

Rehabilitationskonzept der Fachlinik Bassum

Marie-Hackfeld-Straße 6
27211 Bassum
Tel: 04241/803000
www.fachlinik-bassum.de

Gliederung

	Seite
Einleitung	
1 Klinikbeschreibung	11
1.1 Leitbild	11
1.2 Die Wurzeln	12
1.3 Der Standort	12
1.4 Plätze	14
1.5 Räumliche Ausstattung	14
1.6 Klinikorganisation	15
2 Zusammenarbeit mit Partnern	16
2.1 Klinikverbund St. Ansgar	16
2.2 Verbände mit ambulanten Rehabilitations- einrichtungen	18
2.2.1 Der Verbund mit den Fachstellen für Suchtberatung und –behandlung im Landkreis Diepholz	18
2.2.2 Kombi-Nord, Modulare Kombinations- behandlung und EVS	19
2.3 Selbsthilfe	20
2.4 Niedergelassene Ärzte	21
2.5 Dialysepraxis	21
2.6 Sportstudio Vitalis	22

2.7	Betriebe	22
3	Allgemeine und theoretische Behandlungsgrundlagen	23
3.1	Juristischer Rahmen und allgemeiner Behandlungsauftrag	23
3.2	Epidemiologischer Hintergrund	24
3.3	Das Bio-Psycho-Soziale Modell und die ICF	28
3.4	Neurobiologische Prozesse	31
3.5	Die psychotherapeutische Basis	35
3.5.1	Die psychoanalytische Grundlage	37
3.5.2	Verhaltenstherapeutische Aspekte	40
3.5.3	Ergänzende und integrative psychothe- rapeutische Verfahren	42
4	Behandlungsoptionen	43
4.1	Indikationen	43
4.2	Das Setting	45
4.2.1	Stationäre Behandlung	45
4.2.2	Ganztägig ambulante Behandlung	47
4.2.3	Geschlechtsspezifische Behandlung	48
4.3	Diagnostik	49
4.4	Individuelle Behandlungsziele und Be- handlungsplanung	55

5	Behandlung	57
5.1	Medizinische Behandlung	57
5.1.1	Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung	58
5.1.2	Sprechstunden	59
5.1.3	Visiten	60
5.1.4	Akupunktur	61
5.1.5	Pharmakologische Behandlung	61
5.2	Psychotherapie	62
5.2.1	Einzeltherapie	62
5.2.2	Gruppentherapie	63
5.2.3	Angehörigenarbeit	64
5.3	Behandlung von Komorbidität	65
5.4	Indikationsgruppen	68
5.4.1	Soziales Kompetenztraining	69
5.4.2	Rückfallprophylaxe	69
5.4.3	Raucherentwöhnung	70
5.4.4	Körpertherapie	71
5.4.5	Angst und Depressionen	72
5.4.6	Erziehungsberatung	72
5.4.7	Entspannungstraining	73
5.5	Sozialberatung	74
5.6	Ergotherapie	76
5.6.1	Kunsttherapie	76
5.6.2	Arbeitstherapie	77
5.7	Lehrküche	78

5.8	Schulungen	79
5.8.1	Gesundheitsschulung	79
5.8.1.1	Suchtstoffe und Abhängigkeitser- Krankungen	80
5.8.1.1	Somatische Folgeerkrankungen	80
5.8.1.3	Psychische und neurologische Komor- bidität	81
5.8.2	Ernährungsberatung	81
5.8.3	EDV	82
5.8.4	Bewerbungstraining	83
5.9	Sport und Bewegungstherapie	83
6	Krisenmanagement	84
6.1	somatische Komplikationen während der Rehabilitationsbehandlung	84
6.2	psychiatrische Dekompensationen	85
6.3	Der Rückfall mit Suchtmitteln	85
6.4	Krisen- und Notfallkonzepte	86
7	Entlassung und Perspektiven	87
7.1	Leistungsbeurteilung	87
7.2	Ambulante Weiterbehandlung	88
7.3	Selbsthilfegruppen	89

8	Qualitätsmanagement	90
8.1	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	90
8.1.1	Strukturqualität	90
8.1.2	Prozessqualität	91
8.1.3	Ergebnisqualität	91
8.2	Fortbildungen, interne und externe Supervision	92
8.4	Dokumentation	92

Schlusswort

Literatur

Einleitung

Mit der Gründung der gemeinsamen Gesellschaft „Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH“ vernetzen die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel und die Alexianer Brüdergemeinschaft akutmedizinische und rehabilitative Suchtbehandlung.

Die gemeinnützige Gesellschaft ist Träger der „Fachlinik Bassum“ und der „Fachabteilung Cleanic“. In der Fachlinik Bassum entsteht in Kooperation mit den Fachstellen für Suchtberatung und –behandlung im Landkreis Diepholz eine zukunftsweisende, fachlich innovative und vernetzte Versorgungsstruktur in der Region.

Gemeinsam mit den Stiftungen „Westfälische Diakonenanstalt Nazareth“ und „Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta“ ergeben sie im Verbund die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Der Sitz der Stiftung ist Bielefeld-Gadderbaum.

Die Stiftung errichtet, erweitert und unterhält Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Förderung von Menschen mit epileptischen und seelischen Erkrankungen, Behinderten und Gefährdeten, körperlich Kranken, Alten und Siechen, ferner Einrichtungen der Erziehung und Bildung.

Die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel haben seit 103 Jahren Erfahrung in der Rehabilitation Suchterkrankter. Bisher fand diese im Fachzentrum Suchthilfe der Diakonie Freistatt, einem Unternehmensbereich der Anstalt Bethel statt. Das Fachkrankenhaus Moorpension (seit 2003 Namensänderung zu „Fachlinik Freiherr von Lepel“) und die Fachabteilung „Cleanic“ waren die traditionellen Rehabilitationsfachkliniken.

Die Alexianer-Brüdergemeinschaft GmbH vereint Angebote und Dienstleitungen im Gesundheitswesen zu einem Unternehmensverbund. Sie ist ein traditionsreicher katholischer Krankenpflegeorden, als Pflegegemeinschaft widmen sich die Alexianerbrüder seit mehr als 800 Jahren kranken und pflegebedürftigen Menschen. Weltweit ist die Ordensgemeinschaft heute an rund 40 Standorten vertreten. Bundesweit gibt es an insgesamt 12 Standorten Einrichtungen und Angebote der Alexianer. Die Alexianer Brüdergemeinschaft GmbH ist Mehrheitsgesellschafter des Klinikverbundes St. Ansgar.

Während ca. 30% der suchtmittelabhängigen Patientinnen und Patienten einmal im Jahr im Akutkrankenhaus behandelt werden, erhalten hingegen höchstens 5% der betroffenen Patientinnen und Patienten eine rehabilitative Therapie.¹ Um diesbezüglich zu einer verbesserten Versorgung suchtkranker Menschen zu gelangen werden in jüngster Zeit in verschiedenen Regionen Netzwerke und Behandlungsverbände gegründet. Die Rentenversicherungen als Leistungsträger und die niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen haben in einem Positionspapier Eckdaten und Konzeptionen zu vernetzten Versorgungsstrukturen entwickelt.² Bisher ist die Akutversorgung jedoch noch nicht genügend in diesen Verbundstrukturen integriert. Insbesondere auf den Stationen der somatischen Fachdisziplinen werden in den Allgemeinkrankenhäusern Pati-

¹ Wienberg, Günther; (Hrsg.) ; Die vergessene Mehrheit. - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992

Wienberg, Günther; Driessen, Martin; [Ed.]; Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit - Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen; Bonn 2001

² Vereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsen (LAG FW), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen - Hannover, 20. Juli 2006

entinnen und Patienten behandelt, ohne, dass eine Diagnose gemäß der ICD F.10 bis 19 gestellt wird.

Um die abhängigkeitskranken Patientinnen und Patienten adäquater suchtmmedizinisch und rehabilitativ zu behandeln, wurde eine gemeinsame Konzeption zur Zusammenarbeit zwischen der Akutversorgung des Klinikverbundes St. Ansgar, den ambulanten Behandlern und der Rehabilitationseinrichtung Fachklinik Bassum abgestimmt. Die Zielsetzung dieses Konzepts ist eine ganzheitlich aufeinander abgestimmte suchtmmedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten, in der Schnittstellen möglichst glatt gestaltet werden und eine höchstmögliche Konstanz der Therapeutinnen und Therapeuten angestrebt wird.

In dem Konzept zur Verzahnung der akutmedizinischen Versorgung mit der rehabilitativen Suchtbehandlung wurden bereits eine suchtmmedizinische Beratung während der Akutbehandlung und ein qualifiziertes Rückfallmanagement verabredet und abgestimmt. Um das Konzept zügig in die Praxis zu integrieren, wurde ein übergreifender Mitarbeiterereinsatz zwischen den Kooperationspartnern vereinbart.. Konsile, Liaisonbehandlung und gemeinsame Fallkonferenzen wurden in dem Verzahnungskonzept als Maßnahmen integriert.

Neben der Einleitung von rehabilitativen Behandlungen von Patientinnen und Patienten mit Substanzabhängigkeit wurde als weiteres Ziel die präventive Früherkennung und das Durchführen von Kurzintervention bei Menschen mit Substanzproblemen vereinbart.³ „Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall

³ Konzept für eine vernetzte Versorgungs- und Behandlungsstruktur für Menschen mit Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen in der Region Diepholz

erforderlichen **Leistungen zur Teilhabe** nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich - „wie aus einer Hand“ - erbracht werden. Eine umfassende, nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Erbringung der im Einzelfall erforderlichen **Leistungen zur Teilhabe** liegt sowohl im Interesse der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als auch der zuständigen Rehabilitationsträger. Sie tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung, um eine größtmögliche Wirksamkeit und nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführte Leistung zu erzielen.“⁴ Von daher sollen die Patientinnen und Patienten mit rehabilitativem Bedarf im stationären oder ganztagsambulanten Setting ihrer Abhängigkeitserkrankung nahtlos und zügig aus der akutmedizinischen Versorgung in die Fachklinik verlegt werden. Eine enge Kooperation mit den Fachstellen und Fachambulanzen für Suchtberatung und Suchtbehandlung ist an dieser Stelle unerlässlich.

⁴ Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistung zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr.1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs.1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004

1 Klinikbeschreibung

1.1 Leitbild

Ausgehend vom christlichen Menschenbild wird jeder einzelne Mensch in seiner Würde als Geschöpf Gottes geachtet. Dieses fordert zur Nächstenliebe, Solidarität und einem fairen Interessenausgleich im Zusammenleben heraus. „Gemeinschaft verwirklichen“⁵ ist die Vision der von Bodelschwingschen Anstalten Bethel. Sie wird getragen durch die drei Kernaussagen, „Qualifiziert Helfen“, „Orientierung geben“ und „Orte zum Leben gestalten“. Diese drei Kernaussagen und das Leitbild der Alexianer Brüdergemeinschaft „Gut mit Menschen umgehen und somit LebensWerte möglich machen!“⁶ beschreiben die Leitgedanken des christlichen Handelns in der Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH. In der Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen bedeutet dies konkret, dass wir uns verpflichten nach den aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Standards die Patientinnen und Patienten zu behandeln. Wir begegnen ihnen respektvoll als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner und stellen ihnen unsere fachliche Kompetenz zur Verfügung. Hierzu gehört, dass ihre Entscheidungen respektiert werden.

⁵ Bethel - Gemeinschaft verwirklichen, Unsere Vision und unsere Ziele 2007 bis 2011, v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Dezember 2006

⁶ Leitbild der Einrichtungen der Alexianer Brüdergemeinschaft GmbH, Münster

1.2 Die Wurzeln

In die gemeinsame Gesellschaft „Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH“ bringen die von Bodelschwingschen Anstalten Bethel Erfahrungen aus mehr als 100 Jahren in der Behandlung von Menschen mit Abhängigkeits-erkrankungen ein. Diese Erfahrungen wurden sowohl in der akutmedizinischen Versorgung, in der Bereitstellung von komplementären Hilfen, als auch in der Rehabilitation von Menschen mit Substanzabhängigkeiten gewonnen. Die Erfahrungen in der Rehabilitation wurden vorwiegend in dem Fachzentrum Suchthilfe der Diakonie Freistatt mit der Fachklinik Freiherr von Lepel (vormals Moorpension) und der Fachabteilung Cleanic gewonnen.

Die Alexianer Brüdergemeinschaft bringt als Träger zahlreicher psychiatrischer Kliniken langjährige Erfahrungen aus der akutmedizinischen Versorgung von Menschen mit Substanzproblemen in die Tätigkeiten der Gesellschaft ein.

1.3 Der Standort

Um die Rehabilitationsbehandlung mit der Akutversorgung zu verzahnen wurde ein eigenständiges Gebäude des Allgemeinkrankenhauses Bassum zur Fachklinik für die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen umgebaut. Obwohl die Fachklinik in einem eigenen Gebäude abgegrenzt ist, bildet sie doch mit den somatischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses Bassum eine architektonische Einheit.

Die Fachklinik Bassum liegt zentral in Bassum. In unmittelbarer Nähe befindet sich die Haupteinkaufsstrasse, der Bahnhof ist fußläufig erreichbar. Von der Bushaltestelle schräg gegenüber der Klinik sind die Städte Sulingen, Minden und Nienburg gut erreichbar. An die Südseite des Krankenhauses grenzt das örtliche Naherholungsgebiet.

Die Stadt Bassum liegt unweit der Hansestadt Bremen zentral im Landkreis Diepholz, in dem auf ca. 1990 km² etwas mehr als 215.000 Einwohner leben. Viele Einwohner pendeln täglich zur Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit nach Bremen, so dass man sagen kann, dass Bassum zum erweiterten Gürtel von Bremen gehört. Mit der Bahn lässt sich die Stadt schnell erreichen, da die Hauptstrecke Hamburg - Bremen – Osnabrück - Münster - Ruhrgebiet an ihr liegt. Die Züge halten am eigenen Bahnhof. Bis zur nächsten Autobahnauffahrt, der A1 (Hansalinie), sind es 15 km.

Die Stadt Bassum hat ca. 16.000 Einwohner, die Flächengröße beträgt 168 km². Durch den Bau einer Umgehungsstraße hat die Stadt eine qualitative Aufwertung für den gesamten Innenstadtbereich erfahren. Die Geschäfts- und Wohnbereiche wurden vom Fernverkehr weitgehend entlastet. Die Innenstadt hat sich zu einem modernen Geschäftszentrum mit Gastronomie und öffentlichen Gebäuden entwickelt.

Für die Freizeit stehen unter anderem eine städtische Bücherei, ein kleiner Tierpark, die Volkshochschule, ein Sport- und Fitnesscenter sowie ein Hallen- und Freibad zur Verfügung.⁷ Besondere Sehenswürdigkeit ist das Gelände des Stiftes.

⁷ www.bassum.de

1.4 Plätze

Die Fachklinik Bassum bietet Platz um 10 Frauen und 26 Männer stationär suchtrehabilitativ zu behandeln. Darüber hinaus beherbergt sie die Voraussetzungen zur ganztagsambulant Therapie von 18 Patientinnen und Patienten.

1.5 Räumliche Ausstattung

Die Fachklinik Bassum wurde nach Standards der DIN 18025 „Barrierefreies Wohnen“ umgebaut. Die Patientinnen und Patienten sind alle in Einzelzimmern mit eigenem Duschbad untergebracht. Sowohl die Zimmer als auch die Nasszellen verfügen über eine Notrufanlage. Das Bad für die ganztagsambulant Patientinnen und Patienten und 2 Zimmer für stationäre Patientinnen und Patienten sind rollstuhlgerecht hergerichtet. Der Wohnflur für die Frauen ist von den anderen Bereichen räumlich abgegrenzt.

Für die Therapie stehen 4 Gruppentherapie- und Schulungsräume zur Verfügung, einer ist als EDV-Schulungsraum ausgestattet. Eine Lehrküche, Speisesaal und Cafeteria stehen den Patientinnen und Patienten im Erdgeschoss zur Verfügung. Die Aufenthaltsräume und die Ruheräume für die Patientinnen und Patienten der ganztagsambulant Rehabilitation befinden sich in den Obergeschossen.

Die Therapieräume der Arbeits- und Ergotherapie befinden sich in einem eigenen Gebäude in unmittelbarer Nähe.

1.6 Klinikorganisation

Die Klinik wird gemeinsam von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Diplom Sozialpädagogen geleitet. Die ärztliche Leitung verantwortet die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten, die sozialpädagogische Leitung ist für das Qualitätsmanagement und die Klinikorganisation zuständig. Die vernetzten Strukturen mit den verschiedenen Kooperationspartnern erfordern eine enge Abstimmung und vertragliche Regelungen.

Die Reinigung der Klinik ist über einen Dienstleistungsvertrag mit der Firma Kreiskrankenhaus Bassum-Sulingen Service GmbH geregelt. Die Servicefirma reinigt das gesamte Gebäude mit Ausnahme der Patientenzimmer, diese reinigt sie nur bei Patientenwechsel. Die Patientinnen und Patienten sind also nicht in die Reinigung der Funktionsbereiche eingebunden, tragen gleichwohl Verantwortung für die Reinhaltung der eigenen Zimmer.

Die Speiseversorgung wird über die Levere GmbH gesichert. Vertraglich wurde eine den Bedürfnissen der Rehabilitation angemessene, abwechslungsreiche Speiseversorgung vereinbart, inklusive der ärztlich verordneten Diäten.

Die rehabilitative Behandlung findet in enger Kooperation mit dem Klinikverbund St. Ansgar, dem Sportstudio Vitalis und verschiedenen Bassumer Betrieben statt.

Das interne Behandlungsteam der Fachklinik Bassum setzt sich aus Ärzten der Psychiatrie, approbierten psychologischen Psychotherapeuten, Diplom Sozialpä-

dagogogen mit sozialtherapeutischer Weiterbildung, Diplom Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Arzthelferinnen und examiniertem Pflegepersonal zusammen, die in multiprofessionellen Behandlungsteams organisiert sind.

Zur Mitarbeiterschaft zählen darüber hinaus die Verwaltungskräfte.

Zusammenarbeit mit Partnern

2.1 Der Klinikverbund St. Ansgar

Der Klinikverbund St. Ansgar im Landkreis Diepholz setzt sich aus den Kliniken an den Standorten Twistringen, Bassum, Sulingen und Diepholz zusammen. Die 515 Behandlungsbetten schließen 102 psychiatrische und psychotherapeutische Betten am Standort Twistringen und 167 Betten für internistische Erkrankungen inklusive der Entzugsbehandlungen ein. Im Rahmen der psychiatrischen – psychotherapeutischen Abteilung des Krankenhauses Twistringen steht auch eine Tagesklinik mit 15 Plätzen zur Verfügung, hier werden unter anderem auch Patienten mit Suchterkrankungen behandelt. Ferner werden in der Institutsambulanz dieser Abteilung ca. 700 Patienten pro Quartal behandelt. Aufgrund der geographischen Nähe werden in der psychiatrischen/psychotherapeutischen Abteilung auch Patienten und Patientinnen aus den angrenzenden Landkreisen versorgt.

Die folgende Aufstellung gibt einen Überblick über die Behandlungskapazitäten am Klinikverbund St. Ansgar:

	Abteilung	Anzahl der Betten
Krankenhaus Sulingen		104
	Innere Medizin	44
	Allgemeine- / Unfallchirurgie	60
Krankenhaus Bassum		163
	Innere Medizin	66
	Allgemeine Chirurgie	40
	Plastische Chirurgie	18
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	37
	Hals- / Nasen- Ohrenheilkunde	2
	Gerontopsychiatrische Tagesklinik	10
Krankenhaus Twistringen		112
	Psychiatrie/ Psychotherapie / Neurologie	92
	Psychosomatik und Psychotherapie	20
	Tagesklinik	
Krankenhaus Diepholz		136
	Innere Medizin	57
	Allgemeine- / Unfallchirurgie	50
	Urologie	20
	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	8
	Augenheilkunde	1
	Tagesklinik Psychiatrie	10

Angrenzend am Krankenhaus Bassum befindet sich ein Ärztehaus mit Fachärzten der Disziplinen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie, Kinderheilkunde, sowie eine Praxis für physikalische Therapie, eine Apotheke, ein Krankenpflegedienst und ein Sanitätshaus. Direkt gegenüber der Fachlinik befindet sich die kooperierende Dialysepraxis.

2.2 Verbünde mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

2.2.1 Der Verbund mit den Fachstellen für Suchtberatung und -behandlung im Landkreis Diepholz

Im Landkreis Diepholz betreiben die Träger Release e.V., der Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. und das Diakonische Werk des evangelisch lutherischen Kirchenkreises Diepholz Fachstellen für Suchtberatung und Suchtbehandlung. Diese Beratungsstellen sind gemäß den Richtlinien des Landes Niedersachsen anerkannt und verfügen auch über die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung für ambulante Rehabilitation von Suchterkrankten. In den Behandlungsstellen werden gleichfalls Patientinnen und Patienten ambulant rehabilitativ behandelt, bei denen die Krankenkassen Kostenträger der Behandlung sind. Die 3 Träger der Fachstellen/Fachambulanzen betreiben an den Standorten Stuhr-Brinkum, Weyhe, Syke, Bruchhausen-Vilsen, Bassum, Twistringen, Sulingen und Diepholz ihre Beratungs- und Behandlungsstellen.

Mit den Fachstellen des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes betreibt die Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH gemeinsam eine ambulan-

te Rehabilitationseinrichtung. Die Therapiezentrum Niedersachsen-BremengGmbH stellt die fachärztlichen und psychologischen Leistungen im „Therapieverbund südlicher Landkreis Diepholz“.

Der Verein Release e.V. verfügt ebenfalls über die Anerkennung zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation. Mit diesen Trägern der Suchtberatung und –behandlung besteht eine enge Vernetzung über die Fachgruppe Sucht des Sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreis Diepholz. In dieser Fachgruppe arbeiten die Suchtselbsthilfegruppen ebenfalls mit, so dass auch zur Selbsthilfe eine enge Verknüpfung besteht. (Siehe Punkt 3.3)

2.2.2 Kombi-Nord, Modulare Kombinationsbehandlung und EVS

Die Therapiezentrum Niedersachsen-BremengGmbH ist mit der Fachlinik Bassum als Nachfolgerin des Fachzentrums Suchthilfe der Diakonie Freistatt Mitglied im Behandlungsverbundsystem EVS (Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem) im Bereich des Regionalträgers Oldenburg/Bremen der Deutschen Rentenversicherung.⁸ Gleichfalls gehört sie dem Therapieverbund Unterweser an⁹, der auf Grundlage des Rahmenkonzeptes zur Modularen Kombinationsbehandlung durch die Deutsche Rentenversicherung Regionalträger Braunschweig Hannover eine anerkannte Konzeption zur Modularen Kombinationsbehandlung bei substanzbezogenen Störungen im regionalen Therapieverbund erar-

⁸ Kooperationsvereinbarung zum Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem

⁹ Kooperationsvereinbarung des regionalen Therapieverbundes zur modularen Kombinationsbehandlung „Unterweser“, 2006

beitet hat.¹⁰ Seit 2009 haben die Regionalträger Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover und Nord der Deutschen Rentenversicherung die Rahmenkonzeption „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland“¹¹ als Nachfolgekonzeption von Modularer Kombinationsbehandlung und EVS eingeführt.

2.3 Selbsthilfe

Rehabilitation und Selbsthilfe haben das Ziel, chronisch Kranke beim eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Beide Seiten dieser Partnerschaft können durch eine verstärkte Zusammenarbeit gewinnen.¹² Im Landkreis Diepholz treffen sich von den Anonymen Alkoholikern, der Guttemplergemeinschaft, den Freundeskreisen, dem Blauen Kreuz in der evangelischen Kirche und dem Kreuzbund Selbsthilfegruppen. Eine Vernetzung ist weitestgehend über den sozial-psychiatrischen Verbund des Landkreises gegeben (siehe 3.2.1). Die Selbsthilfegruppen informieren regelmäßig in der Fachlinik die Patientinnen und Patienten über ihre Arbeit.

¹⁰ Konzeption Modulare Kombinationsbehandlung bei substanzbezogenen Störungen im regionalen Therapieverbund „Unterweser“, 2007

¹¹ Deutsche Rentenversicherung Regionalträger Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover und Nord Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland; 2009

¹² Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund; 1. Auflage 7/2007

2.4 Niedergelassene Ärzte

Zur Behandlung von interkurrenten Erkrankung ihrer Patientinnen und Patienten, soweit diese Leistungen gemäß SGB V zu erbringen sind, kooperiert die Fachlinik Bassum mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Region. Wie bereits unter Punkt 2.1 erwähnt wurde, befindet sich in der baulichen Verlängerungsachse des Krankenhauses Bassum ein Ärztehaus, mit den Fachdisziplinen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie und Kinderheilkunde. Die Patientinnen und Patienten können somit in den Fachdisziplinen, die im eigenen Haus nicht adäquat behandelt werden können, ohne weite Wege und entsprechenden Wegezeiten kurativ versorgt werden.

2.5 Dialysepraxis

Am Standort Bassum besteht ein enger Verbund zwischen dem St. Ansgar-Klinikverbund und der Praxis für Dialyse. Die Praxis befindet sich vis á vis zur Fachlinik Bassum. Durch die Kooperation der Fachlinik Bassum mit dieser unmittelbar gegenüberliegenden Dialysepraxis kann auch eine Suchtrehabilitationsbehandlung in der Fachlinik Bassum von Patientinnen und Patienten mit einer Niereninsuffizienz erfolgen. Die Kooperation ermöglicht Absprachen, die diesen Patientinnen und Patienten erlauben, weitestgehend an dem rehabilitativem Programm der Fachlinik teilzunehmen.

Siehe auch Kapitel 5.1 „Indikationen“.

2.6 Sportstudio Vitalis

Das Sportstudio Vitalis befindet sich ungefähr 500 Meter von der Fachlinik entfernt. In dem Sportstudio bestehen Sportangebote zu Squash, Badminton, Indoorfußball, verschiedene Rückenschulungsprogrammen und diversen Fitnessaktivitäten. Das Sportstudio führt gemäß dem abgeschlossenen Kooperationsvertrag die Sport- und Bewegungstherapie für die Patientinnen und Patienten der Fachlinik Bassum durch. Qualifiziertes physiotherapeutisches Fachpersonal leitet die Gruppenbehandlung und führt gegebenenfalls die individuelle Anleitung der Patientinnen und Patienten durch. Die Verantwortung für die Qualität der Behandlung verbleibt in der Fachlinik Bassum.

Das Sportstudio verfügt über einen großen Wellness- und Saunabereich, der für die Freizeitgestaltung der Patienten und Patientinnen zur Verfügung steht.¹³

2.7 Betriebe

Die Fachlinik Bassum arbeitet mit zahlreichen mittelständischen und Handwerksbetrieben in der Stadt und dem Umland zusammen. Je nach Beruf oder beruflicher Orientierung der Patientinnen und Patienten wird nach der Diagnostik der arbeits- oder berufsbezogenen Problemlagen eine arbeitsbezogene Belastungserprobung in den örtlichen Betrieben praktiziert. Die Teilhabechancen am Erwerbs- und Arbeitsleben werden gesteigert, die berufliche Integration beziehungsweise Reintegration steht im besonderen Focus. Die Belastungserpro-

¹³ www.vitalis-bassum.de

bung wird therapeutisch eng begleitet. In der Auswertung wird sowohl auf Barrieren als auch auf Ressourcen zur (Wieder)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit fokussiert und gegebenenfalls werden Maßnahmen zur Kompensation eingeleitet.

3 Allgemeine und theoretische Behandlungsgrundlagen

3.1 Juristischer Rahmen und allgemeiner Behandlungsauftrag

„Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.“ (...)“ Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des betroffenen Menschen (z.B. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.“¹⁴

Die Fachklinik Bassum der Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH erbringt für die Rehabilitationsträger die vereinbarten Leistungen auf Grundlage dieser Konzeption. Die juristische Grundlage der einzelnen Rehabilitationsmaßnahme beruht auf dem § 15 SGB VI.

¹⁴ Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12; Frankfurt 2006

Patientinnen und Patienten, deren Rehabilitationsbehandlung von der Krankenversicherung finanziert wird, werden auf Grundlage des § 40 SGB V behandelt. Hierzu schließt der Träger der Fachlinik Bassum mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V ab.

3.2 Epidemiologischer Hintergrund

„Abhängigkeitserkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und gesundheitliches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man allein unter den Erwachsenen mit

- 1,6 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind,
- 2,7 Mio. mit einem schädlichen Alkoholkonsum (Missbrauch),
- 1,5 Mio. Medikamentenabhängigen und
- 150.000 – 250.000 Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen.“¹⁵

Hinzukommt die Zahl der Abhängigen von nicht stoffgebundenen Süchten, verlässliche Zahlen lassen sich hier nur schwer eruieren, eine Studie von ARD und ZDF vom April 2007 spricht allein von mehr als 2 Millionen Menschen mit Verhaltensstörungen durch den intensiven Gebrauch von Computern und Internet.¹⁶

¹⁵ ebd.

¹⁶ Farke, Gabriele; Vortrag bei der ELAS-Tagung, Hannover 9.11.2007

Bei Abhängigkeitskranken ist die Mortalität durch Unfälle, körperliche Erkrankungen und Suizid um ein vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Die Höhe der direkten und indirekten sozialen Folgekosten und die Schäden, auch für die Volkswirtschaft, sind immens. Dahinter steht das schwere Leid der Betroffenen, das der Angehörigen und insbesondere das der Kinder abhängigkeitskranker Eltern.

Die Phänomene der Abhängigkeitserkrankung, müssen auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen betrachtet werden. Im Zeitalter der Informationsgesellschaft werden fortschreitend Anforderungen an Arbeitsprozesse gestellt, die die psychische und physische Kompetenz des Einzelnen oft überfordert. Durch den gesellschaftlichen und ökonomischen Wandel werden vor allem, aber durchaus nicht ausschließlich, Menschen mit geringeren formalen Qualifikationen und ältere Beschäftigte aus dem Erwerbsprozess ausgegliedert oder kommen erst gar nicht hinein. Damit gehen häufig soziale Isolation, psychische Instabilität, Identitätsverlust und seelische, materielle und soziale Verarmung einher.

Zudem hat der gesellschaftliche Individualisierungsprozess zu einem kulturellen Wandel und weitgehender Auflösung traditioneller Formen des Zusammenlebens geführt. Dadurch erfolgte ein Verlust an tragfähigem sozialen Beziehungen, bei dem einzelnen Menschen erhebliche verunsichert werden können. Einsamkeit, Ängste, Ohnmacht und Sinnentleerung können die Folge sein und sind Auslöser oder Teil des Bedingungsgefüges von Abhängigkeitserkrankungen.¹⁷

¹⁷ Beck; Ulrich; Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main 1986

Abhängigkeitserkrankungen verstehen sich aus unserer Sicht als ein multifaktorielles Geschehen. Sie können in ihrer Komplexität nur durch das Einbeziehen der Entwicklung des Einzelnen mit seinen intrapsychischen Strukturen, seiner anthropologischen Existenz mit seinen körperlichen Strukturen und seinem sozialem Lebenskontext erfasst werden. Dieser Konzeption liegt also das Biopsychosoziale Erklärungsmodell zu Grunde, in dem Abhängigkeitserkrankungen ihre Ursachen in der individuellen Entwicklung mit seinen körperlichen und geistigen Vollzügen, der persönlichen Lern- und Konfliktlösungsgeschichte und der Einbindung der Betroffenen in das soziale Gefüge hat.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Sucht als zwanghaftes Verhalten nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen, die tiefgreifende, belastende Missempfindungen vorübergehend lindern oder erwünschte Empfindungen auslösen, und die konsumiert bzw. beibehalten werden, obwohl negative Konsequenzen damit für die eigene Person oder andere Verbunden sind, definiert.¹⁸ 1964 hat die Weltgesundheitsorganisation den Suchtbegriff durch die Termini Missbrauch und Abhängigkeit ersetzt, von daher wird in dieser Konzeption der Terminus Anhängigkeitserkrankung vornehmlich benutzt.

Abhängigkeiten können von allen Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem einwirken, entstehen. An erster Stelle ist hier Alkohol zu nennen. Tabak, Medikamente, insbesondere Schmerz- und Beruhigungsmittel, Opiate, Halluzinogene, Cannabis, Kokainprodukte, Amphetamine und Designer Drugs seien hier als weitere Substanzen aufgeführt. Bei dem kontinuierlichen Prozess, bei dem stets weitere psychotrope Substanzen auf dem Markt erscheinen, kann diese Aufzählung in keiner Weise als vollständig betrachtet werden. Je nach

¹⁸ WHO 1957

verwendeter Substanz entwickeln sich unterschiedliche Erscheinungsformen der Abhängigkeit.

Von der stoffgebundenen Abhängigkeit unterscheiden wir andere Ausformungen des süchtigen Verhaltens. Bei aller Ähnlichkeit mit den stoffgebundenen Abhängigkeiten stellen diese Formen der Erkrankung, wie zum Beispiel das pathologische Glücksspiel, der Workholismus oder die Verhaltensstörungen durch den intensiven Gebrauch von Computern und Internet, eigene Qualitäten dar.

Wechselwirkungen von genetischer Disposition, der eigenen Biographie, Umwelteinflüssen und den Effekten eines Suchtmittels können vom maßvollen Gebrauch des Suchtmittels zu abhängigem Verhalten mit Kontrollverlust und Abstinenzunfähigkeit führen. Die neurobiologische Suchtforschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf einer solchen Entwicklung Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden. Dies führt zu einem Ungleichgewicht bis hin zur Entkopplung neuronaler Regelkreise. In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass die komplexen Verschaltungen zwischen dem limbischen System (cingulärer Cortex, Hypothalamus, Hypocampus, Amygdala) und anderer Hirnstrukturen (u. a. Hirnstamm, Striatum, paralimbische und neocortikale Regionen) entscheidend an der Regulation motivationaler, affektiver und emotionaler Reaktionen beteiligt sind. In erster Linie wirken Suchtmittel verstärkend auf das dopaminerge Belohnungssystem und dämpfend auf das angstvermittelnde, vorwiegend serotonerge Mandelkernsystem. Im folgenden Kapitel sollen die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung im Bereich der Abhängigkeitsentwicklung etwas detaillierter dargestellt werden.

3.3 Das Bio-Psycho-Soziale Modell und die ICF

In diesem Konzept wird die Behandlung der Suchterkrankungen auf das sich gegenseitig beeinflussende Gefüge aus individuellen Auswirkungen der Krankheit im Alltag sowie den Faktoren, die darauf als Barrieren oder Förderfaktoren Einfluss nehmen, abgestimmt. Diese Konzeption bezieht sich in erster Linie somit nicht auf die ICD 10 mit ihrer störungsorientierte Einordnung der Beschwerdebilder der Patienten und Patientinnen, sondern fokussiert auf die Erfassung der hieraus resultierenden Auswirkungen auf den unterschiedlichen Ebenen der funktionalen Gesundheit nach der ICF.

„Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ ist die Nachfolgerin der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ von 1980. Sie wurde nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess von der 54. Vollversammlung der WHO, an der auch Vertreter der deutschen und schweizerischen Bundesregierung teilgenommen haben, im Mai 2001 verabschiedet. Das bio-psycho-soziale Modell, das in Ansätzen der ICIDH unterlag, wurde mit der ICF erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt.“¹⁹

„Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

¹⁹ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Hrsg.: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen; 2005, Seite 4

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).“²⁰

Das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF stellt Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen einer Erkrankung (Störungskonzept gemäß ICD 10) und den Kontextfaktoren, die sich auf funktionale Gesundheit als Förderfaktor oder Barriere auswirken. „Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen und jedes Element des Modells Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme sein. (...) Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten).“²¹

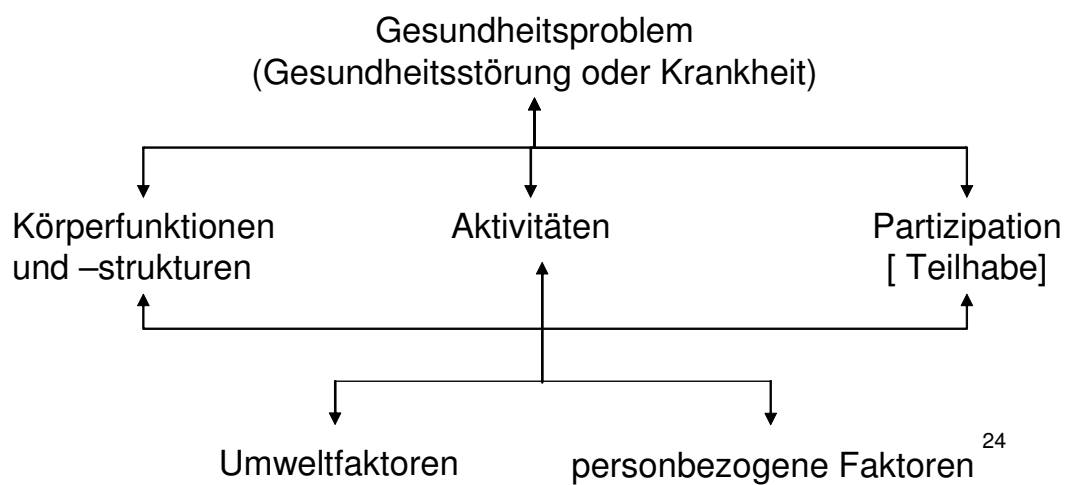
„Da die ICF zum einen krankheitsübergreifend angelegt ist und sie zum anderen nur eine „Momentaufnahme“ und somit auch keine Krankheitsdynamik und -

²⁰ ebd. Seite 4

²¹ ICF-Praxisleitfaden, Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); Frankfurt am Main - 2. überarbeitete Auflage Mai 2006; Seite, Seite 11

prognose abbilden kann, müssen bei sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z.B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die ICF Komponenten immer vor dem Hintergrund der krankheitsspezifischen Parameter, wie Schwere, Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden Erkrankung(en), beurteilt werden.“²²

Die folgende Abbildung aus der ICF verdeutlicht noch einmal die Interdependenzen zwischen der Erkrankung und den funktionalen Auswirkungen, denen in unserer Behandlung rehabilitativ gemäß § 15 SGB VI und §§ 26 – 31 SGB IX begegnet werden soll. „Die medizinische Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX) soll Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten.“²³



²² ebd. Seite 11

²³ ebd. Seite 22

²⁴ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Hrsg.: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, a.a.O.

3.4 Neurobiologische Prozesse

Abhängigkeitserkrankungen dürfen keineswegs ausschließlich als Anpassungsstörungen im sozialen Kontext oder als innerpsychisches Geschehen betrachtet werden, dieses zeigen uns die jüngsten Erkenntnisse aus der Gehirnforschung. Lag in der Vergangenheit ein besonderer Fokus auf der Streitfrage, ob dem Entwickeln einer Abhängigkeitserkrankung eher sozial erworbenes Verhalten oder genetische Dispositionen zugrunde liegt, so zeigen uns die neurobiologischen Forschungsergebnisse heute, dass psychoaktive Substanzen bei Menschen und Tieren auf die Neurotransmittersysteme wirken. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem dopaminergen Belohnungssystem im Gehirn zu, da die Stimulierung dieses Systems durch psychoaktive Substanzen einen Wiederholungszwang auslösen kann. Tierexperimentell nachgewiesen scheint für diesen Wiederholungszwang dabei die Wahlfreiheit beim Konsum und die körperliche Verträglichkeit zu sein. Im Gegensatz zu anderen Auslösern von Dopaminausschüttungen im Gehirn, wie zum Beispiel bei der Aktivierung des Belohnungssystems durch den Besuch eines schönen Konzerts, scheint es bei den psychoaktiven Substanzen nicht zu einer Senkung der Dopaminausschüttung durch Gewohnheit zu kommen. Während der dritte Besuch eines Konzertes in einer Woche unser Gehirn nicht mehr zu so viel Dopaminausschüttung bewegt wie beim ersten Mal, tritt beim Konsum psychoaktiver Substanzen dieser Effekt nicht ein. Kommt es zu keiner Reduktion im Konsummuster und damit einhergehend nicht zu einer Reduktion der Dopaminausschüttung, reagiert der Nucleus accumbens auf Dauer in Form einer Rückkopplung, die zu einer Reduzierung der körpereigenen Dopaminfreisetzung führt. Zur Stimulierung angenehmer Gefühle benötigt er dann den externen Reiz durch die psychoaktive Substanz. Pa-

rallel geht dieser Prozess mit der Dosissteigerung einher, der *circulus vitiosus* der Abhängigkeitsentwicklung nimmt seinen Lauf.²⁵

Diese Abhängigkeitsentwicklung ist durch neurotoxische Störungen, eine Anpassung an die Substanzwirkung im Sinne einer Toleranzentwicklung und durch das Auftreten von Entzugssymptomen bei plötzlichem Absetzen gekennzeichnet. Störungen im frontalen Kortex, dem Thalamus und den Basalganglien tragen zu Veränderungen der Handlungsplanung und zum Auftreten eines repetitiv und stereotyp ablaufenden Substanzkonsum bei, der oft kaum noch von angenehmen Gefühlen begleitet wird. Zusätzlich können belohnende Wirkungen der Substanzeinnahme durch Empfindlichkeitssteigerungen im Bereich des hirneigenen verhaltensverstärkenden Systems zunehmen. Die sedative Wirkung des Alkohols wird über eine Verminderung der GABA-Rezeptoren vermittelt. Glutamaterge NMDA-Rezeptoren werden hochreguliert.

Das Gehirn befindet sich so lange im Gleichgewicht, wie der Alkoholkonsum anhält. Wird dieser plötzlich unterbrochen, kommt es zu einer verzögerten Erholung der GABA-A-Rezeptoren, während die hochregulierten NMDA-Rezeptoren jetzt nicht länger durch Alkohol blockiert werden. Es kommt zu einem Ungleichgewicht zwischen GABAerger Inhibition und glutamaterge Exzitation. Die Veränderung der glutamatergen NMDA-Rezeptoren führt zu Aktivierung von Kalziumionen mit einem verstärkten Kalziumeinstrom in die Nervenzelle, dies wird mit chronischem Alkoholkonsums in Verbindung gebracht. Ferner kommt den NMDA-Rezeptoren eine wichtige Funktion bei der Erstellung von Gedächtnisprogrammen zu, so dass Störungen dieser Rezeptoren zu Gedächtnisstörungen führen können.

²⁵ Grawe, Klaus; Neuropsychotherapie; Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag; 2004

Auch serotonerge Dysfunktionen können zu vermehrtem Alkoholkonsum führen, da die alkoholinduzierte GABAerge Sedation vermindert wird, so dass weniger unangenehme alkoholvermittelte Wirkungen auftreten. Erhöhte Alkoholtoleranz und erhöhter Tabakkonsum werden beobachtet.

Bei Alkoholabhängigen und Nikotinabhängigen könnte eine nach Beendigung des Suchtmittelkonsums längerfristig bestehende serotonerge Funktionsstörung eine Ursache für Rückfall und Depressivität sein.²⁶

Annäherungsverhalten wird durch das so genannte Belohnungssystem im Mittelhirn mit Dopamin als Botenstoff gesteuert. Dopamin wird immer dann ausgeschüttet, wenn das Ergebnis eines Verhaltens besser ausfällt, als erwartet. Dieses Ergebnis wird dem Frontalhirn weiter gemeldet mit dem Ziel, dieses Verhaltensmuster nun häufiger einzusetzen. Synaptische Verbindungen auf neuronaler Ebene werden besser ausgebildet, so dass die Erregung leichter und schneller weitergeleitet wird und dadurch bei einer erneuten Aktivierung das Verhalten leichter ausgelöst werden kann (so genannter Bahnungseffekt).

Vermeidungsverhalten geht zurück auf alte Angst- und Fluchtmuster, bei denen die Mandelkerne (Amygdalae) im Mittelhirn stark aktiviert sind. Die Herunterregulierung erfolgt durch das Frontalhirn, wenn die Gefahr gebannt ist bzw. gebannt scheint. Ein wesentlicher Neurotransmitter in diesem System ist das Serotonin.

Neben belohnungsabhängigen Ausbildungen von neuronalen Strukturen im Frontalhirn gibt es auch über den Hippocampus gesteuerte bewusste Lernvorgänge, die vom Ausmaß der Aufmerksamkeitsfokussierung und der emotiona-

²⁶ Heinz und Batra in Neurobiologie d. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, 2003

len Beteiligung abhängen. Der Hippocampus fungiert dabei als Zwischenspeicher, in nächtlichen Tiefschlafphasen werden durch synchronisierte Aktivität des Hippocampus und Kortex die Lerninhalte in die definitive kortikale Speicherform gebracht. Suchtpatienten erleben sich zwischen den spontanen, emotional gesteuerten Impulsen des Mittelhirns und den bewusst geführten motivationalen Strukturen des Frontalhirns hin- und hergerissen.²⁷

Der Therapieprozess besteht darin, dass in der Therapie kortikal gesteuerte Verhaltensmuster aufgebaut werden, die in Situationen emotionaler Aktivierungen im Mittelhirn die Mandelkerne so beruhigen können, dass nicht auf Suchtmittel zur Beruhigung zurückgegriffen werden muss. Die Schwierigkeit liegt darin, dass diejenigen Bahnen, die von dem subkortikalen emotionalen Hirnzentrum zum Frontalhirn führen, deutlich stärker ausgebildet sind als die Bahnen, die vom Frontalhirn das limbische System regulieren.²⁸ Somit ist es für die bewusste Handlungssteuerung sehr schwer, sich gegen die von negativen emotionalen Zuständen ausgelöste unbewusste Handlungsimpulse durchzusetzen.

Ein einmal durch Langzeitpotenzierung angelegtes Erlebnismuster ist durch neuronale Verknüpfung fixiert und daher nicht mehr löschtbar. Nach einem längeren Zeitraum, in dem die entsprechenden Zellverbände nicht mehr aktiviert wurden, sinken sie zwar in eine Latenz, die funktionalen Wechselwirkungen bleiben aber erhalten. Unspezifische Stresssituationen, die mit dem ursprünglichen Verhalten nichts zu tun haben, können scheinbar gelöschte Reaktionsmuster wieder akti-

²⁷ Roediger, Elemente einer neurobiologisch fundierten Suchttherapie, aus Sucht Aktuell 1/2005

²⁸ Amaral et al., Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit; 1992

vieren.²⁹ So kann es auch nach Jahren noch geschehen, dass vorher gut tolerierte Schlüsselreize in einer Expositionssituation stressbedingt zum Wiederauftreten des konditionierten Entzugsgefühls und Craving führen.

Einschränkend muss am Ende dieses Kapitels gesagt werden, dass von einem umfassenden Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankungen die neurobiologische Wissenschaft noch weit entfernt ist.

3.5 Die psychotherapeutische Basis

Unsere psychotherapeutischen Betrachtungen der Abhängigkeitserkrankungen sollen die unterschiedlichen Dimensionen menschlichen Lebens und Erlebens includieren, wie es das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF abbildet. Die individuelle Entwicklung der Patientin oder des Patienten wird einerseits durch das Zusammenspiel von der Körper, Geist und Seele, den gesellschaftlichen Bedingungen und dem sozialen Umfeld geprägt und wirkt respondierend auf diese zurück. Dieses interaktive Geschehen, multifaktoriell beeinflusst, ist ein prozesshaftes Geschehen und einem ständigen Wandel unterworfen.

Unser Konzept basiert in erster Linie auf den psychodynamischen Theorien. Es greift die Konzepte der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie auf. Daneben spielt der systemische Blickwinkel eine entscheidende Rolle in unserem Abhängigkeitsverständnis. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von sei-

²⁹ Roediger, Elemente einer neurobiologisch fundierten Suchttherapie, aus Sucht Aktuell 1/2005

nen sozialen Systemen, insbesondere der Familie, verstanden werden. Er und seine Sucht haben im „System“ Familie oft eine zentrale Rolle und lösen selbst wiederum induzierte Prozesse bei den Angehörigen aus.³⁰

Die Abhängigkeitserkrankung ist ein im Laufe der eigenen Sozialisation und Biographie entwickeltes, letztlich jedoch fehlgeschlagenes Problemlösungsverhalten, das kurzfristig zu scheinbaren Entlastungen führt, langfristig aber eine Anhäufung von zusätzlichen Problemen nach sich zieht und in einen sich selbstständigenden Kreislauf, den Circulus vitiosus, mündet. Die behandlungsbedürftige Abhängigkeitserkrankung ist somit in dem Dreieck der individuellen Entwicklung, der persönlichen Lern- und Konfliktlösungsgeschichte und der Einbindung des Patienten und der Patientin in ein soziales und kulturelles Gefüge zu sehen.

Wissenschaftliche Studien geben keine Hinweise auf eine verbesserte Wirksamkeit einzelner Therapieschulen. Aus den neurobiologischen Erkenntnissen hat Grawe vier Wirkfaktoren für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten katalysiert. Zum einen gilt es in der Rehabilitationsbehandlung mit dem Abhängigkeitserkrankten ein Verständnis der Erkrankung zu erarbeiten. Über die Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung kann als zweiter Wirkfaktor die Ressourcenaktivierung bei den Patientinnen und Patienten gelingen. Durch das Vollziehen von konstruktiven Lösungsmustern in einem durchlebten Problemmuster und das entsprechende Durchhalten kommt es zur Problemaktualisierung. Als vierten Wirkfaktor nennt Grawe die Problembewältigung, die über

³⁰ Bauriedl; Zur theoretischen und praktischen Integration von psychoanalytischer und systemischer Auffassung 1994

das Einüben positiver Ersatzhandlungen im Sinne einer besseren Selbstfürsorge erzielt wird.³¹

Auf Grund dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse ist dieses Konzept schulenübergreifend und orientiert sich an den nachweisbaren Veränderungsprozessen bei den Patientinnen und Patienten.

3.5.1 Die psychoanalytische Grundlage

Aus psychoanalytischer Betrachtungsweise sind die Abhängigkeitserkrankungen im Wesentlichen auf Ich-Funktionsdefizite zurückzuführen. Die verschiedenen Ich-Funktionen haben die Aufgabe, den Menschen unter Beachtung der Realitäten in seinem Selbst zu schützen.³² Mangelhaft entwickelte Ich-Funktionen beanspruchen eine Kompensation, Abhängigkeitserkrankte versuchen diese Kompensation mit Hilfe des Suchtmittels zu erzielen. Das Suchtmittel erhält somit den Charakter eines Heilmittels und wird von der Abhängigen oder vom Abhängigen im Sinne eines Selbstheilungsversuches eingenommen.³³ Rost beschreibt, dass das Suchtmittel einen Ausgleich von Ich-Funktionsdefiziten übernehmen kann, die sowohl dämpfend als auch schützend sein können. Dabei kann es sich um einen Schutz vor starken und bedrohlichen Affektzustände wie Wut, Furcht und Hilflosigkeit handeln oder auch um einen Schutz vor drohender Hoffnungslosigkeit und Abhängigkeitswünsche. Dieses trifft insbesondere bei

³¹ Grawe Klaus; a.a.O.; 2004

³² Heigl-Evers, A., Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Kassel 1977

³³ Rost, W.-D.; Psychoanalyse des Alkoholismus; Stuttgart 2001

Abhängigkeitserkrankten mit einer depressiven Persönlichkeitsstruktur zu. Ergänzend ist noch der Schutz vor der Angst bei drohender Ich-Desintegration aufzuführen. Zugleich ist es den Abhängigkeitserkrankten mit Hilfe des Alkohols möglich, ihre neurotische, psychotische oder sexuelle Symptomatik zu mildern. Der Alkohol beseitigt zugleich Hemmungen und ermöglicht das Ausagieren.³⁴ Diese zentrale Regulierungsfunktion, die das Suchtmittel stellvertretend für das Ich übernehmen muss, hilft den Abhängigkeitserkrankten, sich selbst und seine Beziehungen zu organisieren. Derartige strukturelle Defizite der Ich-Funktionen gehen auf massive Störungen der frühkindlichen Entwicklung zurück. Dabei werden aus psychoanalytischer Sicht die früheren Liebesobjekte und die entsprechenden Objektbeziehungen der ersten Lebensjahre für entscheidend angesehen, da die Verinnerlichung dieser prägenden Erlebnisstrukturen die Grundlage für spätere Beziehungsstörungen zu Realobjekten ist.³⁵

Die wichtigste Einschränkung in späteren Abhängigkeitsbeziehungen besteht bei Abhängigkeitskranken vor allem in einem ausgeprägten Mangel an Autonomie.³⁶ Das frühe Liebesobjekt des Suchtkranken wurde entweder frustrierend, zu verwöhnend oder zu verführend erlebt. In jedem Fall aber ist es stark ambivalent mit Liebe und Hass besetzt.³⁷ Diese verinnerlichte Ambivalenz von gleichzeitig bestehenden intensiven Gefühlen von Libido und Aggression ist eine Folge der tiefen Enttäuschung an dem mütterlichen Objekt, dessen sich das Kind nicht

³⁴ ebd.

³⁵ Brenner, Ch. in Heigl-Evers, A.; a.a.O.; 1977

³⁶ Krystal, H., Raskin, H.A. *Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion*, Göttingen 1983

³⁷ Heigl-Evers, A.; a.a.O.; 1977

sicher sein konnte und dessen drohender Verlust in diesem Entwicklungsstadium gleichbedeutend mit Vernichtung und vernichtet werden war.

In jeder frühkindlichen Entwicklung wird zwangsläufig ein „gutes“ und ein „böses“ Mutterobjekt erlebt, diese so genannten Teilobjekte werden aber in einer relativ ungestörten Entwicklung in einem allmählichen Prozess der Anpassung zu einem Gesamtobjekt fusioniert. Bei diesem Vorgang gelangt das Kind dann allmählich zu einer inneren Reife und Autonomie, die sich durch Frustrations- und Konflikttoleranz ausdrücken. Als innere Struktur bilden sich in diesem Entwicklungsstadium kohärente Selbst- und Objektrepräsentanzen heraus, die als so genannte Selbst- und Objektkonstanz für das Selbstwertgefühl und die Beziehung zu anderen die wichtigste Grundlage bilden.

Den Abhängigkeitserkrankten ist diese Fusion von „guter“ und „böser“ Objektrepräsentanzen nicht gelungen. Daher konnten sie weder gesicherte Selbstrepräsentanzen, die sich durch ein gutes Selbstwertgefühl ausdrücken, verinnerlichen, noch steht eine ausreichende Objektkonstanz zur Verfügung, die zur Aufrechterhaltung emotionaler Beziehungen, besonders in Abwesenheit des anderen, notwendig ist.

Durch derartige strukturelle Defizite werden Objektbeziehungen häufig als überfordernd und überwältigend erlebt, denen sich die Abhängigkeitserkrankten aufgrund ihrer labilen Selbstwertgefühle bis zu einem gewissen Grade hilflos ausgeliefert fühlen und erschwert eine Auseinandersetzung mit der Realität. An die Stelle der Auseinandersetzung tritt das Suchtmittel und übernimmt Schutz und Steuerung in bedrohlichen Situationen und Beziehungen. Somit dient es

den Abhängigkeitserkrankten als Objekt, das ohne eigene Bedürfnisse seinem grenzenlosen Wunsch nach Stabilisierung, Regulation und Schutz verfügbar ist und den Zustand des Wohlbefindens illusionär aufrechterhält.³⁸

3.5.2 Verhaltenstherapeutische Aspekte

In den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie werden Abhängigkeitserkrankungen als erlernte Verhaltensmuster verstanden. In der Primärsozialisation wird über Beobachtungsverhalten der „erste“ Kontakt mit Suchtmitteln hergestellt, insbesondere mit dem sozial akzeptiertem Alkohol- beziehungsweise Tabakkonsum. Bandura spricht in diesem Kontext von den Effekten des Modelllernens.³⁹ Eigne Erfahrungen mit dem Konsum dieser psychoaktiven Substanzen werden in der Regel in der Adoleszenz gesammelt, wobei aktuell einige Jugendlichen nicht nur bereits im späten Kindesalter ihre ersten Erfahrungen sammeln sondern auch schwere gesundheitliche Gefahren und die Entwicklung einer Abhängigkeit durch so genanntes binge-drinking riskieren.

Bei Menschen, die eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln treten die Effekte des operanten Konditionierens in den Vordergrund. Die euphorisierenden, enthemmenden oder auch beruhigenden Wirkungen der psychoaktiven Substanzen sind positive beziehungsweise negative Verstärker, die Anerkennung durch

³⁸ Heigl-Evers, A., Standke, G., in: Suchtgefahren, 3/1989, S.200 ff

³⁹ Bandura, A. (1969) Principles of behavior modification; New York 1969

die peergroup gewährleisten oder Langeweile, Einsamkeit und andere unangenehme Gefühle verändern.⁴⁰

Im Verlauf Krankheitsentwicklung benötigt der oder die Abhängigkeitserkrankte steigende positive und negative Verstärker durch den Suchtmittelkonsum. Die positive Verstärkung schwindet dabei zunehmend zugunsten der Vermeidung unangenehmer Gefühlszustände, welches auch auf die Anpassung des Körpers an das veränderte System der Neurotransmitter (siehe auch Punkt 3.4) zurückzuführen ist.

Kommt es im Lauf der Abhängigkeitsentwicklung zu ersten negativen Konsequenzen, seien es gesundheitliche Einschränkungen oder Konflikte im sozialen Umfeld, kann dies zu einer Unterbrechung der Konsumgewohnheiten führen, ist häufig aber auch wiederum Anlass für erneute oder weitere Substanzeinnahme. Dieser Kreislauf führt zu einem Muster intermittierender Verstärkung und damit zu erhöhter Lösungsresistenz des abhängigen Verhaltens.⁴¹

Mit dem Einsetzen körperlicher Entzugsymptomatik bei Absetzen des Suchtmittels dient vorrangig der weitere Konsum nur noch der Vermeidung des Entzugssyndroms. Diente der Konsum von psychoaktiven Substanzen ursprünglich als positiver oder negativer Verstärker ist er in dieser Phase der Abhängigkeitsentwicklung selbst zum Problem mit einer Fülle negativer Konsequenzen gewor-

⁴⁰ Batra, A.; Wassmann; R.; Buchkremer; G. (Hrsg.); Verhaltenstherapie; 2006

⁴¹ Rist, F. u. Watzl, H.; Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Psychologische Ansätze. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen; Stuttgart 1999

den, die der oder die Abhängigkeitserkrankte wiederum mit Hilfe des Suchtmittels zu bewältigen versucht.⁴²

3.5.3 Ergänzende und integrative psychotherapeutische Verfahren

Klaus Grawe hat erforscht, dass keine therapeutische Schule oder Methodik in der Suchtbehandlung eindeutig zu präferieren ist. Vielmehr hat er folgende Wirkfaktoren herausgearbeitet:

- Therapiebeziehung,
die Qualität der Therapiebeziehung trägt signifikant zur Qualität des Therapieergebnisses bei.
- Ressourcenaktivierung,
vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten des Patienten werden genutzt.
- Problemaktualisierung,
die Probleme, die während der Therapie verändert werden sollen, werden Erlebnis mäßig erfahrbar.
- Problembewältigung,

⁴² Arend, H.; Alkoholismus; Weinheim, Basel 1994

positive Bewältigungserfahrungen des Patienten im Umgang mit seinen Problemen werden unterstützt.⁴³

Hieraus abgeleitet empfiehlt Grawe eine schulenübergreifende Psychotherapieausbildung. Um das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten entweder als pathologischen Barrierefaktor oder aber auch als Ressource in die Behandlung zu berücksichtigen und einzubeziehen, wird die psychotherapeutische Behandlung auf jeden Fall auch mit den systemischen Betrachtungen ergänzt. In der systemischen Perspektive kann der abhängige Konsum Bestandteil eines unbewussten Regelkodexes oder Kommunikationsprozesses im Lebens- oder Herkunftssystem sein. In der Behandlung gilt es dysfunktionale Rollengestaltungen oder Betrachtungsweisen herauszuarbeiten und funktionalere Copingstrategien in den Lebenskontext zu integrieren.

4 Behandlungsoptionen

4.1 Indikationen

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind die Hauptdiagnosen der Rehabilitationsbehandlung in der Fachlinik Bassum. In den letzten Jahren tritt polyvalenter Suchtmittelkonsum jedoch vermehrt auf. Abhängigkeit oder Missbrauch von Substanzen wie Cannabis, Kokain oder Ecstasy sowie Heroin werden ebenfalls rehabilitativ behandelt, sofern diese Konsummuster nicht im Vordergrund

⁴³ Grawe, Klaus; a.a.O.; 2004

der Problematik stehen. Der Rehabilitationsbedarf muss aus Hauptdiagnose nach ICD 10 nach F10., F13. oder F19. hergeleitet sein. Die personelle Ausstattung der Fachlinik Bassum (siehe Punkt 1.6), gepaart mit der engen Vernetzung mit der Akutversorgung des Klinikverbundes St. Ansgar ermöglichen eine umfassende Behandlung komorbider Störungen. Die 24stündige ärztliche Bereitschaft erlaubt die Rehabilitationsbehandlung von Patientinnen und Patienten mit diversen somatischen Komorbiditäten.

Aufgrund einer der Fachlinik direkt gegenüberliegenden Dialysepraxis ist die Aufnahme und Rehabilitation dialysepflichtiger Patientinnen und Patienten möglich. Die Kooperation mit der Praxis erlaubt eine Rehabilitationsbehandlung, bei der die Patientin oder der Patient die notwendige Dialyse erhalten und die Rehabilitationsfähigkeit weiterhin gegeben sein kann.

Psychiatrische komorbide Störungen können in der Fachlinik Bassum mitbehandelt werden, insbesondere für die im Folgenden aufgeführten Diagnosen bietet der vernetzte Therapieansatz gute rehabilitative Chancen. (Siehe auch Punkt 5.3 Behandlung von Komorbidität)

- Angststörungen (F40, 41)
- Anpassungsstörungen (F43)
- bipolare affektive Störungen (F31)
- Depressive Störungen (F32, 33)
- Persönlichkeitsstörungen (F60, 61, 63)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F43)
- Psychosen (F20)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Störungen auf Grundlage von ADHS (F90)

Die psychischen Erkrankungen müssen soweit symptomarm bzw. ausgeheilt sein, dass die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist und es der Patientin oder dem Patienten möglich ist, an dem therapeutischen Programm der Klinik teilzunehmen. Eine bestehende psychiatrische Medikation ist keine Kontraindikation für eine Behandlung.

Die Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit ausreichenden Deutschkenntnissen ist in der Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH selbstverständlich möglich. In Einzelfällen kann mit den Patientinnen und Patienten englisch, polnisch oder russisch gesprochen werden. Da die gesamte Fachklinik barrierefrei hergerichtet wurde, können Menschen mit Gehbehinderungen und Rollstuhlfahrer aufgenommen werden.

4.2 Das Setting

4.2.1 Stationäre Behandlung

Ist das Ausmaß und der Schweregrad der Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, die Beeinträchtigung und Kompensationsmöglichkeiten von Aktivitäten und Teilhabe erheblich, ist eine stationäre Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen unerlässlich. Diese Schwere des Ausmaßes ist bei schweren körperlichen, seelischen und sozialen Störungen gegeben. Insbesondere die

Notwendigkeit der Herausnahme aus einem pathogenen Umfeld ist eine wesentliche Indikation für eine stationäre Behandlung.⁴⁴

Die Dauer der Behandlung gestaltet sich im Rahmen der von den Leistungsträgern vorgegebenen Bewilligungszeiträume individuell und flexibel. Sie richtet sich nach Diagnostik, den individuellen Therapiezielvereinbarungen und dem Behandlungsplan der Patientin oder dem Patienten. Sind die im Rahmen der stationären Behandlung vereinbarten Therapieziele erreicht wird die Behandlung beendet. Im Umkehrschluss wird eine Therapieverlängerung beantragt, wenn die Patientin oder der Patient die gemeinsam festgelegten Therapieziele in dem anvisierten Zeitraum nicht erreichen konnte und eine Weiterbehandlung im ganztägig ambulanten oder ambulanten Setting nicht ausreicht. Eine Verlängerung der Therapie geschieht immer im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten.

Eine Verkürzung der Therapiedauer ist sinnvoll, wenn zum gegebenen Zeitpunkt keine weitere Veränderungsbereitschaft erkennbar ist. Da die Veränderungsmotivation bei Abhängigkeitserkrankungen meist nicht linear verläuft⁴⁵ sind erste Therapieerfolge zu würdigen und die Wiederaufnahme und die Fortsetzung des Veränderungsprozesses zu einem anderen Zeitpunkt ist in jedem Fall zu begrüßen.

Kombinierte Behandlungsprogramme wie die Entwöhnungsbehandlung im Modulsystem und die Modulare Kombinationstherapie trägt sowohl diesen motivationalen Erkenntnissen von Prochaska und DiClemente Rechnung, als auch den neurobiologischen Erkenntnissen zur Krankheitsbewältigung und psychi-

⁴⁴ Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.Mai 2001

⁴⁵ Prochaska JO u. DiClemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice (19),1982

schen Veränderungsmöglichkeiten.⁴⁶ Die Fachlinik Bassum ist sowohl Kooperationspartner bei der Entwöhnung im Verbundsystem als auch bei der Modularen Kombinationsbehandlung. (Siehe Punkt 2.2.2)

4.2.2 Ganztägig ambulante Behandlung

Dr. Ulrich Blömeke hat die Wirksamkeit einer ambulanten Suchtrehabilitation für Alkoholabhängige in seiner Tagesklinik am Suchttherapeutischen Zentrum in Hamburg (STZ) untersucht. Die „Abstinenzquoten (liegen) im Bereich der Ergebnisse vergleichbarer Studien im stationären Setting. (...) Bezüglich der untersuchten Erfolgsparameter aus den Bereichen der seelischen und allgemeinen gesundheitlichen Verfassung, der Lebensqualität, der sozialen und beruflichen Integration zeigen sich signifikante und klinisch relevante Verbesserungen. Die Analyse differenzieller Behandlungseffekte ergab kaum Hinweise auf Gruppen von Patienten, die in besonderen Maßen vom tagesklinischen Angebot profitieren. Insgesamt belegt die Evaluation, dass ein ambulantes tagesklinisches Angebot für Teilgruppen von Alkoholabhängigen eine erfolgversprechende Ergänzung bzw. Alternative zur stationären Behandlung darstellt.“⁴⁷

Die ganztägig ambulante Behandlung schließt die Angebotslücke zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation. Sie kann als originäres Angebot zur

⁴⁶ Grawe, Klaus; a.a.O; 2004

⁴⁷ Blömeke, Ulrich; Dissertation Zur Wirksamkeit einer ambulanten Suchtrehabilitation für Alkoholabhängige in einer Tagesklinik, Hamburg 2004

Suchtrehabilitation indiziert sein oder als Gestaltung der Entlassphase nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung.

Die Ganztagsambulante Rehabilitation ist eine Behandlungsoption für Patientinnen und Patienten, deren Fähigkeit zur Selbstregulation nicht durch gravierende körperliche, geistig-seelische und soziale Defizite beeinträchtigt ist. Das Setting erlaubt eine ambulante Rehabilitation der Patientinnen und Patienten, für die die Behandlungsdichte in der gewohnten ambulanten Therapie noch nicht ausreicht.

Über das Angebot der ganztagsambulanten Behandlung können Patientinnen und Patienten zu einer adäquaten Rehabilitation motiviert werden, deren soziale Situation ein

weitergehendes Herausnehmen aus ihrem sozialen Umfeld nicht erlaubt. Das Therapieangebot setzt die Nähe zum Wohnort voraus.

Durch die abendliche Rückkehr in die häusliche Umgebung können in der Behandlung die alltäglichen Teilhabeprobleme und Belastungserfahrungen thematisiert und bearbeitet werden.

4.2.3 Geschlechtsspezifische Behandlung

Das Angebot Frauen in der Fachlinik Bassum sowohl stationär als auch im ganztägig ambulanten Setting zu behandeln, richtet sich im besonderen Maße an Patientinnen aus der näheren Region. Gerade Frauen ist es auf Grund ihrer familiären Einbindung häufig schwer möglich beziehungsweise sie können sich nur schwer vorstellen, ihr Lebensumfeld für die rehabilitative Behandlung zu verlassen. Die Rehabilitationsbehandlung in der Fachlinik Bassum ermöglicht

den Patientinnen eine wohnortnahe Behandlung, mit dem intensiven Angebot der Einbeziehung der Angehörigen.

Im stationären Setting kann in der Fachlinik Bassum die Behandlung geschlechtsspezifisch durchgeführt werden. Insbesondere zum Schutze vor Retraumatisierungen der Patientinnen mit posttraumatischen Belastungsstörungen bewohnen die Patientinnen einen eigenen Wohnflur. In Gruppenbehandlung unter der Leitung einer Therapeutin können geschlechtsspezifische Inhalte, die eine Förderung der Teilhabe oder auch Barrierefaktoren sein können, thematisiert. Das Entdecken eigener Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der Patientinnen wird gefördert. Die Patientinnen sollen sich selbst schätzen lernen und ein selbst bestimmtes Leben in der Gesellschaft führen lernen.⁴⁸

In der Rehabilitation der Frauen wird ein besonderes Augenmerk auf weniger auffällige Konsummuster psychotroper Substanzen gelegt.⁴⁹

4.3 Diagnostik

Zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung wird eine umfangreiche, multiaxiale Diagnostik durchgeführt (Eingangsdagnostik). Sie ist die Voraussetzung für eine individuelle Therapie und Rehabilitationsplanung. Die Ergebnisse werden zu einem Gesamtbild gesunder und gestörter Persönlichkeitsanteile, einschließlich

⁴⁸ Kerschel; Weiblicher Alkoholismus – frauenspezifische Perspektiven in Theorie, Forschung und Behandlung. In: Mann K (Hg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen S135-145. Pabst Science Publishers Lengerich; 2002

⁴⁹ Vogt, I; Frauen und psychotrope Substanzen: Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe. Zeitschrift für Frauenforschung; 1996

der Körperstrukturen und -funktionen zusammengestellt. Die Wechselwirkung zum jeweiligen sozialen Kontext wird analysiert, so dass sich ein bio-psycho-soziales Gesamtbild ergibt.

Die indikationsgeleitete Eingangsdiagnostik wird durch eine Verlaufsdiagnostik ergänzt, die adaptive Entscheidungen bezüglich der Art und Dauer von therapeutischen Maßnahmen ermöglicht sowie deren Erfolg kontrolliert.⁵⁰

Die Art, der Schweregrad der Suchterkrankung, der Suchtverlauf, das Suchtverhalten, die Teilhabegefährdungen und –einschränkungen im sozialen Leben und im Erwerbsleben werden anamnestisch erhoben und im klinischen Verlauf prozessual durch die psychiatrische und psychologischen Kompetenzen in der Fachlinik Bassum diagnostiziert.

Zur Diagnostik gehört auch die Erhebung des sozialen Kontextes mit seinen Förderfaktoren und Barrieren. Über das „Trierer Alkoholismus Inventar“ werden die Bedeutung des Suchtmittels und die Krankheitsakzeptanz getestet. Schuld- und Schamgefühle werden über den Test genauso deutlich, wie der Kontext des abhängigen Suchtmittelkonsums.

Der standardmäßig durchgeführte Fagerström-Test gibt Auskunft über den Grad der Tabakabhängigkeit.

Über das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R), gegebenenfalls auch den SKID II oder den MMPI werden Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen nach der ICD 10 F.60. diagnostiziert. In der Diagnostik wird ausführlich der psychische und psychiatrische Befund erhoben, hier wird nicht nur auf die

⁵⁰ Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; Abschlußberichte – Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“ Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“ Arbeitsgruppe 1 „Sucht“, Darmstadt 1991

Psychopathologie fokussiert, sondern besondere Aufmerksamkeit wird den Fähigkeiten und Ressourcen der Patientin und des Patienten geschenkt. Das psychosoziale Diagnostiksystem PREDI erfasst auch personale Ressourcen im Sinne von Stärken und gesunden Anteilen der Patientinnen und Patienten sowie auch motivationale Aspekte der Veränderungsbereitschaft.

Differentialdiagnostisch und indikativ werden mit Hilfe des „Emotionale – Kompetenz – Fragebogens“ die emotionalen Fähigkeiten und Einstellungen der Patientin oder des Patienten erhoben. Der Test erfasst das Erkennen eigener Emotionen, die Fähigkeit, Gefühle bei sich selbst wahrnehmen und verstehen zu können.

Weiterhin wird das Erkennen von Emotionen bei Anderen ausgetestet, die Fähigkeit, Gefühle bei anderen Personen anhand deren Verhaltens, ihrer sprachlichen Äußerungen, Mimik und Gestik in Abhängigkeit von der Situation wahrnehmen und verstehen zu können. Darüber hinaus gibt der Fragebogen Aufschluss über die Regulation und Kontrolle eigener Gefühle, die Fähigkeit, eigene Gefühle zu steuern und zu regulieren. Die emotionale Expressivität, die Fähigkeit und Bereitschaft, Gefühle ausdrücken zu können wird ebenfalls erfasst.

Über den SKT werden mögliche Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen quantifiziert. Zahlreiche internationale multizentrische Studien weisen den SKT als praktikables, objektives, reliables und valides Verfahren aus. Der c.I.-Test dient der Erkennung (Screening) leichter cerebrovaskulärer und metabolischer Insuffizienzen wie sie bei cerebraler Arteriosklerose, degenerativem Hirnprozess, intracerebralem raumfordernden Prozess, Hirnvergiftungen usw. vorkommen. Das vorliegende Verfahren wurde aus umfangreicheren Tests herausanalysiert, wobei es sich bei leichten cerebralen Insuffizienzen als das mit Abstand sensi-

tivste und spezifischste erwies. Dies bestätigte sich bei mehrfachen Kreuzvalidierungen.

Bei klinischen Befunden zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in der Fachklinik Bassum die HASE – Homburger ADHS – Skalen für Erwachsene eingesetzt. Das Verfahren dient der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter und ermöglicht diagnostische Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen. Einzelne Bausteine können zum Screening oder der Schweregradbeurteilung bzw. zur Diagnostik der Subtypen nach DSM-IV eingesetzt werden. In seiner Gesamtheit leistet das Instrument eine ADHS-Kerndiagnostik, die mit der Beschreibung kindlicher ADHS-Phänomene beginnt und über den Nachweis der spezifischen Diagnosekriterien von DSM-IV und der ICD-10-Forschungsversion zu speziell elaborierten ADHS-Phänomenen des Erwachsenenalters führt.

Neben der sozialen, psychischen und psychiatrischen Diagnostik gehört die Diagnostik der Körperstrukturen und der Körperfunktionen zur Erfassung eines Gesamtbildes. Eine körperliche Untersuchung bei der Aufnahme und eine interistische Verlaufsdagnostik der Körperstrukturen gehören zur Regelbehandlung in der Fachklinik Bassum. Über die Kooperation mit dem Klinikverbund St. Ansgar werden indikationsgeleitet die notwendigen körperlichen Untersuchungen vorgenommen.

Zur Erfassung der Ressourcen und Einschränkungen zur Teilhabe am Erwerbsleben wird bei allen Patientinnen und Patienten mit MELBA⁵¹ ein Fähigkeitsprofil erstellt, das mit dem Anforderungsprofil ihres Berufes oder ihrer beruflichen Perspektiven verglichen wird. Auf diese Weise kann eine fähigkeitsadäquate

⁵¹ MELBA; Merkmalprofil zur Eingliederung Leistungsverwandelter und Behinderter in Arbeit, Siegen (1997)

Platzierung der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden vorgenommen werden. Die Diagnostik wird indikativ durch den Test „AVEM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“ ergänzt. Die Bedeutsamkeit der Arbeit, der berufliche Ehrgeiz, die Verausgabungsbereitschaft, das Perfektionsstreben, die Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenzen, offensive Problembewältigung, Innere Ruhe/Ausgeglichenheit, Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung können mit diesem Verfahren erhoben werden.

Bei der bio-psycho-sozialen Diagnostik werden in der Fachlinik Bassum folgende für die Abhängigkeitserkrankung relevanten Items gemäß der ICF, bezogen auf die funktionale Gesundheit untersucht:

- b110 Funktionen des Bewusstseins
- b114 Funktionen der Orientierung
- b117 Funktionen der Intelligenz
- b130 Funktionen der psychischen Energie
- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisses
- b152 Emotionale Funktionen
- b156 Funktionen der Wahrnehmung
- b164 Höhere kognitive Funktionen
- d163 Denken
- d175 Probleme lösen
- d2. ALLGEMEINE AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN
- d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen
- d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d3. KOMMUNIKATION
- d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen

- d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
- d330 Sprechen
- d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren
- d350 Konversation
- d4. MOBILITÄT
- d430 Gegenstände anheben und tragen
- d440 Feinmotorischer Handgebrauch
- d450 Gehen
- d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen
- d470 Transportmittel benutzen
- d475 Ein Fahrzeug fahren
- d5. SELBSTVERSORGUNG
- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen
- d540 Sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten
- d6. HAUSHALT
- d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
- d630 Mahlzeiten vorbereiten
- d640 Hausarbeiten erledigen
- d660 Anderen helfen
- d7. INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN
- d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten

- d720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten
- d730 Mit Fremden umgehen
- d740 Formelle Beziehungen
- d750 Informelle soziale Beziehungen
- d760 Familienbeziehungen
- d770 Intime Beziehungen
- d8. BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE
- d810 Informelle Bildung/Ausbildung
- d820 Schulbildung
- d830 Höhere Bildung und Ausbildung
- d850 Bezahlte Tätigkeit
- d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen
- d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit
- d9. GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES- UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN
- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität⁵²

4.4 Individuelle Behandlungsziele und Behandlungsplanung

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Genesung der Abhängigkeitserkrankungen und die Förderung der Teilhabemöglichkeiten der Patientinnen und Patienten. Hierzu bedarf es in der Regel nach der akutmedizinischen Behand-

⁵² ICF Checkliste © Weltgesundheitsorganisation (2003) deutsche Fassung 2005

lung der Rehabilitation. „Zentrales Ziel der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung ist es, einer (drohenden oder eingetretenen) Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern.“⁵³ Ergänzt wird dieses Ziel um die Erlangung der Abstinenz in der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ und der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“. Danach ist das „Ziel von Leistungen zur Teilhabe (ist), den (abhängigkeits-) kranken oder behinderten Menschen zur aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“⁵⁴

Auf der Basis der multiaxialen Diagnostik werden bezogen auf die Gesamtzielsetzung der Rehabilitation individuelle Ziele mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart. Um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern, wird die Patientin und den Patienten an der Zielformulierung beteiligt. Durch den Einbezug werden die Patientinnen und Patienten zur Eigenverantwortung aktiviert. Die Ziele werden operationalisierbar formuliert und an den Ressourcen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Einhergehend mit der Verlaufsdiagnostik werden die Ziele prozessorientiert aktualisiert und angepasst.

⁵³ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O. Seite 31

⁵⁴ Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, a.a.O. Seite 37; (²⁰ Vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, abrufbar unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.))

Jede Patientin und jeder Patient erhält eine individuelle Therapieplanung, in der die Zielvereinbarungen festgehalten sind und aus der die Behandlungsplanung hervorgeht. Diese allgemeine Behandlungsplanung wird durch den wöchentlich aktualisierten Wochenplan ergänzt. Die Behandlungsplanung mit ihren Ergänzungen oder Veränderungen aus dem Behandlungsverlauf sind Grundlage der Therapieauswertung am Ende der stationären oder ganztagsambulanten Rehabilitation.

Der individuelle Behandlungsplan dient dem Behandlungsteam zur Intra- und Fallbesprechungen. Er ist auch Grundlage bei der eventuellen Beantragung weitergehender Leistungen. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell zusammengesetzt und stimmt miteinander den Behandlungsplan und die Interventionen ab. Fallbesprechungen, Intra- und externe Supervision sichern die Qualität dieser Prozesse.

5 Behandlung

Die medizinische Rehabilitation in der Fachlinik Bassum wird von dem leitenden Arzt beziehungsweise der leitenden Ärztin geleitet und verantwortet. Er oder sie ist für die Umsetzung des Konzeptes, die Einhaltung der fachlichen Standards und der Vorgaben der Leistungsträger verantwortlich. Alle Behandlungsmaßnahmen, die in den multiprofessionellen Teams für und mit der einzelnen Rehabilitandin oder dem einzelnen Rehabilitanden entwickelt werden, finden unter seiner oder ihrer Kompetenz statt.

5.1 Medizinische Behandlung

5.1.1 Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung

Die Patientinnen und Patienten werden am Tag der stationären Aufnahme körperlich und psychiatrisch untersucht. Die Aufnahmeuntersuchung umfasst ein ausführliches medizinisches Aufnahmegespräch mit psychiatrischer Exploration, eine allgemeinärztliche sowie neurologische Untersuchung. Die Bestimmung der Routinelaborwerte, bei Bedarf mit einem Drogenscreening gehört standardmäßig zu jeder Patientenaufnahme. Gegebenenfalls werden weiterreichende Untersuchungen wie Röntgen, Lungenfunktionstests, Ultraschall etc. durchgeführt. Hier werden Synergien aus der engen Kooperation mit der internistischen Abteilung des Krankenhauses genutzt, die auch in der personellen Verzahnung mit dem Internisten aus dem Klinikverbund ihren Ausdruck finden. Die Patientinnen werden darüber hinaus im Bedarfsfall bei der Aufnahme gynäkologisch untersucht.

Die Befunde und Diagnosestellungen aus der Aufnahme- sowie den weiteren ärztlichen Untersuchungen werden in den Therapieplan eingestellt und entsprechende Interventionen verordnet. Die Physio- oder Bewegungstherapie wird von den Kooperationspartnern erbracht, unterstehen aber der ärztlichen Aufsicht. Folgeerkrankungen der Suchtmittelabhängigkeit wie zum Beispiel Polyneuropathien, Kleinhirntaxien werden in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Für internistische Folgeerkrankungen gilt selbstverständlich das Gleiche, insbesondere wird hier eine entsprechende Ernährung und die entsprechende –beratung verordnet. Der Kooperationsvertrag zur Speiseversor-

gung mit dem Klinikverbund St. Ansgar regelt die entsprechende Bereitstellung der indizierten Diäten.

Bei Diagnose einer psychiatrischen Komorbidität werden die Einstellungen mit Psychopharmaka entweder übernommen, modifiziert oder neu verordnet. In den psychiatrischen Sprechstunden oder den Visiten wird der weitere Verlauf kontrolliert und gegebenenfalls der Medikationsspiegel überprüft. Verdachtsdiagnosen werden abgeklärt, stützende Gespräche geführt sowie die weitere Zuweisungen in die indikativen Gruppenprogramme in den Behandlungsplan eingestellt.

Zur Entlassung erfolgt wiederum eine ausführliche medizinische Untersuchung mit entsprechender psychiatrischer Exploration. Mit der Patientin und dem Patienten wird der Genesungsprozess und der Behandlungsverlauf ausführlich besprochen. Die Auswertung der Bewegungstherapie, die Laborbefunde und die Behandlungen interkurrenter Erkrankungen fließen in dieses Gespräch ein. Ein besonderer Fokus liegt bei Patientinnen und Patienten, deren Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung ist, auf der sozialmedizinischen Epikrise, die eingehend mit der Patientin und dem Patienten erörtert wird.

5.1.2 Sprechstunden

Die Patientinnen und Patienten haben in der Woche täglich die Möglichkeit, die ärztliche Sprechstunde aufzusuchen.

Neben den Untersuchungen und Behandlungen erhalten die Patientinnen und Patienten hier wichtige medizinische Informationen. Fachärztlich Konsile werden bei Bedarf angefordert.

5.1.3 Visiten

Wöchentliche Visiten der Ärztinnen und Ärzte erlauben ein stetiges Controlling des Therapieverlaufes und helfen bei der frühzeitigen Diagnostik von Komplikationen. Klagt die Patientin oder der Patient über neue Beschwerden wird die entsprechende Diagnostik durchgeführt und eine sich daraus ergebende Therapie oder Therapieveränderung verordnet. Darüber hinaus haben die Patienten die Möglichkeit, in den regelmäßigen Visiten ihre Probleme oder Beschwerden mit der Rehabilitationsbehandlung vorzutragen. Unmut oder Ärger der Patientinnen und Patienten stören die Compliance, durch den Weg der zeitnahen Artikulation und Bearbeitung dieser Störungen des Behandlungskontraktes kann diese Compliance der Patientin oder dem Patienten wieder hergestellt werden. Regelmäßig werden die Patientinnen und Patienten zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise angeregt. So wird das Angebot der Raucherentwöhnung bei Nikotinkonsum beziehungsweise –abhängigkeit unterbreitet und bei Übergewicht eine gewichtsreduzierende Diät angeregt. Die Möglichkeiten zu sportlicher Aktivität werden aufgezeigt und eine Ernährungsberatung zur ausgewogenen Ernährung mit entsprechender Einübung in der Lehrküche thematisiert.

5.1.4 Akupunktur

Bei noch bestehenden, leichten Entzugserscheinungen wird Akupunktur nach dem NADA-Protokoll angeboten, sofern dies medizinisch indiziert ist.

Normalerweise besteht diese Möglichkeit in den ersten zwei Behandlungswochen (ca.10 mal). Nach Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt besteht anschließend weiterhin die Möglichkeit, weitere Akupunkturbehandlungen zu erhalten.

Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll wird auch unterstützend bei der Raucherentwöhnung eingesetzt.

5.1.5 Pharmakologische Behandlung

In seltenen Einzelfällen kann unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur und Forschung eine Behandlung mit Abstinenz unterstützenden Medikamenten beziehungsweise eine Aversivbehandlung erfolgen (z.B. Acamprosat, Disolfieram).

Komorbiditäten werden gegebenenfalls pharmakologisch unter fachärztlicher Kontrolle mitbehandelt.

5.2 Psychotherapie

5.2.1 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie beginnt mit dem ersten Kontakt. Wenn möglich wird dieser durch die Vernetzungsstrukturen bereits während der Akutbehandlung oder der Motivationsphase in den Suchtberatungsstellen hergestellt. Empathie, Wertschätzung und ein respektvoller Umgang eröffnen Spielräume für Veränderungsbereitschaft und haben damit einen erheblichen motivationalen Aspekt. Die Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten sind für die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses ihrer Patientin oder ihres Patienten verantwortlich. In der Woche findet in der Regel ein Einzelgespräch statt. Zu Beginn der stationären oder ganztagsambulanten Behandlung werden unter diagnostischen Gesichtspunkten die Anamnesen erhoben, gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten werden Zielvereinbarungen geschlossen und der Behandlungsplan erarbeitet. Die Therapeutinnen und Therapeuten helfen bei der Behandlungszielfindung den Patientinnen und Patienten erreichbare und adäquate Ziele zu formulieren, ihr Expertenwissen stellen sie ihnen bei der Behandlungsplanung zur Verfügung.

Die Therapieziele und die Behandlungsplanung werden mit dem gebotenen Respekt bezüglich der Vorstellung der Patientinnen und Patienten erarbeitet. Eine besondere Fokussierung gilt den persönlichen Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Im weiteren Therapieverlauf wird der Prozess einem ständigen Monitoring unterzogen. Krisenintervention, die Klärung weiterer Behandlungsbedürftigkeit, die kritische Reflexion der Rehabilitationsbehandlung und deren Ergebnis gehören ebenfalls in die Einzelbehandlung.

5.2.2 Gruppentherapie

Ein wesentlicher Kern der Rehabilitationsbehandlung ist die Bezugsgruppe, geleitet von der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten. Die Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten sind Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen mit suchtspezifischer sozialtherapeutischer Weiterbildung. Gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen sind in einer Bezugsgruppe bis zu zwölf Patientinnen und Patienten⁵⁵. Die Bezugsgruppe für die Frauen wird von einer Therapeutin geleitet. Die Patientin oder der Patient kennt die Gruppentherapeutin oder den Gruppentherapeuten bereits aus der Einzeltherapie.

In der Bezugsgruppe werden gruppenspezifische Prozesse wirksam. Veränderungsmotivation und Selbstwirksamkeitserwartung werden unter diesen dynamischen Gesichtspunkten angeregt. Das Selbstbild wird durch die Rückmeldungen aus Fremdwahrnehmung ständig einer kritischen Überprüfung unterzogen. Die Fähigkeit zur Empathie wird mit Hilfe der Gruppe eingeübt. Die Bezugsgruppentherapie ist insgesamt ein umfassendes Trainingsfeld für den Erwerb sozialer Kompetenzen. Als weitere wichtige Wirkfaktoren in der therapeutischen Gruppenbehandlung sind die Kohäsion, die gegenseitige Offenheit und Unterstützung, Vertrauen, eine kooperative Arbeitshaltung zu nennen.

In der Bezugsgruppentherapie gilt es für die Patientin oder den Patienten sich ein besseres Verständnis für die eigene Lebens- und Suchtgeschichte zu erarbeiten, Ambivalenzen in der Abstinenzmotivation auszuloten und letztendlich eine stabile Abstinenzmotivation zu entwickeln. Die Aufarbeitung der eigenen Scham und Schuldgefühle helfen beim Aufbau adäquater Selbstachtung mit

⁵⁵ Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung; a.a.O.

einem gesunden Selbstwertgefühl. Der Bewusstwerdungsprozess dysfunktionaler Beziehungsmuster ermöglicht deren Korrektur. Systemstrukturen in Familie und Beruf, die homöostatisch Veränderungsprozessen entgegenwirken, können nach kritischer Würdigung von den Patientinnen und Patienten variiert werden. Mitentscheidend für eine günstige rehabilitative Prognose sind deshalb neben der therapeutischen Beziehungsqualität die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patientinnen und Patienten und eine entsprechende Ressourcenaktivierung.⁵⁶

5.2.3 Angehörigenarbeit

Wie bereits unter Punkt 3.5.2 beschrieben ist es sinnvoll, das familiäre Umfeld der Patientin und des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. In diesem gibt es häufig dysfunktionale, wenig wachstums- und entwicklungsfähige familiären Strukturen. Im Verlauf der langjährigen Abhängigkeitserkrankung eines Familienmitgliedes haben sich die einzelnen Systemteile durch Anpassung von Verhaltensmustern und Rollenübernahmen immer wieder neu aufeinander eingerichtet und so Lösungen für den Erhalt der Familie geschaffen.⁵⁷ Über eine gewonnene Abstinenz der Patientin oder des Patienten ist die Familie oder das Kontextsystem einerseits glücklich, stellt die Mitglieder jedoch vor erhebliche Änderungsaufgaben und neue Rollengestaltungsnotwendigkeiten. Die Rückgabe von Verantwortung und Entscheidungskompetenzen an die Partnerin oder den Partner, Einschränkungen durch wieder ausgeübte Erziehungsfunktion ge-

⁵⁶ Grawe, Klaus; a.a.O. Seite 420 ff

⁵⁷ Rennert, Monika; Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet.; 1989

genüber den Kindern usw. rufen auch Widerstände hervor. Das Suchtmittel in seiner stabilisierenden Funktion entfällt, damit werden Konflikte sichtbar und wirken destabilisierend auf das gesamte familiäre System. Rückfalltendenzen in Richtung alter Lösungsmuster gehen damit einher. Über die Angebote der regelmäßigen Angehörigengespräche mit der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten und die Möglichkeit der Teilnahme an einem Partnerseminar im Gruppensetting sollen die möglichen Problemfelder antizipiert und aktualisiert werden. Ganz entscheidend in der Behandlung ist jedoch auch die Ressourcenorientierung und –aktivierung der Kontextfaktoren.

5.3. Behandlung von Komorbidität

Leidet die Patientin oder der Patient neben der Abhängigkeitserkrankung zusätzlich an einer psychischen Störung, so hat dieses weitgehende Konsequenzen für die Behandlung. Basdekis-Jozsa und Krausz haben nachgewiesen, dass Komorbidität oft mit Rückfällen und sozialen Problemen verbunden ist⁵⁸.

Die Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen ist somit eine zwingende Voraussetzung für eine individuelle und adäquate Behandlung.

Die häufigsten komorbiden Störungen sind depressive Erkrankungen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.⁵⁹

In der medizinischen Rehabilitation geht es um den ganzen Menschen. Nicht eine Diagnose oder eine Pathologie werden behandelt, sondern körperliche und seelische Störungen werden gleichzeitig in ihrem gegenseitigen Bedingungsge-

⁵⁸ Basdekis-Jozsa, R., Krausz, M.; Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht Aktuell 2002-1; S. 63-67

⁵⁹ ebd.

füge rehabilitiert. Dabei gilt es die Ressourcen der Patientin und des Patienten zur Entwicklung von Copingstrategien zu nutzen.

Die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und der komorbiden Störung erfolgt in unserer Klinik in enger Abstimmung zwischen den Behandlern und Behandlerinnen. Insbesondere die psychiatrische Fachkompetenz wird in die individuelle Behandlungsplanung eingebunden. Durch die Vernetzung mit der psychiatrischen Abteilung des St. Ansgar-Klinikverbundes, der Klinik Twistringen, können Krisen und psychotische Episoden in der Behandlung gegebenenfalls abgedeckt werden.

Die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung der Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen ist in der Fachklinik Bassum obligatorisch. Einer möglichen Reduzierung der Compliance dieser Patientinnen und Patienten aufgrund der Nebenwirkungen ist therapeutisch motivational zu begegnen.⁶⁰ Besondere Bedeutung der Behandlung der komorbiden Störungen kommt der abgestimmten Kombination von Psychotherapie und Soziotherapie zu. Einzelgespräche müssen abgestimmt mit den Inhalten der Gruppenpsychotherapie werden, in den Indikationsgruppen Angst und Depression, soziales Kompetenztraining und Entspannungstraining werden Copingstrategien entwickelt, in den soziotherapeutischen Schulungen wird ein erweitertes Wissen über die eigene Erkrankung vermittelt, die im therapeutischen Milieu erprobt werden können.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung geht es in unserer Behandlung vornehmlich um die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten. Um Retraumatisierung zu vermeiden, werden die Bewältigungsstrategien der Patientin und

⁶⁰ ebd.

des Patienten unterstützt und es ist unser Anliegen, dass die Patientinnen und Patienten in der Therapie für sich einen sicheren inneren Ort finden können. Dieser Prozess beginnt mit den Anamneseerhebungen. Die Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten ist in jedem Fall parteiisch und der traumatische Stress wird während des gesamten Therapieprozesses in allen Behandlungsmodulen berücksichtigt.⁶¹ Um Retraumatisierungen bei den behandelten Frauen zu vermeiden, findet die stationäre Behandlung in der Bezugstherapiegruppe geschlechtsspezifisch statt und die Gruppe wird von einer Therapeutin geleitet. Wie unter Punkt 4.2.3 bereits dargelegt wurde, bewohnen die Frauen einen eigenen Flur mit separatem Aufenthaltsraum.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angst- und Affektiven Störungen zielt auf die Erarbeitung von Copingstrategien und die Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Mit einer empathischen Grundhaltung werden die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der entsprechenden indikativen Gruppen (siehe die Punkte 5.4 folgende) motiviert.

Ein Fortbestehen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter wird auf etwa 30 bis 50% aller betroffenen Patienten geschätzt. Von diesen Patientinnen und Patienten haben ungefähr 13,5 % als komorbide Störungen eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt.⁶²

Das Ziel unserer Behandlung der Patientinnen und Patienten mit der komorbiden Störung ADHS besteht darin, die Potentiale und Ressourcen optimal zu nut-

⁶¹ Reddemann, Luise; Trauma und Traumatherapie. In: Fengler J (Hrsg) Handbuch der Suchtbehandlung; 2002

⁶² Davids, E. (u.a.); Analyse einer Spezialsprechstunde für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen in: Das Gesundheitswesen, Jg. 66 H. 7; 2004

zen, um die oft unzureichenden sozialen Fertigkeiten in der Kommunikation und Umgang mit Konflikten zu verbessern und das Selbstwertgefühl der zu stärken. Dazu werden die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung informiert, welches von den Betroffenen als Entlastung erlebt wird. Die biographische Anamnese wird unter dem Blickwinkel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung einer neuen Konotierung unterzogen. Die Teilnahme am Entspannungstraining (siehe Punkt 5.4.7) und das Erlernen dieser Techniken hilft bei der Stressbewältigung und im Umgang mit den emotionalen Schwankungen. Zur besseren Bewältigung von Konfliktsituationen werden die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme am Sozialen Kompetenztraining (Punkt 5.4.1) motiviert.

5.4 Indikationsgruppen

Neben der Psychotherapie in der Bezugsgruppe werden die Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Diagnosestellung, den entsprechenden Behandlungszielen und den darauf abgestimmten Therapieplan auch in indikative Gruppen eingeteilt. Die Indikativen Gruppen werden entweder von den Ärztinnen oder Ärzten, den Psychologinnen oder Psychologen oder den Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung geleitet. In den Indikationsgruppen haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich neue Handlungskompetenz für ihre spezifische Problematik im Kreis von Gleichbetroffenen zu erwerben.

5.4.1 Soziales Kompetenztraining

In dieser Indikationsgruppe erarbeiten sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten über Rollenspiele oder der Exposition in vivo neue Handlungsmöglichkeiten. Sie können lernen, in Konfliktsituationen angemessener zu reagieren und ihre kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern. Durch den Erwerb weiterer sozialer Kompetenzen entwickeln die Patientinnen und Patienten eine größere Option am gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. Diese Indikationsgruppe hilft den Patientinnen und Patienten auch, sich mit ihren Anschauungen, Wertvorstellungen und Gefühlen auseinanderzusetzen und zu verstehen.

5.4.2 Rückfallprophylaxe

In dieser Indikationsgruppe orientiert sich die therapeutische Arbeit an dem Manual von Körkel J. u. Schindler C.⁶³ Basierend auf dem Rückfallkonzept von Marlatt ist es das Ziel dieser Indikationsgruppe, die Rückfallentwicklung vom situativ begrenzten Konsum zu einer Wiederaufnahme des süchtigen Konsums aufzuhalten.⁶⁴ Weiterhin geht es um die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien in Krisensituationen die in Rückfallgeschehen mit Suchtmitteln münden können.

⁶³ Körkel, J u. Schindler, C.; Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.; Berlin 2003

⁶⁴ Marlatt, G. A. & Gordon, J. R.; Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours; New York 1985

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Additive Behaviors; New York 2008

5.4.3 Raucherentwöhnung

Die tabakbedingten gesundheitlichen Schädigungen sind mittlerweile in unzähligen Studien nachgewiesen. Die Sterberate in Folge des Tabakkonsums liegt in Deutschland bei ca. 120.000 Toten, wobei die Kombination von Tabak- und Alkoholabhängigkeit von besonderer Brisanz ist. Im engeren medizinischen Sinn gilt als tabakabhängig, wer einen inneren Zwang erlebt rauchen zu müssen und ohne den Konsum von Tabak nicht leben kann. Als weitere Kriterien sind das Auftreten von Entzugerscheinungen wie Unruhe und Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Frustrationstoleranz, Depressionen, Angst und Aggressivität und nicht zuletzt ein gesteigerter Appetit zu nennen. Weitere Indizien sind erfolglose Versuche das Rauchen aufzugeben oder der weitere Konsum trotz gesundheitlicher Schädigungen.

Im Kapitel 4.3 Diagnostik wird aufgeführt, dass jede Patientin und jeder Patienten mit Hilfe des Fagerström-Tests auf seine Nikotinabhängigkeit untersucht wird. Allen Patientinnen und Patienten mit einem positiven Befund werden zur Teilnahme an der Indikationsgruppe Raucherentwöhnung motiviert.⁶⁵ In diese Indikationsgruppe werden die Patientinnen und Patienten angeleitet, sich mit ihrem Nikotinkonsum auseinanderzusetzen. Zu Beginn ist die Indikationsgruppe ergebnisoffen, das heißt die Teilnehmenden werden erst im Prozess zur Änderung ihres Tabakkonsums motiviert. Die Therapie orientiert sich an dem verhaltenstherapeutischen Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“⁶⁶ und ist auf der Grundlage des Leitfadens von Batra und Buchkremer zur Tabakentwöhnung

⁶⁵ Batra, A; Buchkremer, G.; Tabakentwöhnung – Ein Leitfaden für Therapeuten; Stuttgart 2004

⁶⁶ Arbeitskreis Raucherentwöhnung (Hrsg.); Nichtraucher in 6 Wochen; Ratingen 1997

konzipiert.⁶⁷ Nach einer Informationsveranstaltung geht es in der ersten Behandlungseinheit um Informationen zur Tabakabhängigkeit und insbesondere um Motivation. Diese Aufgabe zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte Programm. In der zweiten Einheit wird der „Schlusspunkt“ vereinbart und Verhaltensalternativen erarbeitet. Das Besprechen von Erfolg und Misserfolg, positiven Verstärkungen, Rückfallprophylaxe und weiteren Verhaltensalternativen sind die Themen der weiteren Einheiten.

5.4.4 Körpertherapie

Als Grundpostulat unserer Körpertherapie begreifen wir unsere Patientinnen und Patienten als untrennbare Einheit von Körper und Seele. In der körpertherapeutischen Behandlung wird auf die physiologischen Veränderungen, die im menschlichen Körper parallel zu den emotionalen Prozessen stattfinden fokussiert. Diese vegetativen Verbindungen zu den innerpsychischen Prozessen erlaubt deren Bearbeitung auf der körperlichen Ebene mit dem Ziel, die Patientinnen und Patienten zu einer gesunden Selbstregulation zu verhelfen.

Die körpertherapeutische Schulen und Methoden sind sehr vielfältig. In der Fachlinik Bassum wird eine methodenübergreifende Behandlung favorisiert, in die Elemente der Eutonie, Feldenkrais und der Postural Integration einfließen.

⁶⁷ Batra, A; Buchkremer, G.; a.a.O.; 2004

5.4.5 Angst und Depressionen

Zu dieser Indikationsgruppe werden Patientinnen und Patienten motiviert, die neben ihrer Abhängigkeitsproblematik an einer Depression oder Angststörungen leiden.

Der Schwerpunkt der Gruppenbehandlung liegt auf der Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien. Mit der psychoedukativen Vermittlung von medizinischen und theoretischen Grundlagen Entstehung und Aufrechterhaltung psychiatrischer Erkrankungen wird Verständnis für das eigene Empfinden und Verhalten gefördert, mit dem sich ein Umgang mit der Erkrankung erarbeiten lässt. Über den Austausch der individuellen Depressions- und Angstsymptomatiken und den damit einhergehenden Vermeidungsverhaltens wird der Mut zu Expositionsübungen, insbesondere bei den angsterkrankten Patientinnen und Patienten gefördert. Die Auswertung ist ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenbehandlung.

Zusammenhänge von psychiatrischer Symptomatik mit zum Beispiel lebensgeschichtlichen, familiären, sozialen, beruflichen Faktoren werden vor dem Hintergrund der unterschiedlichen psychotherapeutischen Modellvorstellungen erarbeitet und vermittelt.

5.4.6 Erziehungsberatung

In dem Kapitel 3.2 Epidemiologischer Hintergrund wurde bereits auf den gesellschaftlichen Wandel eingegangen. Diese soziologischen Individualisierungsprozesse mit der einhergehenden Auflösung traditioneller Werte und Rollengestal-

tungen führen zu Verunsicherung und Überforderung. Gerade abhängigkeitskranke Eltern haben Probleme in der Gestaltung ihrer Mutter- oder Vaterrolle. Grenzverletzungen und pathologische Rollendiffusionen sind in Familien mit einem abhängigkeitserkrankten Familienmitglied üblich, so dass Ursula Lambrou von der Familienkrankheit Alkoholismus schreibt⁶⁸. In der Indikationsgruppe wird das Erziehungsverhalten reflektiert und die Eltern sollen Sicherheit in ihrer Rollengestaltung gewinnen. Die Eltern lernen die Kommunikationsmuster ihrer Kinder besser zu verstehen und üben sich aktiv in die Gestaltung von Veränderungsprozessen.

5.4.7 Entspannungstraining

Abhängigkeitskranken Patientinnen und Patienten ist das Gefühl für wohltuende körperlicher und seelischer Entspannung weitgehend verloren gegangen. Angstzuständen und Schlafstörungen sind vielfach Folgen der Erkrankung. In der Fachlinik Bassum werden die Patientinnen und Patienten mit Hilfe von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson oder dem Autogenen Training nach Schultz zur Entspannung angeleitet. Die progressive Muskelrelaxation ist ein Verfahren, bei dem zuerst der Aspekt der muskulären Entspannung im Vordergrund steht. Systematische muskuläre Anspannung und Entspannung führen zu Kontrasterlebnissen, die eine zunehmende Entspannung auslösen. Das Entspannungsempfinden tritt sofort ein. Mit zunehmender Übung kommt es über die

⁶⁸ Lambrou, Ursula; Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit; 1990

Muskelentspannung zur Nerven- und Kreislaufentspannung bis hin zur Entspannung des ganzen Menschen⁶⁹.

Das von Schultz entwickelte Autogene Training stellt durch Selbstsuggestion die Einheit zwischen Körper und Seele wieder her. Im Autogenen Training werden die geistige, die gefühlsmäßige und körperliche Ebene des Menschen durch Autosuggestion verbunden. Durch formelhafte Vorsatzbildungen beeinflusst die Patientin oder der Patient das vegetative Nervensystem und entspannt hierüber auch Kreislauf-, Muskel- und Organsysteme.⁷⁰

5.5 Sozialberatung

Abhängigkeitskranke Patientinnen und Patienten haben erhebliche Probleme im sozialrechtlichen, finanziellen und juristischem Bereich, die ihre Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen und erwerbstätigen Leben einschränken. Insbesondere die Reintegration ins Erwerbsleben bedarf eines besonderen Augenmerks, weshalb die Sozialberatung einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation besitzt. In Zusammenarbeit mit den medizinischen und therapeutischen Behandlern und Behandlerinnen berät und unterstützt sie die Patientinnen und Patienten in der Regelung ihrer sozialen Angelegenheiten. Sie berät und leistet Hilfestellung bei der Beantragung von Übergangsgeld, Krankengeld oder der entsprechenden Ersatzleistung. Sie hilft gegebenenfalls bei der Antragstellung zu weiteren Sozialleistungen und vorbereitend bei einer möglichen bezie-

⁶⁹ Brenner H.; Progressives Entspannungstraining. Praxis der Tiefmuskelentspannung, Lengerich 2004

⁷⁰ Brenner H.; Autogenes Training. Der Weg zur inneren Ruhe; Lengerich 2004

hungsweise nötigen Entschuldung. Bei juristischen Fragen ist sie unterhalb der Rechtsberatung tätig, leitet im Bedarfsfall zu einer Beratung durch Rechtsanwälte über.

Ein besonderer Schwerpunkt von Patientinnen und Patienten deren Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung ist, liegt auf der Beratung und Unterstützung zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, einschließlich der Vorbereitung und Einleitung weitergehender Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation nach der stationären oder ganztagsambulanten Therapie. Besuchen bei der Agentur für Arbeit sowie beim Arbeitgeber können von ihr ebenfalls begleitet werden.

Die Patientinnen und Patienten sollen am Ende der stationären oder ganztagsambulanten Behandlung ihre sozialen Angelegenheiten geordnet haben, notwendige Anträge sind gestellt und Maßnahmen zumindest eingeleitet.

Für die Sozialberatung ist ein qualifizierter Sozialarbeiter oder qualifizierte Sozialarbeiterin zuständig.

5.6 Ergotherapie

Ziel der Ergotherapie ist die Förderung umfassender Handlungsfähigkeit auf allen sozialen und kulturellen Gebieten. Auf die Verbesserung krankheitsbedingter Funktionsstörungen im motorischen, sensorischen und kognitiven Bereich zielen die ergotherapeutischen Maßnahmen⁷¹. In der Ergotherapie liegt eine spezielle Fokussierung auf der Förderung von Aktivität und Partizipation. Als manuelle Therapieform ist es ihr immanent, die Aktivität der Patientinnen und Patienten zu fördern. Die Praktikumsplätze der Fachlinik Bassum werden zum einen nach den beruflichen Partizipationsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten gesucht, zum anderen aber auch nach den Teilhabechancen für ehrenamtliches Engagement und der Freizeitgestaltung. Die Ergotherapie in der Fachlinik Bassum hat einen kunsttherapeutischen und einen arbeitstherapeutischen Schwerpunkt.

5.6.1 Kunsttherapie

In der Kunsttherapie haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, durch Arbeit mit unterschiedlichen Materialien und Techniken ihre Kreativität zu entfalten. Diese Therapieform bietet den Patientinnen und Patienten nonverbale Möglichkeiten, die eigenen Gefühle auszudrücken, die sonst nicht bewusst werden. Die Fremd- und Selbstwahrnehmung wird verbessert und antizipierenden Fähigkeiten werden geschult. Vollendete Werkstücke fördern das Selbst-

⁷¹ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O.

bewusstsein und das Selbstwertgefühl. Darüber hinaus spielt das Finden von Freizeitaktivitäten eine große Rolle.

5.6.2 Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie werden die Fähig- und Fertigkeiten der Patientinnen und Patienten individuell und gezielt gefördert, die sie zur die Wiedereingliederung in das Erwerbsleben befähigen. Nach Berufsanamnese werden in einer Befundungs- und Diagnosephase die realistischen Fähigkeits- und Leistungseinschätzungen mit Hilfe von MELBA erhoben (siehe auch 4.3 Diagnostik). Die Fähigkeiten der Patientinnen und Patienten zur Arbeitsausführung, der Handlungsplanung, der Ausdauer, dem Problemlöseverhalten und der Übernahme von Verantwortung werden überprüft, die Grunderwerbsfähigkeiten diagnostiziert. Die sich daraus ergebenden Behandlungsnotwendigkeiten werden mit den Patienten besprochen und gemeinsame Zielvorstellungen entwickelt, die in den Behandlungsplan aufgenommen werden. (Siehe auch Punkt 4.4 individuelle Behandlungsziele und Behandlungsplanung).

Auf externen Praktikumsplätzen können die Patientinnen und Patienten in ihrem Berufszweig an ihren Kompetenzen anknüpfen. Fehlenden Fähigkeiten können aufgearbeitet und neues Selbstvertrauen gewonnen werden. Die therapeutische Begleitung wird durch qualifizierte Ergotherapeuten und –therapeutinnen gewährleistet. Dieses gewährleistet, dass auf Überforderung, arbeitsmedizinische Beeinträchtigungen oder nichtadäquate und zielgerichtete Interventionen unverzüglich reagiert wird. Die Ergebnisse werden mit den Patientinnen und Patienten besprochen und weitergehende Maßnahmen verabredet. Sollte

ein Hirnleistungstraining indiziert sein, findet ein computergestütztes Training zur Förderung der Konzentration und des Leistungsvermögens statt. Das Hirnleistungstraining erfolgt nach Indikation als Einzel- oder als Gruppenanwendung. Alle Ergebnisse werden der Patientin oder dem Patienten in einem ausführlichen Auswertungsgespräch gegebenenfalls unter Hinzuziehung der Ärzte, des Sozialarbeiters, der Psychologen und/oder des Bezugstherapeuten erläutert. Sie finden Berücksichtigung in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung. (Punkt 7.1)

5.7 Lehrküche

Die Fachlinik Bassum verfügt eine Lehrküche mit 6 vollständigen Küchenzeilen. Unter Anleitung einer Hauswirtschafterin mit Ausbildungseignung werden die Patientinnen und Patienten angeleitet, die in der Ernährungsberatung (siehe Punkt 5.8.2) erworbenen Kenntnisse in die Praxis umzusetzen. Darüber hinaus lernen sie, sich selber (wieder) zu versorgen und ihren Haushalt zu führen. Ein wichtiger Bereich menschlicher Aktivität wird mit Hilfe der Lehrküche gefördert, mit der die Patientinnen und Patienten auch lernen, Verantwortung und Sorge für ihre Familien zu tragen.

5.8 Schulungen

Durch die psychedukativen Schulungen wird den Patientinnen und den Patienten primär ein kognitiver Zugang zu ihrer Abhängigkeitserkrankung und den daraus resultierenden körperlichen Folgen und sozialen Partizipationsbarrieren ermöglicht. Sie werden in ihren Aktivitätspotentialen gefördert, bekommen Anregungen zur Teilhabe an gesunden und sozialen Lebensvollzügen. Neue Kenntnisse und Fähigkeiten ermutigen zu neuen Schritten hinsichtlich gesellschaftlicher und erwerbsbezogener Partizipation und Überwindung von Barrieren.

Die Schulungen werden von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt. Für die gesundheitsthematischen Schulungen heißt das, dass vor allem die Ärzte, eine Diätassistentin oder entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt werden. Die Psychologin oder der Psychologe schaffen bei den Patientinnen und Patienten ebenfalls einen kognitiven Zugang zu den Abhängigkeitserkrankungen. Die EDV-Schulungen führen Mitarbeiter mit Kompetenzen in der Erwachsenenbildung durch.

5.8.1 Gesundheitsschulung

Der Gesundheitsschulung oder störungsspezifischen Psychoedukation wird in der Fachlinik Bassum eine besondere Bedeutung zugeordnet. Die zielorientierte und strukturierte Vermittlung von Erkenntnissen über den Krankheitsprozess und die Folgen fördert die Compliance in der Rehabilitation, ist Angst und Stress

mindernd. Die Patientinnen und Patienten erleben sich partnerschaftlich ernst genommen und dieses erhöht die Eigenverantwortung.

5.8.1.1 Suchtstoffe und Abhängigkeitserkrankung

In den Schulungen wird über die Abhängigkeitserkrankungen informiert und auf diese Weise ein Krankheitsverständnis mit den körperlichen, sozialen und psychischen Aspekten entwickelt. Hierzu gehören auch Informationen über die zunehmende Gefahr der Entwicklung polyvalenter Abhängigkeiten und über die verschiedenen Wirkungsweisen von Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine Benzodiazepine, Ecstasy, designer-drugs und Tabak.

Neurobiologische Erkenntnisse über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankungen finden in dieser Schulung genauso Eingang, wie Informationen über Medikamente mit Abhängigkeitspotential.

Ziel der Schulung ist auch durch die Vermittlung von Erkenntnissen und Fakten über die Abhängigkeitserkrankungen die Behandlungs- und die Abstinenzmotivation zu fördern.

5.8.1.2 Somatische Folgeerkrankungen

In dieser Schulung werden die Patientinnen und Patienten über pathologische Organveränderungen aufgeklärt. Informationen über Folgeerkrankungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes, Stoffwechselerkrankungen wie zum Beispiel

Diabetes-mellitus, Leberschäden sind Schwerpunkte dieser psychoedukativen Veranstaltung. Die Patienten haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen, um eine besondere Problematik noch besser verstehen zu können.⁷²

5.8.1.3 Psychische und neurologische Komorbidität

In dieser Schulungsveranstaltung werden die Patientinnen und Patienten über neurologische Auswirkungen und psychiatrische Komorbiditäten informiert. Ziel der Schulung ist ein Verständnis für sich selbst bei den Patientinnen und Patienten zu fördern und der Scham beziehungsweise den Hemmungen über die Komorbidität zu sprechen entgegen zu wirken. Einen wesentlichen Raum nehmen in dieser Schulung die Informationen zu psychopharmakologischen Medikation ein.

5.8.2 Ernährungsberatung

In dieser Veranstaltung werden die Patientinnen und Patienten ausführlich über gesunde Ernährung, die Folgen von Fehlernährung, Übergewicht, Cholesterinwerterhöhungen etc. beraten. Ziel der Ernährungsberatung ist den Patientinnen und Patienten Grundwissen über eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu vermitteln. Dazu werden der Ernährungskreis der Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) und die zehn Regeln der DGE erläutert. Information über Koh-

⁷² Seitz, H.K.; Lieber, C.S; Simanowski, U.A. (Hrsg.); Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden; Heidelberg 2000;

lehydrate und Fette, über Proteine, Vitamine und Mineralstoffe sind ein weiterer Schwerpunkt. Die psychoedukative Schulung wird von einer Diätassistentin durchgeführt.

Im Indikationsfall wird auch eine einzelnen Patientin oder ein einzelner Patient zu seinen Ernährungsgewohnheiten und –fragen beraten. Wird vom behandelnden Arzt eine individuelle Ernährungsberatung angeordnet und in den Behandlungsplan aufgenommen, wird sie von einer Diätassistentin durchgeführt. Ziel der diätetischen Einzelberatungen ist, dem Patienten ausreichendes Grundwissen und Sicherheit zu vermitteln, so dass er in der Lage ist seine Diät eigenständig weiter zu führen.

5.8.3 EDV

Es steht ein moderner Schulungsraum mit aktuellster Technik zur Verfügung, der mit 12 untereinander vernetzten Flachbildschirmarbeitsplätzen ausgestattet ist. An allen Arbeitsplätzen ist eine Internetnutzung möglich. Das EDV - Kursangebot orientiert sich an dem Bedarf der Patientinnen und Patienten. Mit dem Angebot sollen vor allem jene Patientinnen und Patienten ermutigt werden, die bisher kaum Erfahrung in der EDV-Nutzung oder gar große Berührungängste haben. Jede und jeder kann nach dem eigenem Tempo lernen, der Spaß steht im Mittelpunkt. Lerninhalte sind Grundlagen der Betriebssysteme, der Textverarbeitung und der Nutzung des Internets.

Im Aufenthaltsbereich steht ein Internetterminal den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, so dass sie außerhalb der Schulungszeiten das Erlernte selbstän-

dig nutzen und gegebenenfalls sich einen neuen Arbeitsplatz auch per Internet suchen können.

5.8.4 Bewerbungstraining

In dieser Schulung erhalten die indikativ teilnehmenden Patientinnen und Patienten Information für eine erfolgreiche Bewerbung. Zu einer erfolgreichen Reintegration ins Erwerbsleben gehört auch das Wissen um eine adäquate Bewerbung. In dieser Schulungsveranstaltung erhalten die Patientinnen und Patienten Anregungen zur Gestaltung ihrer Bewerbungsmappe und dem Bewerbungsschreiben. Im Anschluss werden Vorstellungsgespräche mit den Teilnehmenden erprobt und analysiert.

5.9 Sport und Bewegungstherapie

Die Sport und Bewegungstherapie wird in unserem Auftrag und unserer ärztlichen Verantwortung vom Sport- und Fitnessstudio Vitalis durchgeführt. (Siehe Punkt 2.6) Vorrangig ist eine aktive und den ganzen Körper beanspruchende Bewegung. Die Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit ist das Ziel. Nach den individuellen Erfordernissen der Patientin oder des Patienten wird ein spezielles Trainingsprogramm zusammengestellt. Spezielle Kurse werden zur spezifischen Verbesserungen einzelner motorischer Fähigkeiten angeboten.

Langfristig soll die Sport- und Bewegungstherapie zur regelmäßigen Sportausübung motivieren. Nicht zuletzt dient die Sport- und Bewegungstherapie der Erprobung der körperlichen Belastbarkeit im Hinblick auf das Erwerbsleben.⁷³ Regelmäßige Besprechungen zwischen der medizinischen Abteilung und den Physiotherapeuten sichern den gegenseitigen Informationsfluss und die Einbindung in den gesamten rehabilitativen Prozess. Die Ergebnisse dieser Auswertungsgespräche werden mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen und fließen in die sozialmedizinische Epikrise (Siehe Punkt 7.1 Leistungsbeurteilung) ein.

6 Krisenmanagement

6.1 Somatische Komplikationen während der Rehabilitationsbehandlung

Patientinnen und Patienten mit somatischen Komplikationen werden entweder über die niedergelassenen Ärzte in der Region behandelt oder aber zur interkurrenten Behandlung stationär in die Fachabteilungen des Klinikverbundes St. Ansgar verlegt. (Siehe auch die Punkte 2.1 und 2.4)

⁷³ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O.

6.2 Psychiatrische Dekompensationen

Patientinnen und Patienten mit akuten psychiatrischen Dekompensationen, die einer psychiatrischen Überwachung oder Akutbehandlung bedürfen, werden in die Klinik Twistringen des St. Ansgar-Klinikverbundes verlegt.

6.3 Der Rückfall mit Suchtmitteln

Da Suchtmittelabhängigkeit als Symptom für tiefer liegende psychosoziale Ursachen anzusehen ist, kann es auch während einer stationären Behandlung, vor allem in Krisensituationen, zu Rückfällen kommen. Über einen Rückfall bietet sich in der Regel die Chance, einen vertieften Eindruck in die Suchtdynamik zu erhalten. Auslösend können zum Beispiel unangenehme emotionale Zustände oder zwischenmenschliche Konflikte sein. Die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Konstellationen, die einen Rückfall mit Suchtmitteln hervorrufen oder begünstigen können, beeinflusst wesentlich die Prognose der Rehabilitationsbehandlung. Ziel der Rückfallprophylaxe ist, die Entwicklung vom situativ begrenzten Konsum zu einer Wiederaufnahme des süchtigen Konsums aufzuhalten.⁷⁴

Grundsätzlich begünstigt die Behandlung durch die enge Verknüpfung von therapeutischem und realem Umfeld eine Aufarbeitung des Rückfallgeschehens. Der erste Rückfall muss nicht zu einer Beendigung der Therapie führen. Es muss

⁷⁴ Marlatt, G. A. & Gordon, J. R.; a.a.O.; 1985

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); a.a.O.; 2008

im Behandlungsteam geprüft werden, inwieweit eine therapeutische Bearbeitung möglich und auch sinnvoll erscheint. Im Rahmen einer Fortführung der Behandlung kann nach einem Rückfall auch eine stationäre Entgiftungsbehandlung erforderlich sein.

Alle Patienten werden schon zu Beginn der Behandlung auf die Notwendigkeit der Abstinenz hingewiesen, es erfolgen unter anderem unregelmäßige Atemalkohol- und Urinkontrollen.

Wichtig für die weitere therapeutische Arbeit mit der Patientin oder dem Patienten ist, dass sie bzw. er die Verantwortung für ihr/sein rückfälliges Suchtverhalten übernimmt. Bei andauernder Verleugnung eines Rückfalls besteht keine Möglichkeit einer therapeutischen Weiterbearbeitung. Die Patientin oder der Patient muss hier ihre/seine Bereitschaft zeigen, den Rückfall zu bearbeiten. Es gilt mit der rückfälligen Patientin bzw. Patienten zusammen eine psychodynamische Hypothese zu erarbeiten, wie es zu dem Rückfall kam, welche Funktion er hatte, so dass ein konkreter therapeutischer Ansatz zur Weiterbehandlung erarbeitet werden kann, um diesen Rückfall im weiteren Prozess zur Erlangung einer dauerhaften Abstinenz positiv nutzen zu können.

6.4 Krisen- und Notfallkonzepte

Im Rahmen des Qualitätsmanagements (Punkt 8) werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig im Umgang mit Krisen- und Notfallsituationen geschult. Inhalt der Schulungen sind auch erste Hilfe Maßnahmen und die Einführung in dem Umgang mit dem Defibrillator. Ein Defibrillator und ein Notfallkoffer werden in der Medizinischen Abteilung vorgehalten. Genaue Anweisungen in

Krisen und Notfallsituationen werden in den Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen im Rahmen des Qualitätsmanagements beschrieben und geregelt.

Im Nachtdienst werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt, die im Notfall den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Klinik Bassum des St. Ansgar-Klinikverbundes rufen. Per Kooperationsvertrag ist diese Dienstleistung vertraglich geregelt. Eine Lichtrufanlage steht den Patientinnen und Patienten in den Patientenzimmern, den Nasszellen und den Örtlichkeiten, die von ihnen allein aufgesucht werden, im Notfall zur Verfügung. (Siehe Punkt 1.4)

Weiterhin werden Krisen- und Notfallsituation im Rahmen des Qualitätsmanagements systematisch erfasst und einem kontinuierlichem Verbesserungsprozess unterzogen.

7 Entlassung und Perspektiven

7.1 Leistungsbeurteilung

Jede Rehabilitationsbehandlung in der Fachlinik Bassum endet mit einer ausführlichen medizinischen Abschlussuntersuchung. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, deren Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung ist, erfolgt eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die ausführlich mit der Patientin oder dem Patienten besprochen wird. Die Ergebnisse aus der Psycho- und der Ergotherapie, insbesondere der Arbeitstherapie sowie die Auswertung der Sport- und Bewegungstherapie werden bei der Leistungsbeurteilung kritisch

gewürdigt. In den verschiedenen Fallbesprechungen und Auswertungsgesprächen sind mit der Patientin oder dem Patienten die Tendenzen beziehungsweise Entwicklungen in der Leistungsfähigkeit rückgemeldet und erörtert worden. So wurden gegebenenfalls im Vorwege schon weitergehende Maßnahmen beantragt oder gezielte Förderungen initiiert.

7.2 Ambulante Weiterbehandlung

Ein Ziel des vernetzten Behandlungskonzeptes ist die Schnittstellen zwischen den ambulanten, akut-stationären, akut-teilstationären und rehabilitativ teil- und vollstationären Behandlungseinrichtungen so zu gestalten, dass für die Patientin und den Patienten eine größtmögliche Behandlungskonstanz gewährleistet ist. Die einzelnen Behandler, werden kontinuierlich informiert und ein sinnvoller Behandlungsplan wird gemeinsam erarbeitet bzw. aufeinander abgestimmt. Aus dem therapeutischen Selbstverständnis der Fachlinik Bassum ergibt sich, dass stationäre Behandlung nur dann indiziert ist, wenn ganztagsambulante Rehabilitation nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Ganztägig ambulant wiederum wird in den Fällen rehabilitiert, in denen das ambulante Setting nicht zu befriedigenden Ergebnissen führt. Von daher werden die Patientinnen und Patienten nach einer entsprechend abgeschlossenen (teil)stationären Behandlung in die ambulante Weiterbehandlung überwiesen. Für die Patientinnen und Patienten besteht in dieser Behandlungsform auch die Chance, die in der klinischen Phase erarbeiteten intrapsychischen Aufarbeitungsprozesse, Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten und Copingstrategien in das Alltagsleben zu integrieren.

Eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen gehört von daher zum Gesamtkonzept der Klinik.

7.3 Selbsthilfegruppen

Die örtliche Selbsthilfegruppe des Patienten ist als Teil eines umfassenden Behandlungsplans, natürlich je nach Einverständnis, in die kooperative Behandlung einzubeziehen. Aufgrund der hervorragenden infrastrukturellen Anbindung der Fachklinik wird den Patientinnen und Patienten empfohlen und ermöglicht, bereits während der (teil)stationären Behandlung sich eine Selbsthilfegruppe zu suchen bzw. diese regelmäßig zu besuchen. Mit den Patientinnen und Patienten wird individuell an dieser Thematik gearbeitet. Sollten Angst oder Scham bei der Kontaktaufnahme hinderlich sein, besteht das Angebot der Klinik, den Erstkontakt zu den Leitungen der Selbsthilfegruppen herzustellen.

8 Qualitätsmanagement

Zur Sicherung der Qualität ist die Fachlinik Bassum bereit, am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen, das Konzept wird regelmäßig den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst.

8.1 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

8.1.1 Strukturqualität

In der Fachlinik Bassum wird ein hoher Anspruch an die fachliche Qualität der medizinischen Rehabilitation der abhängigkeiterkrankten Patientinnen und Patienten gelegt. Um diesem Anspruch gerecht zu werden wurde viel Zeit in die Auswahl qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investiert. Die enge Verzahnung mit der Akutversorgung des St. Ansgarklinikverbundes und den dadurch zur Verfügung stehenden Ressourcen gewährleistet eine Behandlung auf hohem Niveau und ermöglicht eine umfassende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Der 24stündige ärztliche Bereitschaftsdienst sorgt im Hintergrund für die nötige Sicherheit.

Die Strukturdaten in der räumlichen Ausstattung der Klinik, wie Einzelzimmer mit eigenem Duschbad, Lichtrufmöglichkeit im Notfall, PC-Schulungsraum oder Lehrküche erlauben eine entsprechende Qualität in der Behandlung.

8.1.2 Prozessqualität

Zur Steuerung seiner Prozesse und zur Initiierung eines permanenten Verbesserungsprozesses betreibt die Klinik ein internes Qualitätsmanagement. Sie setzt dazu das Qualitätsmanagementsystem der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchtkrankenhilfe, der deQus ein. Das Verfahren beruht auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2000. Die Steuerung der therapeutischen Prozesse gewährleistet eine ärztliche Untersuchung am Aufnahmetag und mindestens auf den folgenden Tag ein therapeutisches Aufnahmegespräch. Wöchentlich stattfindende Visiten und Einzelgespräche werden genauso im internen Qualitätsmanagement gesteuert, wie die Behandlungssteuerung oder die Laufzeiten der Entlassungsberichte.

In den mindestens einmal im Jahr vollzogenen Managementbewertungen werden die Notfall- und Krisensituationen ausgewertet und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

8.1.3 Ergebnisqualität

Patientenbeschwerden werden analysiert und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Rehabilitationsmaßnahme wird in Hinblick auf Verbesserungsprozesse erhoben. Zur Analyse von Ergebnisdaten werden seitens der Klinik Katamnesedaten erfasst und regelmäßig in den jährlichen Managementbewertungen analysiert.

8.2 Fortbildungen, interne und externe Supervision

Die Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden systematisch geplant und ausgewertet. Schulungen zum Datenschutz, zum Hygienemanagement, der Ersten-Hilfe und dem Management in Notfallsituationen werden regelmäßig durchgeführt und die Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird dokumentiert.

Die Teilnahme an der internen und externen Supervision ist obligatorisch.

Die Mitarbeitenden arbeiten in multiprofessionellen Teams und werden durch die ärztliche Leitung begleitet. Regelmäßige Fallbesprechungen und Fallkonferenzen ermöglichen eine umfassende Prozessdiagnostik und adäquate Behandlungsplanung. (Siehe auch Punkt 4.3 und 4.4) Die Systematik der Fallkonferenzen, in denen über alle Patientinnen und Patienten zu Beginn, ungefähr zur Mitte und zum Ende der Behandlung konferiert wird, gewährleistet ein optimales Behandlungscontrolling.

8.4 Dokumentation

Alle medizinischen und therapeutischen Gespräche und Interventionen werden per EDV dokumentiert. Über die Fallbesprechungen und Fallkonferenzen wird ein Protokoll angefertigt, welches Teil der Patientenakte ist. Der Entlassungsbericht wird mit der Aufnahme der Patientin oder des Patienten begonnen, soweit er nicht durch den Vorlauf in den Kombinationsbehandlungen bereits begonnen wurde, und über die Behandlung fortgeschrieben. Innerhalb von 14 Tagen

nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten liegt der Bericht der weiterbehandelnden Stelle und/oder dem Leistungsträger vor.

Die Patientenakte wird in einem speziellen Stahlschrank gelagert, nach der Entlassung wird ausschließlich eine elektronische Fassung auf einem mehrfach gesichertem Serverlaufwerk bei den von Bodelschwingschen Anstalten in Bethel gespeichert.

Schlusswort

Das vorliegende Konzept verstehen wir als die Arbeitsgrundlage für unseren Prozess zu vernetzten Behandlungsstrukturen in der Fachlinik Bassum. Diesen Prozess werden wir im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements kontinuierlich überprüfen und diese Konzeption regelmäßig aktualisieren. Rückmeldungen unserer Kooperationspartner und Leistungsträger sind uns herzlich willkommen, Anregungen nehmen wir gerne in die Konzeption auf.

Einen ganz herzlichen Dank an all diejenigen, die uns bei dem Prozess zur Erarbeitung dieser Konzeption und beim Aufbau des Therapiezentrums Niedersachsen-Bremen gGmbH mit der Fachlinik Bassum und der Fachabteilung Cleanic unterstützt haben und unseren Weg mit begleitenden Gedanken mitgegangen sind.

Verantwortlich für diese Konzeption sind:

Martin Hoppe
Dipl. Sozialarbeiter/Sozialpädagoge
Sozialtherapeut
Qualitätsmanager - (ärztliches internes Qualitätsmanagement)
Klinikleitung

Gunther Eichstädt
Facharzt für Psychiatrie
Chefarzt – Klinikleitung

Literatur

Amaral et al., Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit; 1992

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12; Frankfurt 2006

Arend, H.; Alkoholismus; 1994.

Bandura, A.; Principles of behavior modification; 1969

Bauriedl; Zur theoretischen und praktischen Integration von psychoanalytischer und systemischer Auffassung 1994

Batra, A.; Wassmann; R.; Buchkremer; G. (Hrsg.) ; Verhaltenstherapie; 2006

Beck; Ulrich; Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main 1986

Bethel - Gemeinschaft verwirklichen, Unsere Vision und unsere Ziele 2007 bis 2011, v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel, Dezember 2006

Blömeke, Ulrich; Dissertation Zur Wirksamkeit einer ambulanten Suchtrehabilitation für Alkoholabhängige in einer Tagesklinik, Hamburg 2004

Deutsche Rentenversicherung Regionalträger Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover und Nord Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland; 2009

Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen; 1999

Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistung zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/ Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004

Grawe, Klaus; Neuropsychotherapie; Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag; 2004

Heigl-Evers, A., Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Kassel 1977

ICF-Praxisleitfaden, Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); Frankfurt am Main - 2. überarbeitete Auflage Mai 2006

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Hrsg.: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen; 2005

Konzept für eine vernetzte Versorgungs- und Behandlungsstruktur für Menschen mit Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen in der Region Diepholz

Konzeption Modulare Kombinationsbehandlung bei substanzbezogenen Störungen im regionalen Therapieverbund „Unterweser“, 2007

Kooperationsvereinbarung des regionalen Therapieverbundes zur modularen Kombinationsbehandlung „Unterweser“, 2006

Kooperationsvereinbarung zum Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem

Krystal, H., Raskin, H.A. Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion, Göttingen 1983

Leitbild der Einrichtungen der Alexianer Brüdergemeinschaft GmbH, Münster

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors; New York 2008

Marlatt G. A. & Gordon, J. R.; Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours; New York 1985

Prochaska JO u. DiClemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice (19), 1982

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund; 1. Auflage 7/2007
Reddemann, Luise; Trauma und Traumatherapie. In: Fengler J (Hrsg) Handbuch der Suchtbehandlung; 2002

Rennert, Monika; Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet.; 1989

Rost, W.-D.; Psychoanalyse des Alkoholismus; Stuttgart 2001

Seitz, H.K.; Lieber, C.S; Simanowski, U.A. (Hrsg.); Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden; Heidelberg 2000

Sucht Aktuell 1/2005

Suchtgefahren, 3/1989

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.Mai 2001

Vereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsen (LAG FW), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen - Hannover, 20. Juli 2006

Vogt, I; Frauen und psychotrope Substanzen: Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe. Zeitschrift für Frauenforschung; 1996

Wienberg, Günther; (Hrsg.) ; Die vergessene Mehrheit. - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992

Wienberg, Günther; Driessen, Martin; [Ed.]; Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit - Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen; Bonn 2001