausbildungen, langjährige Berufserfahrungen, alle Patienten werden von einem Facharzt für Psychiatrie mit den Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und Sozialmedizin behandelt).

Prozessqualität

Die Prozessqualität wird vor allem durch unsere fachlich fundierte, sowohl selektiv als auch adaptiv ausgerichtete Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlungsplanung sichergestellt. So werden zu Beginn der Entwöhnungsbehandlungen im Dialog mit den Patienten individuelle, fokusgeleitete Therapiepläne erstellt, die in Bilanzgesprächen, regelmäßigen Fallbesprechungen und externen Supervisionen reflektiert und ggf. modifiziert werden. Der diagnostische Prozess, die Behandlungsplanung, der Rehabilitationsverlauf, die abschließende Bewertung des Behandlungsverlaufes sowie die Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen werden in Krankenakten festgehalten und zum Abschluss der medizinischen Rehabilitation in Entlassberichten nach „Peer Review“-Standard (Peer Review, E-Berichtsleitfaden 2009) dokumentiert. Dabei werden die durchgeführten therapeutischen Maßnahmen anhand des Kriterienkataloges „Klassifikation therapeutischer Leistungen - KTL“ (DRV, 2007) abschließend aufgelistet.



Eine Gesamtdokumentation erfolgt mit dem EBIS-Kerndatensatz und ausgewählten klinikinternen Zusatzitems. Auf der Grundlage von EBIS werden auch regelmäßig katamnestische Fragebogen-Nachuntersuchungen durchgeführt, die den Behandlungserfolg überprüfen. Die Ermittlung der Behandlungs-Zufriedenheit unserer Patienten erfolgt darüber hinaus - einem Vorschlag der „deQus, Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.“, folgend - anhand standardisierter Fragebögen am Ende der Entwöhnungsmaßnahmen sowie im Rahmen einer Katamnese.

Weitere wichtige Kennzahlen der internen Prozesssteuerung sind die monatliche Ermittlung der Auslastung, der Haltequote der Vermittlungsquote und der Nicht-Antritts-Quote. Die Ergebnisse dieser statistischen Auswertungen, der katamnestischen Befragungen und der Messung der Patientenzufriedenheit werden auf der Leitungsebene sowie im Rahmen interner Qualitätszirkel selbstkritisch reflektiert. Die diesbezüglichen Auswertungen können auch nach Absprache Forschungsprojekten und anderen Institutionen im Rahmen des externen Austausches zur Verfügung gestellt werden. Dies kann wiederum in Form von Rückmeldungen der Kooperationspartner wichtige Anregungen für die eigene Qualitätsentwicklung liefern.

Ergebnisqualität

Die Ergebnisqualität unserer Entwöhnungsbehandlungen wird durch die Dokumentation und kritische Reflektion der Rehabilitationsverläufe, die externe Überprüfung unserer Therapieergebnisse im „Peer Review Verfahren“, Patientenbefragungen am Ende der Behandlungen, durch die Ermittlung der Haltequoten und durch katamnestische Nachuntersuchungen im Rahmen von EBIS gewährleistet.

Die Ergebnisse dieser internen und externen Überprüfung der Qualität unserer medizinischen Rehabilitation werden auf der Leitungsebene in regelmäßigen Abständen ausgewertet. Hieraus resultierende Veränderungsnotwendigkeiten werden mit den Mitarbeitern ausführlich besprochen und nachfolgend gemeinsam umgesetzt. Sowohl berufsgruppenübergreifend als auch berufsgruppenspezifisch konstituieren sich interne Qualitätszirkel zu bestimmten Teilbereichen der Behandlung, wie z. B. „Diagnostik“, „Indikationsstellung“, „Behandlungsplanung und -durchführung“, „Koordination der therapeutischen Teilinteressen“ etc. Die Ergebnisse dieser internen Qualitätszirkel werden anschließend im Gesamtteam vorgestellt, wo Möglichkeiten der Umsetzung besprochen werden.

Zusätzlich zu unserem hausinternen Qualitätsmanagement in den hierfür vorgesehenen Gremien (Leitungsgremium, Gesamtteam, halbjährige Klausurtagungen, Arbeitsgruppen, Qualitätszirkel) beteiligt sich die Fachklinik an den regelmäßigen Qualitätszirkeln der DRV Oldenburg-Bremen und der DRV Braunschweig-Hannover zur Implementierung und Weiterentwicklung des Verbund-Behandlungsmodells KOMBI NORD. Als wichtigste Themen stehen hier die kritische Reflektion und Verbesserung der Kombinationstherapiemodelle im Vordergrund.

Darüber hinaus beteiligt sich unsere Fachklinik an dem „Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherungen in der medizinischen Rehabilitation“, das die Optimierung des Rehabilitationserfolges, den Aufbau eines klinikvergleichenden Informationssystems, die Förderung der internen Qualitätssicherung, die Transparenz des Leistungsgeschehens sowie die Erschließung von Leistungsreserven zum Ziel hat (VDR, 2000).

Quellenverzeichnis

- Altmannsberger, W. (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigen. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Angermeyer, M.C. (2003). Angehörige und ihre Bedeutung für die Rehabilitation chronisch Kranker. In BfA (Hrsg.), Rehabilitation 2003. Der Mensch im Mittelpunkt einer zukunftsorientierten Rehabilitation. Vorträge zum Rehabilitationsforum der BfA in Berlin am 27. und 28. Februar 2003 (S.78-85). Berlin: Eigenverlag BfA.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2003). Leitlinie Sucht: Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. AWMF-online.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2004). Leitlinie Sucht: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. AWMF-online
- Arend, H. (1994). Alkoholismus - Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Arnold, T., Frietsch, R., Schmid, M. & Simmedinger, R. (1999). Expertise zur Weiterentwicklung der Hilfen für Suchtkranke. ISS-Aktuell, 3, 1-77.
- Babor, T.F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., Rounsaville, B. Types of alcoholics, 1. evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. Arch. gen. Psychiat. 49 (1992 c), 599–608
- Batra, A., Buchkremer, G. (2004). Tabakentwöhnung – Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2006). Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12,
- Bauer, J. (2005). Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1993). Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Bernstein, D. & Borkovec, T. (2002). Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Berking, M. (2007), Training emotionaler Kompetenzen, bislang unveröffentlichter Vortrag und Seminar für die *Therapiehilfe e.v.*
- Böhle, A. & Vattes, H. (1993). Stationäre Gruppenpsychotherapie mit Alkoholkranken. In K.W. Bilitza (Hrsg.), Suchttherapie und Sozialtherapie (S.250-269). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Böning, J. (2002). Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte. In A. Heigl-Evers, I. Helas, H.C. Vollmer & U. Büchner (Hrsg.), Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten – Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie (S.29-45). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Bös, K., Wydra, G. & Karisch, G. (1992). Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen: Perimed.
- Büchner, U. (2002). Rückfallbearbeitung - psychoanalytisch orientiert. Sucht, 48, 95-97.
- Bühringer, G. (1995). Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In F. Petermann (Hrsg.), Verhaltensmedizin in der Rehabilitation. Ansätze in der medizinischen Rehabilitation (S.397-420). Göttingen: Hogrefe.
- Busch, H. (1986). Gruppenpsychotherapie mit Alkoholkranken. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 22, 76-89.

Cloninger, C. R., Sigverdsson, S., Bohmann, M. Type I and type II alcoholism: an update. *Alcohol Wld* 20 (1996), 18-23

Ciampi, L. (1986). Zur Integration von Fühlen und Denken im Licht der „Affektlogik“. Die Psyche als Teil eines autopoietischen Systems. In K. P. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller & E. Strömgen (Hrsg.), *Psychiatrie der Gegenwart*, Bd. 1. Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie (3., völlig neu gestaltete Auflage) (S.375-410). Berlin: Springer.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2006). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*, Ausgabe 2007, 5. Auflage, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit*, Pilotversion. Stand März 2007, Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. 1. Auflage, Berlin.

DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe*. Positionspapier 2001. Hamm: Eigenverlag.

DHS (2003). *Tabakabhängigkeit*. Suchtmedizinische Reihe, Band 2. Hamm: Eigenverlag

DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2006). *Drogenabhängigkeit*. Suchtmedizinische Reihe, Band 4. Internetveröffentlichung unter www.dhs.de.

Donabedian, A. (1982). An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment. In H. Seibmann & H. K. Obeda (Hrsg.), *Quality assessment of medical care*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Band 15 (S.69-92). Gerlingen: Bleicher.

Drogenbeauftragte der Bundesregierung (2002). *Drogen- und Suchtbericht*. Berlin: Drogenbeauftragte der Bundesregierung.

Ebeling, J. (2000). Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen* (S.150-157). Geesthacht: Neuland.

Egger, J.W. (2001). Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. *Psychotherapeut*, 46, 309-316.

Eirund, W. & Weise, B. (2006): *Kinder in der stationären Therapie ihrer drogenabhängigen Eltern*. Hessisches Ärzteblatt 4/2006, S. 238-244

Eith, F. (1993). Alkohol im Dienste des Lustprinzips. Triebpsychologische Suchttheorien. In K.W. Bilitza (Hrsg.), *Suchttherapie und Sozialtherapie* (S.115-144). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Engel, G.L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.

Englert, E. & Ziegler, M. (2001): *Kinder opiatabhängiger Mütter – Ein Überblick*. Suchttherapie 2, S. 143-151

Ermann, M. (2004). *Psychotherapeutische und psychosomatische Medizin* (4. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer

Feuerlein, W., Küfner, H. & Soyka, M. (1998). *Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit* (5., überarb. und erw. Auflage). Stuttgart: Thieme.

Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (FDR). *Integrierende Suchtarbeit*. Internetveröffentlichung (www.fdr-online.info) ohne Datumsangabe.

Gesundheitsamt der Freien Hansestadt Bremen (1997). Tätigkeits- und Leistungsbericht des sozialpsychiatrischen Dienstes Bremen. Bremen: Freie Hansestadt Bremen.

Grawe, K. (2004). Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe

Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.

Heigl, F., Schultze-Dierbach, E. & Heigl-Evers, A. (1993). Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation von Suchtkranken. In K.W. Bilitza (Hrsg.), Suchttherapie und Sozialtherapie (S.230-249). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.) 2002. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (4. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. & Rüger, U. (Hrsg.). (1997). Lehrbuch der Psychotherapie (3., überarb. Aufl.). Lübeck: Gustav Fischer.

Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (2004). Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin (völlig überarbeitete Auflage, 7. Auflage). Stuttgart, New York: Schattauer

Hollstein, H. (1998). Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. In H. Delbrück & E. Haupt (Hrsg.), Rehabilitationsmedizin: ambulant, teilstationär, stationär (2., überarb. und erw. Auflage) (S.678-713). München: Urban & Schwarzenberg.

Hornung, W.P (1999). Psychoedukative Interventionen. In: M. Krausz & D. Naber (Hrsg.), Integrative Schizophrenietherapie. Basel: Karger; 113-147

Hüther, G. (2001). Internetveröffentlichung eines Vortrages am 24.4.2001 bei den 51. Lindauer Psychotherapiewochen (www.lptw.de)

Janssen, P.L. (1993). Psychoanalyse in der Klinik. In W. Mertens (Hrsg.), Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse (S.378-384). Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse.

Janssen, P.L. (1998). Struktur und Methodik der stationären Psychotherapie aus psychoanalytischer und verhaltenstherapeutischer Sicht. Psychotherapeut, 43, 265-276.

Kernberg, O.F. (1981). Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kernberg, O.F. (1988). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta.

Kessler, R.C. et al, Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States, Results from the national comorbidity survey, Archives of General Psychiatry, 51, 8-19.

Kipp, J & Stolzenburg, H.-J. (2000). Sucht und Abstinenz im Zusammenhang mit der Aktivierung früher Persönlichkeitsstrukturen. Psychotherapeut, 45, 32-38.

Klein, M. (2001): Lebensqualität der Kinder von Opiatabhängigen: Fiktion, Tabu und Realität. In: Westermann, B., Jellinek, C. & Bellmann, G.U. (Hrsg.). Substitution: Zwischen Leben und Sterben. Weinheim: Deutscher Studien-Verlag, S. 61–80.

Klein, M. (2003): Kinder drogenabhängiger Eltern: Fakten, Hintergründe, Perspektiven. Report Psychologie (28) 6/2003, S. 358–371

Klein, M. (2004): Psychosoziale Aspekte des Risikoverhaltens Jugendlicher im Umgang mit Suchtmitteln. Gesundheitswesen; 66 (Suppl 1) 56–60.

- König, K. (1991). Vorbereitung und Einleitung der Therapie. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H.C. Vollmer (Hrsg.), Suchttherapie: psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch (S.73-84). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- König, K. (2001). Einführung in die psychoanalytische Interventionstechnik. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Körkel, J. (1996). Neuere Ergebnisse der Katamneseforschung. Folgerungen für die Rückfallprävention. *Abhängigkeiten*, 2, 39-60.
- Körkel, J., (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm (S.T.A.R.). Heidelberg / Berlin: Springer Verlag.
- Krystal, H. & Raskin, H.A. (1983). Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Küfner, H. (1981). Systemwissenschaftlich orientierte Überlegungen zu einer integrativen Alkoholismustheorie. *Wiener Zeitschrift für Suchtforschung*, 4, 3-16.
- Küfner, H. (1997). Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigen. In H. Watzl & B. Rockstroh (Hrsg.), *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen* (S.201-228). Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (2000). Strategien der Indikation im Suchtbereich und empirische Ergebnisse. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), *Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen* (S.41-57). Geesthacht: Neuland.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Kulick, B. (1999). Warum bewilligen wir genau das? - Indikationskriterien in der Auswahl von Maßnahmen aus Sicht eines Leistungsträgers. *Sucht Aktuell*, 6, 8-13.
- Lauer, G., Schreiber, S. & Kunz, A. (1995). Ein Alkoholrückfallpräventionstraining im Rahmen stationärer Entwöhnungsbehandlung. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.), *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung* (S.96-110). Stuttgart: Enke.
- Lenkhart, Ch., Wieland, E., Wirtensohn-Baader, I. (Hrsg.) (2003). *Kunsttherapie aus der Praxis für die Praxis*. Dortmund: Verlag modernes lernen, 2. Auflage 2004
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit* (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 6). Göttingen: Hogrefe.
- Lindner, J., Günther, U. & Dechert, B. (2001). Psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie* (S.247-256). Stuttgart: Thieme.
- Lindner, W. V. (1998). Psychodynamik der Sucht. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 125-133.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1996b). *Trainings-Manual zur Therapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien.
- Lüdecke, C., Sachsse, U., Faure, H. (2010): *Sucht – Bindung – Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer
- Lürßen, E. (1982). Das Suchtproblem in neuerer psychoanalytischer Sicht. In D. Eicke (Hrsg.), *Tiefenpsychologie*, Bd. 2. *Neue Wege der Psychoanalyse* (Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts“) (S.101-130). Weinheim: Beltz.
- Mann, K.F. (2002). Neue ärztliche Aufgaben bei Alkoholproblemen. *Deutsches Ärzteblatt*, 99, A 632-644.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Hrsg.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.

- Mentzos, S. (1984). Neurotische Konfliktverarbeitung. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- Minuchin, S. (1984). Familie und Familientherapie, Theorie und praxis struktureller Familientherapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Modell, A.H. (1981). Die „bewahrende Umwelt“ und die therapeutische Funktion der Psychoanalyse. *Psyche*, 35, 788-808.
- Moggi, F. (2002). Komorbidität von Angststörungen, Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen und Substanzstörungen, in Moggi (Hrsg.), *Doppeldiagnosen, Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Bern: Huber. 65-92.
- Mueser, K.T., Drake, R.E. & Wallach, M.A. (2002). Komorbidität von psychotischen Störungen und Substanzstörungen, in Moggi, F. (Hrsg.), *Doppeldiagnosen, Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*, Bern: Huber, 65-92.
- Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.). (1999). Prävention und Hilfe bei Suchtmittelmissbrauch. Bericht und Konzept. Hannover: Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales.
- Petry, J. (1996). Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien (3., erweiterte u. aktualisierte Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Petzold, H. (1993). Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band III: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Pinquart, M., Silbereisen, R.K., Weichold, K. (2005). Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne. In: Schwarzer, R. (Hrsg). *Enzyklopädie für Psychologie, Serie C, Bd. X: Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe; 485-502.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 11. Auflage 2005.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT, Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 3. Auflage 2005.
- Regier, C.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990), Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518, zitiert nach Moggi, F. und Donati, R. (2004), *Psychische Störungen und Sucht*, Göttingen: Hogrefe.
- Rennert, M. (1990). *Co-Abhängigkeit – was Sucht für die Familie bedeutet*. Freiburg: Lambertus.
- Reymann, G. (2002). Evidenzbasierte Psychotherapie Alkoholabhängiger: Der Beitrag psychodynamischer Therapieverfahren. *Sucht*, 48, 182-190
- Rogers, C. R. (1973). *Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rost, W.-D. (1992). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rudolf, G. Horn, H. (2004). *Strukturbezogener Psychotherapie-Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer
- Schäfer, I. & Kausz, M. (2006). *Trauma und Sucht*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Scheiber, I. (1995). *Ergotherapie in der Psychiatrie*. Köln: Stam GmbH
- Schiepek, G. (Hrsg.) (2003). *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer, Studienausgabe 2004
- Schindler, A., Küstner, U.J., Sack, P.-M. & Thomasius, R. (2005). Systemische Therapie. In R. Thomasius & U.J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht*. Stuttgart: Schattauer, 155-65

Schmidt, B., Alte-Teigeler, A. & Hurrelmann, K. (1999). Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In M. Gastpar, K. Mann & H. Rommelspacher (Hrsg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen (S.50-69). Stuttgart: Thieme.

Schuntermann, M.F. (2003). Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Deutsche Rentenversicherung, 1-2:52-59

Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz (1996). Suchtkrankenhilfeplan für die Stadtgemeinde Bremen. Prävention und Hilfen im Bereich Alkohol- und Medikamentengefährdeter und -abhängiger. Bremen: Senator für Frauen, Gesundheit, Jugend, Soziales und Umweltschutz.

Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales (2002). Grundsätze und Perspektiven der Suchtpolitik im Land Bremen (unveröffentlichtes Positionspapier). Bremen: Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales.

Stetter, F. (2000a). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 1: Von der Diagnostik zur Motivationstherapie. Psychotherapeut, 45, 141-152.

Stetter, F. (2000b). Psychotherapie von Suchterkrankungen. Teil 2: Beiträge verschiedener Psychotherapierichtungen. Psychotherapeut, 45, 141-152.

Streeck, U. (1991). Klinische Psychotherapie als Fokalbehandlung. Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 37, 3-13.

Streeck, U. (2000). Fokus und Interaktion in der stationären Psychotherapie. In W. Tress, W. Wöller & E. Horn (Hrsg.), Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus: State of the art (S.56-68). Frankfurt/Main: VAS.

Stewart, S.H. (1996), Alcohol abuse in individuals exposed to trauma, A clinical review, Psychological Bulletin, 120, 83-112, zitiert nach Moggi, F. und Donati, R. (2004), Psychische Störungen und Sucht, Göttingen: Hogrefe

Tecklenburg, H.J. (2001). Umsetzung und Effektivität ambulanter Rehabilitation - Ergebnisse einer prospektiven multizentrischen Katamnese (1994-1998) an anerkannten Behandlungsstellen in Schleswig-Holstein. Sucht, 47, 350-358.

Tielking, K. (2000). Optimierung der Rehabilitation von Alkoholabhängigen. Anhang. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K. & Kuß, G. (2001). Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Eröffnungsbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.

Tielking, K. & Kuß, G. (2002). Alkoholentwöhnung im Verbundsystem (EVS). Zwischenbericht zu einem Modellprojekt in der Region Oldenburg-Bremen. Oldenburg: Carl von Ossietzky Universität, Fachbereich Sozialwissenschaften.

Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. & Burr, R. (2000), Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. Clinical Psychology Review, 20, 235-253, zitiert nach Moggi, F. und Donati, R. (2004), Psychische Störungen und Sucht, Göttingen: Hogrefe.

Tschuschke, V. (2001). Gruppenpsychotherapie - Vergleich mit der Einzelpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie (S.8-11). Stuttgart: Thieme.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation. DRV Schriften, Sonderausgabe (Bd. 18). Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002). Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. DRV Schriften, Sonderausgabe (Bd. 32). Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung; 6. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer.

- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). Qualitätssicherung in der Praxis der medizinischen Rehabilitation. Frankfurt: VDR
- VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004). Peer-Review – Checkliste, Manual und Therapiezielkatalog, Indikationsbereich Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen, 7. Auflage. Frankfurt: VDR
- Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001). Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.
- Vollmer, H.C. (2000). Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (S.55-70). Stuttgart: Thieme.
- Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (S.102-21). Stuttgart: Thieme.
- v. Uexküll, T. & Wesiack, W. (1997). Wissenschaftstheorie: Ein bio-psycho-soziales Modell. In R.H. Adler, J.M. Herrmann, K. Köhle, O.W. Schonecke, T. v. Uexküll & W. Wesiack (Hrsg.) Thure von Uexküll. Psychosomatische Medizin (Studienausg. der 5., neubearb. und erw. Aufl.) (S.13-52). München: Urban und Schwarzenberg.
- Weber, R. & Tschuschke, V. (2001). Behandlung von Suchterkrankungen in der Gruppe. In V. Tschuschke (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie (S.290-295). Stuttgart: Thieme.
- Wegscheider, S. (1988). Es gibt doch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie. Wildberg: Bögner-Kaufmann.
- Westen, D. (1989). Are „primitive“ object relations really preoedipal? American Journal of Orthopsychiatry, 59, 331-345.
- Westen, D. (1990). Towards a revised theory of borderline object-relations: contributions of empirical research. International Journal of Psycho-Analysis, 71, 661-693.
- Wienberg, G.H. (2000). Die vergessene Mehrheit (unveröffentlichtes Manus-kript). Vorgestellt: Fachtagung, 6.9. - 8.9.2000.
- Winnicott, D. W. (1984). Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 4.Auflage.
- WHO - Weltgesundheitsorganisation (2002). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Entwurf der deutschsprachigen Fassung), WHO.
- Wöhrle, W. (1994). Gruppenpsychotherapie, Soziometrie und Psychodrama nach J. L. Moreno in der Arbeit mit Suchtkranken. In W. Scheiblich (Hrsg.), Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen (S.65-88). Freiburg: Lambertus.
- Wurmser, L. (2000). Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (S.40-54). Stuttgart: Thieme.
- Yalom, I.D. (1996). Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. München: Pfeiffer.
- Zemlin, U., Dornbusch, P., Hähle, M., Jorda, V. & Kolb, W. (2002). Die Tagesklinik Stuttgart der Fachklinik Wilhelmsheim: Indikation und Programmgestaltung einer teilstationären Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige - erste Erfahrungswerte. Sucht Aktuell, 9, 31-42.