

Rehabilitationskonzept

Fachlinik St. Vitus

Visbek



Stand : Oktober 2019

Version 3-2019

Betriebsstätte
der Fachkliniken St. Marien-St. Vitus GmbH



Gendersensible Behandlung von Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen und komorbiden Störungen

Dr. med. Thomas W. Heinz Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor

Sabine Lottermoser Leitende Ärztin

Sabine Zentner Leitende Psychologin

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	03
2. Allgemeines	05
3. Beschreibung der Einrichtung	06-07
4. Rehabilitationskonzept	08-14
4.1 Theoretische Grundlagen	
4.2 Indikation und Kontraindikation	14-16
4.2.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	
4.2.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit	
4.3 Rehabilitationsziele	16
4.4 Rehabilitationsdauer	16-17
4.4.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	
4.4.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit	
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	17-18
4.6 Rehabilitationsprogramm	18
4.6.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	
4.6.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit	
4.7 Rehabilitationselemente	23
4.7.1 Aufnahmeverfahren	
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	
4.7.3 Medizinische Therapie	
4.7.4 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	
4.7.4.1 Fachabteilung Alkohol- u. Medikamentenabhängigkeit	
4.7.4.2 Fachabteilung Cannabis- u. Amphetaminabhängigkeit	
4.7.4.3 Andere Gruppenangebote	
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	
4.7.7 Freizeitangebote	
4.7.8 Sozialberatung	
4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining/ Ernährung	
4.7.10 Angehörigenarbeit	

- 4.7.11 Rückfallmanagement
- 4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege
- 4.7.13 Weitere Leistungen
- 4.7.14 Beendigung der Leitungen zur medizinischen Rehabilitation

5.	Personelle Ausstattung	51-52
	5.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit	
	5.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit	
6.	Räumliche Gegebenheiten/Ausstattung	53
7.	Kooperation und Vernetzung	54
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	55
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	56-57
10.	Notfallmanagement	57
11.	Fortbildung	57
12.	Supervision	57
13.	Behandlungsordnung	57
14.	Literaturverzeichnis/ Quellennachweis	58-62

Anhänge

1. Einleitung

Das hier vorgelegte Konzept beschreibt die medizinische Rehabilitation abhängigkeitskranker Frauen in der Fachklinik St. Vitus in Visbek.

Zwei Fachabteilungen werden nachfolgend beschrieben: Sowohl zur Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit als auch zur Therapie von Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit.

In beiden Abteilungen werden die Therapie der komorbiden Störungen und in Teilen auch die arbeits- und sozialtherapeutischen Angebote im Case-Mix der Abhängigkeiten durchgeführt, um die Synergien innerhalb der Fachklinik effektiv und ressourcenschonend zu nutzen.

Dabei ist das Vorgehen substanzbezogen, hoch individualisiert und an den Problemen und Zielen der beruflichen und sozialen Teilhabe jeder einzelnen Patientin orientiert.

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist eine kirchlich-caritative Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. Unsere Ausrichtung ist geprägt vom christlichen Verständnis der Würde und der Grundrechte eines jeden Menschen. Unserem Leitbild entsprechend hat jeder Mensch Anspruch auf Achtung seiner Persönlichkeit und Individualität. Die achtsame Wertschätzung des Gegenübers in seinem Handeln, seinen Stärken und seinen Schwächen ist unabdingbare Voraussetzung im respektvollen Umgang mit den Patientinnen, im Mitarbeiter-Team und in der Therapie ein zentrales therapeutisches Mittel.

Die Fachklinik ist als Rehabilitationseinrichtung für abhängigkeitskranke Frauen in ihrer Zielsetzung auf das Erhalten oder die Wiederherstellung der beruflichen Leistungsfähigkeit der Patientinnen ausgerichtet und bietet den Patientinnen Unterstützung für eine hierauf gerichtete Neuorientierung ihres Lebens. Diese Ziele der Teilhabe an allen wichtigen Lebensbereichen werden über die Herstellung eines möglichst hohen Maßes an körperlicher, psychischer Gesundheit und sozialer Kompetenz erreicht.

Das Behandlungsprogramm ist auf die Besonderheiten frauenspezifischer Krankheitsbilder und Therapieangebote ausgerichtet.

Wertschätzung, Respekt und Hilfe zur Selbsthilfe sind die Grundlage unserer individuellen professionellen Arbeit für Frauen mit Abhängigkeitserkrankungen. Multiprofessionell erfolgt unsere Arbeit auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse und Leitlinien.

Die Fachlichkeit und Qualität unserer Arbeit wird auch geprägt durch die Kooperation und den regelmäßigen fachlichen Austausch mit den Leistungsträgern, psychosozialen Beratungsstellen, betrieblichen Sozial- und Suchtberatungsstellen, Kliniken, Arztpraxen, Nachsorgeeinrichtungen, Agenturen für Arbeit, anderen Trägern beruflicher Rehabilitation sowie den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege.

Wenn ambulante ärztliche Behandlung und Anbindung an Suchtberatungsstellen nicht mehr ausreichen, um Abhängigkeitsstörungen mit daraus folgenden psychischen, sozialen und organischen Funktionsstörungen zu beheben, wenn die durch Abhängigkeit bedingten Schädigungen nicht nur zur vorübergehenden Beeinträchtigung der Aktivitäten geführt haben, sondern auch die Teilhabe am Erwerbsleben beeinträchtigen, ist eine teilstationäre oder stationäre medizinische Rehabilitation angezeigt. Diese erfordert ein umfassendes,

ganzheitlich angelegtes und interdisziplinäres stationäres Rehabilitationskonzept, wie es von der Fachklinik St. Vitus vorgehalten wird.

Die therapeutischen Maßnahmen sind multimodal angelegt. Je nach den individuellen Vorerfahrungen und aktuellen Notwendigkeiten werden tiefenpsychologische, verhaltenstherapeutische, dialektisch-behaviorale, gestalttherapeutische und systemische Psychotherapieverfahren integriert. Außerdem werden, aufgrund des Schwerpunktes „Abhängigkeit und Trauma“, traumatherapeutische Verfahren angewendet und stetig weiterentwickelt. Das Behandlungsangebot wird durch nonverbale Therapieverfahren ergänzt. Adäquate Therapiebausteine machen die umfassende Behandlung von komplex erkrankten Patientinnen im Rahmen der Rehabilitation möglich. Der Behandlungsplan wird individuell auf die vorliegenden Störungsbilder und deren Schweregrad angepasst.

Ziel ist die Sicherung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit mit sozialer und beruflicher Teilhabe einer jeden Patientin; im Einzelfall kann auch die Verhinderung von progredient-chronifizierten Verläufen im Mittelpunkt stehen.

Das im Folgenden dargestellte Konzept befindet sich in einem dynamischen Prozess der permanenten Aktualisierung und Weiterentwicklung. Dieser Prozess wird aktiv von allen MitarbeiterInnen getragen und orientiert sich am Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse, an den Erfordernissen der praktischen Arbeit, wie sie durch die Patientinnen an uns herangetragen werden und nicht zuletzt an den Vorgaben der Leistungsträger.

2. Allgemeines

Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH
Dammer Str. 4a
49434 Neuenkirchen
Telefonnummer 05493/502-0
Faxnummer 05493/502-179

Fachklinik St. Vitus
Ahlhorner Sr. 32
49429 Visbek
Telefonnummer 04445/899-0
Faxnummer 04445/899-180
Träger: Stiftung St. Vitus - St. Marien, Visbek
Institutionskennzeichen (IK) VS: 111 170 019
info@sucht-fachkliniken.de
www.sucht-fachkliniken.de

Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor:

Dr. med. Thomas W. Heinz

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Rehabilitations- und Sozialmedizin, Qualitätsmanagement, Suchtmedizin

Verkehrsmedizinische Begutachtung, Traumatherapeut, EMDR-Therapeut, Sexualtherapeut

Leitende Ärztin:

Sabine Lottermoser

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitende Psychologin:

Sabine Zentner

Psychologische Psychotherapeutin

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Eine Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen über 18 Monate liegt vor.

3. Beschreibung der Einrichtung

Die Fachklinik St. Vitus ist eine Betriebsstätte der Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH. Sie ist eine Einrichtung zur gendersensiblen Rehabilitation abhängigkeiterkrankter Frauen mit einem Trauma-Schwerpunkt. *Die Klinik hat 95 stationäre Therapieplätze.*

In enger Anbindung an die katholische Pfarrgemeinde St. Vitus in Visbek und mit deren finanzieller und personeller Unterstützung wurde 1924 das St. Vitus-Stift als Allgemeinkrankenhaus in Betrieb genommen. Träger war die Stiftung St. Vitus-Stift.

1975 wurde das Allgemeinkrankenhaus in eine Fachklinik für alkoholabhängige Frauen umgewandelt. Diese Einrichtung mit damals 40 Therapieplätzen arbeitete zunächst rein sozialtherapeutisch. Seit 1979 steht die Fachklinik unter ärztlicher Leitung. Durch umfangreiche Baumaßnahmen wurde sie schrittweise auf derzeit 90 stationäre Behandlungsplätze erweitert.

Ab 01.01.2010 ist die Fachklinik St. Vitus eine Betriebsstätte der „Fachkliniken St. Marien – St. Vitus GmbH“; die Fachklinik St. Marienstift (Neuenkirchen-Vörden) ist der andere Unternehmensteil. Die Gesellschaft ist kooperatives Mitglied im Landescaritasverband und unterliegt der Aufsicht des Bischöflich Münsterschen Offizialates. Die Fachklinik St. Vitus ist die einzige Frauensuchtfachklinik in Norddeutschland mit dem Schwerpunkt Abhängigkeit und Trauma.

Durch die Nähe zu den Bundesautobahnen A1, A28 und A29 ist die Klinik mit dem Auto gut zu erreichen. Per Bus oder Bahn kann die Anreise über die Nachbarstädte Wildeshausen, Ahlhorn oder Vechta erfolgen.

Die Gemeinde Visbek hat fast 10.000 Einwohner. Eingebettet in die typisch oldenburgisch-münsterländische Natur mit ausgedehnten Wäldern, grünen Wiesen, Bächen und Mühlenteichen bietet der Ort Visbek mit seinen 13 Bauernschaften viel Ruhe- und Erholungsmöglichkeiten. Etwa 20% des Gemeindegebietes liegt in Landschaftsschutzgebieten, wobei die Flächen für Naherholung als besonders wertvolle Gebiete eingestuft sind.

Die Fachklinik St. Vitus ist gut in die Gemeinde integriert. Durch die über Jahre gewachsenen Kontakte zu örtlichen Betrieben und Institutionen gelingt es, Patientinnen in externe Arbeitserprobungsmaßnahmen zu vermitteln. Die realitätsnahe Belastungserprobung ermöglicht eine zutreffende sozialmedizinische Beurteilung und macht den Patientinnen Mut, die Wiedereingliederung ins Erwerbsleben anzustreben.

Durch enge Kooperation mit den Arztpraxen im Ort ist es jederzeit möglich, auch akute und komplizierte körperliche Erkrankungen mitbehandeln zu lassen. Auf diese Weise ist eine umfangreiche, fachübergreifende organmedizinische Versorgung der Patientinnen gewährleistet. Außerdem besteht eine honorarärztliche Versorgung durch einen erfahrenen Facharzt für Innere Medizin, der zu wöchentlichen Konsilen in die Fachklinik kommt.

Es besteht eine enge Kooperation mit den Suchtberatungsstellen der Region. Unsere Fachklinik ist eingebunden in ein Netzwerk aller an der Therapie Abhängigkeitskranker beteiligten Institutionen. Im Rahmen eines Trägerverbundsystems besteht eine Form von

Integrierter Versorgung von Abhängigkeitskranken mit qualifizierter Entgiftung im St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme und Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen.

Die Fachklinik St. Vitus verfügt über einen behindertengerechten Zugang in die Einrichtung, über Fahrstühle, die ausreichend groß sind für einen Rollstuhl und eine Begleitperson; auch ein evtl. Weitertransport mit Hilfe einer Trage ist im Fahrstuhl möglich.

Das Therapieangebot unserer Klinik richtet sich an volljährige Frauen. Aufnahmen erfolgen aus dem gesamten Bundesgebiet. Belegende Leistungs- und Kostenträger sind die Deutsche Rentenversicherung Bund in Berlin (Federführer), die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover, Nord und Westfalen, aber auch andere regionale Versicherungsträger und die Deutsche Rentenversicherung Bahn Knappschaft und See. Ferner wird die Klinik von verschiedenen Krankenkassen und Selbstzahlern belegt.

Es findet die Therapie Abhängigkeitserkrankter von Alkohol, Cannabis, Amphetaminen, Medikamenten, von Essstörungen und Impulskontrollstörungen, insbesondere in Komorbidität mit Traumafolgestörungen, schweren dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen statt.

Es werden Langzeittherapien, Kurzzeittherapien, Stabilitätsorientierte Festigungstherapien (StoF) und Kombi-Behandlungen durchgeführt. Die Ausrichtung auf spezielle Therapieprogramme, die Ausweitung und Differenzierung vielfältiger Indikationsgruppen und die Mitentwicklung von Kombinationstherapien bieten passgenaue Therapiemöglichkeiten, um eine individualisierte, an den komorbiden Störungen und Therapiezielen orientierte Rehabilitation durchführen zu können.

Nach Prüfung von Indikation und Rehabilitationsfähigkeit werden regelmäßig auch schwangere Patientinnen aufgenommen.

Für Mütter, die ihre Kinder nicht im häuslichen Umfeld belassen können, besteht die Möglichkeit der Mitbehandlung der Kinder in der nahegelegenen Jugendhilfeeinrichtung St. Vinzenz-Haus in Cloppenburg. Für Mütter, deren Kinder während der Rehabilitation fremduntergebracht sind, werden Hilfeplankonferenzen und Teamgespräche mit den Betreuern und dem Jugendamt ebenso wie gegenseitige Besuche - gegebenenfalls auch mit Übernachtung - fest in den Therapieplan integriert.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Allgemein

Suchtmedizin als Teil der Psychiatrie verfügt über ein sich kontinuierlich weiter entwickelndes Fachwissen, das die Suchtmedizin wie die gesamte Psychiatrie und Psychotherapie aus eher individualistisch geprägten Therapieansätzen hin zu evidenzbasierter Behandlung erweitert. Therapieansätze werden immer differenzierter und effizienter - auch durch die wachsende Kenntnis der biologischen und psychologischen Grundlagen der Erkrankungen.

Trotz dieser Erkenntnisse bleiben aber die im Alltag zu bewältigenden Probleme die gleichen oder zumindest sehr ähnlich wie seit Jahrzehnten: Bei den meisten Betroffenen liegen schwierige familiäre und partnerschaftliche Beziehungsstrukturen und -gestaltungen vor, auch Schwierigkeiten im Arbeitskontext sind Probleme die immer wieder auftreten, und die Familien z.T. über Generationen begleiten. Auch sind soziale Randgruppen weiterhin ebenso wie Erkrankte mit psychischer Komorbidität gefährdet, eine Abhängigkeitserkrankung zu entwickeln.

Nach dem SORCK-Modell der Verhaltenstherapie sind für ein dysfunktionales Verhalten wie Suchtmittelkonsum verschiedene Faktoren relevant: die Auslöser/Stimuli (S), die Organismusvariable (O), in der sich die biologische Ausstattung und Lerngeschichte des Individuums spiegelt, die Konsequenzen (C) des Verhaltens und die Kontingenz (K), d.h. wie die Konsequenzen an das Verhalten gekoppelt sind.

Eine Abhängigkeitserkrankung ist durchweg auf ganz verschiedenen Ebenen repräsentiert. Sie hat Bezug zum sozialen Umfeld, aus dem sich häufiger die Auslöser sowie ein Teil der Konsequenzen des Verhaltens ergeben, sie fußt auf einer biologischen Komponente. Häufig finden sich zudem im Bereich der Organismus-variablen auffällige Persönlichkeitsstrukturen mit Problemen im Interaktionsverhalten (vgl. Margraf 2000, Beck et al. 1997).

Für eine erfolgreiche Therapie sind die o.g. Faktoren zu berücksichtigen. Eine alleinige medikamentöse Behandlung ist genauso wenig ausreichend wie die alleinige psychotherapeutische Behandlung der Abhängigkeit. Aufgrund der unterschiedlichen Entstehungsbedingungen und aufrechterhaltenden Faktoren, sollte die Behandlung der Substanzstörung nicht im Case-Mix erfolgen. Die komplementären und die Teilhabe fördernden rehabilitativen Elemente können jedoch synergistisch genutzt werden.

Grundlage der Behandlung ist die Förderung des Selbsteffizienzerlebens zur Stärkung der Selbstverantwortung. Die bei Substanzabhängigen regelhaft vorliegende Ambivalenz muss immer wieder durch eine Rückversicherung des Therapie-Commitments aufgelöst werden, um die individuellen Rehabilitationsziele, eine nachhaltige Festigung der Abstinenz und eine Verbesserung von Teilhabe zu erreichen. Im Verlauf einer gezielten Therapie können neue Strategien eingeübt werden, die letztendlich Voraussetzungen sind, um im Alltag suchtmittelfrei bestehen zu können. Dies ist Grundlage für die Besserung und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Teilhabe, die dann wiederum die Abstinenz sichern kann.

Nach dem gesetzlichen Auftrag bewilligt die Deutsche Rentenversicherung Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende

Leistungen, um den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegen zu wirken oder sie zu überwinden. Dadurch sollen Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben verhindert oder eine dauerhafte Eingliederung ins Erwerbsleben (§§ 9 und 10 SGB VI) erreicht werden.

Das vorliegende Therapiekonzept ist an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Verständnisses der Krankheitsentwicklung ausgerichtet.

Im Sinne des Krankheitsfolgemodells des ICF¹ der Weltgesundheitsorganisation treten in der medizinischen Rehabilitation die Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit als Folge der zugrundeliegenden Erkrankungen nach ICD in den Vordergrund.

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Die Ergebnisse repräsentativer Umfragen und Hochrechnungen des Statistischen Bundesamtes zeigen dass insgesamt 3,38 Mio. Erwachsene in Deutschland von einer alkoholbezogenen Störung in den letzten zwölf Monaten betroffen waren. (Missbrauch: 1,61 Mio.; Abhängigkeit: 1,77 Mio.) 74.000 Todesfälle werden jährlich durch Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Tabak und Alkohol verursacht.

Mit 322.608 Behandlungsfällen wurde im Jahr 2016 die Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ als zweithäufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern gestellt. Bei Männern war dies die häufigste Hauptdiagnose in Krankenhäusern (234.785 Behandlungsfälle). Direkte und indirekte Kosten des Alkoholkonsums in Deutschland werden mit rund 40 Mrd. Euro beziffert.

Bei Missbrauch und Abhängigkeit von Arzneimitteln handelt es sich meist um die Langzeitanwendung von Tranquilizern und Schlafmitteln (z.B. mit den Wirkstoffen Lorazepam, Diazepam, Zolpidem und Zopiclon). Es gibt ungefähr 1,2 bis 1,5 Millionen Menschen in Deutschland die von einer Arzneimittelabhängigkeit betroffen sind, dazu zählen überwiegend ältere Menschen, davon sind die meisten Frauen.

Feuerlein beschreibt in einem Dreiecksmodell die multikonditionale Genese des Alkoholismus durch das Zusammenwirken von Individuum, Sozialfeld und Droge (Feuerlein 1975). Dieses Modell ist immer noch geeignet, nicht nur die Genese der Alkoholabhängigkeit, sondern auch die jeder Abhängigkeitserkrankung und generell jeder psychischen Störung zu beschreiben. Er stellte seinerzeit erstmals eine „ganzheitliche“ Betrachtungsweise vor, die eine monokausale Ursache ablehnt und damit einen komplexen Arbeitsansatz impliziert. Das Modell ist auf beide Geschlechter anwendbar.

Nach Entzugsbehandlung bzw. einem qualifiziertem Entzug sollte vorzugsweise eine nahtlose Postakutbehandlung angeboten werden. Postakutbehandlungen erfolgen häufig als Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation zur Entwöhnung von Suchtmitteln mit den Zielsetzungen Erhalt, Verbesserung oder Wiederherstellung der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Abhängigkeitskranken und zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gesellschaft.

Es sollte eine komplexe, individualisierte, an den Problemen und Zielen des betroffenen Menschen angepasste Behandlung angeboten werden. Dabei ist es unumgänglich verschiedene Interventionen zu kombinieren, die Behandlung muss deshalb von einem multiprofessionellen Team, wie es eine Rehabilitationsklinik bieten kann, durchgeführt werden.

¹ Internationale Klassifikation der Funktionsstörungen, Behinderungen und Gesundheit

Dabei umfasst die leitliniengerechte Therapie psychotherapeutische Angebote mit motivationalen Interventionsformen, kognitiver Verhaltenstherapie, Kontingenzmanagement, Angehörigenarbeit, Gruppen- und Einzeltherapie, Mitbehandlung der komorbiden Störungen und deren adjuvante medikamentöse Behandlung.

Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Im epidemiologischen Suchtsurvey aus dem Jahr 2015 ist Cannabis bei Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren die am häufigsten konsumierte illegale Droge.

Cannabis ist in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Dies zeigt sich nicht nur in den verstärkten Bemühungen, eine medikamentöse Nutzung unter entsprechender Indikation zuzulassen, sondern auch in einem gesellschaftlichen Einstellungswandel hin zu einer Sichtweise, die immer weniger die fortbestehende Illegalität des Cannabiskonsums in den Vordergrund rückt und entsprechend auch Konsumgewohnheiten neu bewertet. Dieser Prozess der Enttabuisierung und schleichenden Legalisierung wirkt sich massiv auf Konsumhäufigkeit und Konsumverbreitung aus, aber auch auf die gesellschaftliche Gefährdungsbewertung der Droge und nicht zuletzt auf die Gestaltung therapeutischer Interventionsstrategien.

Cannabis ist zumindest bei jungen Erwachsenen neben Alkohol eine häufig konsumierte Droge. War es früher eine mehr oder minder bewusste Selbstzuordnung zu einer Subkultur, die sich nicht nur einer anderen Form des Rausches, sondern auch einer abweichenden Lebensplanung verschrieben und wohl auch deshalb eine höhere Affinität zu anderen, „härteren“ Drogen hatte, gehört Cannabiskonsum heute zum mehr oder minder „normalen“ Erprobungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener. Die Drogenwirkung wird in Relation zu anderen Rauscherfahrungen gesetzt, entsprechend bevorzugt oder als weniger befriedigend bewertet. Konsequenterweise geht damit auch ein Anstieg des problematischen und abhängigen Konsums einher.

Ähnlich wie beim Alkoholkonsum ist der anfängliche Cannabisgebrauch vor allem durch soziale Erfahrungen in der Jugendzeit geprägt, beim fortgesetzten Missbrauch tritt der funktionale Einsatz der Rauschwirkung in den Vordergrund. Unsicherheit, Schüchternheit oder depressive Stimmungstiefs, aber auch Unruhe, ADHS-Symptomatik und Symptome von Traumafolgestörungen können subjektiv zumindest kurzfristig positiv beeinflusst werden. Die zunehmende Beschränkung auf diese drogengestützte Bewältigungsstrategie führt schließlich zu einer in Einzelfällen auch massiven Abhängigkeit, deren Entzugssymptome oft in Gestalt einer psychischen Symptomatik wie innerer Leere, Freudlosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen, Unruhe sowie Schlafstörungen und Appetitlosigkeit auftreten. Die Entzugssymptome können aber auch, wie bei jeder anderen Abhängigkeitserkrankung ihre Grundlage in einer körperlichen Anpassung/Veränderung haben und sich bei hochdosiertem längerfristigen Gebrauch auch in mehr körperorientierten Symptomen äußern. Etwa 6% der Cannabiskonsumanten gelten als abhängig, etwa 70 % der Cannabisabhängigen leiden an weiteren psychischen Störungen. Der Konsum selbst führt oft auch längerfristig zu Einschränkungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und des Gedächtnisses.

Cannabiskonsum geht häufig mit dem schädlichem Gebrauch von Alkohol und weiteren Drogen (besonders Amphetaminen, Ecstasy, Kokain und so genannten *Legal Highs*) einher. Zunehmend werden auch Konsumformen beobachtet, die dämpfende und aktivierende Wirkungen von Cannabis in regelmäßiger Kombination mit anregenden Drogen

gleichberechtigt zusammenführen. Je nach genauer Ausgestaltung sind hier Amphetamine oder amphetaminähnliche Substanzen die Mittel der Wahl. Sie werden entweder in besonderen Lebenssituationen zur Steigerung von Antrieb und Aktivität eingesetzt. Ziel ist, dadurch den durch regelhaften Cannabiskonsum hervorgerufenen psychischen Zustand zu unterbrechen, oder aber es entsteht ein Nutzungsschema, in dem sich Cannabiskonsum und der Konsum von Amphetaminen regelmäßig abwechseln. Schließlich werden Verläufe beobachtet, in denen beide Drogen zur Kontrolle einer komorbid vorliegenden psychischen Störung (hier v.a. Depressionen, Ängste, Traumafolgestörungen - aber auch psychotische Erkrankungen) eingesetzt werden. Auch das bei regelmäßigem Cannabiskonsum häufig auftretende amotivationale Syndrom, das die soziale und berufliche Teilhabe stark einschränkt oder ganz verhindert, kann mit Amphetaminen über einen gewissen Zeitraum vermeintlich gut kompensiert werden.

Nicht nur die akuten Drogenwirkungen und der Suchtdruck, sondern auch die längerfristigen psychischen Veränderungen der Motivationsentwicklung und -aufrechterhaltung (amotivationale Syndrom) können einer suchttherapeutischen Maßnahme diametral entgegenstehen. Deshalb ist zumindest bei fortgeschrittener Abhängigkeitsentwicklung ein ambulanter Ansatz wenig erfolgversprechend.

Cannabis- und auch Amphetaminabhängige rekrutieren sich mehr und mehr aus der Mitte der Gesellschaft, deshalb ist der häufige Therapieansatz in reinen Drogenbehandlungsstätten, deren Konzepte ursprünglich primär auf Opiatabhängige oder polytoxikomane Patienten ausgerichtet sind, schwierig. Patienten in diesen Einrichtungen agieren häufig aufgrund interpersoneller Probleme, die durch die Abhängigkeit bedingt sind und wegen der meist vorliegenden gestörten Persönlichkeitsstruktur, auf dissozialem oder Borderline-Niveau. Dies stört oder verhindert dann die Entwöhnung der cannabis- und amphetaminabhängigen PatientInnen, die auf einem höheren Strukturniveau agieren könnten oder können. Die meist jüngeren Patienten werden dann in dysfunktionales Verhalten der Anderen „mitgezogen“ und können soziale und/oder berufliche Teilhabe nur erschwert erreichen.

Da alkoholabhängige Patienten zumeist ebenfalls eher auf einem höheren Strukturniveau agieren, kann eine stationäre Langzeitentwöhnung für die Patientengruppe der Cannabis- und Amphetaminabhängigen in einer Einrichtung mit diesem Behandlungskonzept einen teilhabestabilisierenden Rahmen geben. Sie bietet die Möglichkeit, die psychischen Probleme, die zur Abhängigkeit geführt haben, aufzuarbeiten, Entwicklungsverzögerungen und suchtmittelbedingte Defizite zu verbessern. Gleichzeitig bietet sie einen Rahmen, um neue Interessen und soziale Fertigkeiten zu entwickeln, die vor Ort im Mikrokosmos „Fachklinik“ erprobt und in die Außenwelt übertragen werden können. Auch das Lernen am Modell wird damit gefördert. So wird eine Reintegration in Gesellschaft und Arbeitswelt erleichtert.

Die o.g. Patientengruppe bringt sehr eigene psychosoziale Probleme mit sich, es handelt sich häufig um jüngere Menschen, deshalb müssen im Rahmen der Rehabilitation zusätzliche, spezielle Behandlungsangebote vorgehalten werden.

Orientiert an den sozialmedizinischen, psychischen und physischen Einschränkungen haben wir ein spezielles Behandlungskonzept entwickelt, um dieser Patientengruppe gerecht zu werden, sie individuell zu fördern und sie in der Erlangung der sozialen und beruflichen Teilhabe zu stärken.

Suchterkrankungen bei Frauen

Unabhängig von den genetischen, biologischen und intrapsychischen Erklärungsversuchen stimmen die mit süchtigen Frauen Arbeitenden darin überein, dass es häufig benennbare Gründe für die Abhängigkeitsentwicklung gibt, die eindeutig mit der spezifischen Mädchen- und Frauensozialisation zusammenhängen. Abhängigkeit kann sich bei Frauen durch gesellschaftlich verankerte negative Erfahrungen, die die Verarbeitungsfähigkeit und Affekttoleranz der Betroffenen deutlich überschreitet entwickeln. Suchtmittel und Suchtverhalten werden eingesetzt, um emotionale Blockierungen zu lösen und/oder unerträgliche (z. B. Ohnmacht, Angst, Hilflosigkeit) oder nicht erlaubte Gefühle (z. B. Aggressionen) zu kontrollieren, dadurch können überfordernde Situationen vorübergehend besser ertragen werden. Sehr selten wird das Suchtmittel als aktives Bewältigungsmittel, z.B. zur Stärkung aggressiver Fähigkeiten eingesetzt (Meier et al. 1995).

Es gibt verschiedene Entwicklungstypen der Abhängigkeitsentwicklung bei Frauen. Frauen mit später Suchtentwicklung sind meist über 30 Jahre alt und weisen eine typische Frauensozialisation auf. Aus Töchtern, die geschlechtsspezifische Rollenerwartungen einlösen werden sorgende Ehefrauen und Mütter, die sich nicht aus den abhängigen Strukturen des Elternhauses lösen. Den meisten dieser Frauen fehlt eine eigenständige Identität, sie beziehen sich in ihren Wertvorstellungen bis ins Erwachsenenalter auf nicht hinterfragte Autoritäten der Herkunftsfamilie und der späteren Beziehungspartner, denen die Gefühlswelt untergeordnet wird. Diese Frauen erleben, dass die getreuliche Befolgung der erlernten Rolle nicht einbringt was sie verspricht, nämlich die Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen in der Geschlechterbeziehung (Camenzind 1992). Das Suchtmittel wird typischerweise gegen Einsamkeit, Überforderung und Frustration eingesetzt. Die Lebensbedingungen dieser Frauen bieten wenige Möglichkeiten, ein stabiles Selbstwertgefühl zu entwickeln. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation wird von ihnen daher auch nicht als Möglichkeit zur Änderung begriffen, sondern verursacht Schuldgefühle und den Zwang, die negativen Gefühle herunterzuschlucken (s.a. Merfert-Diete et al. 1984).

Frauen mit früher Suchtentwicklung sind oft in Familienstrukturen aufgewachsen, die von innerer und sozialer Desintegration und mangelnder Bildung geprägt sind und in denen oftmals mindestens ein Elternteil süchtig war/ist. Häufig wechselnde Bezugspersonen, Heimaufenthalte und körperliche, seelische und sexuelle Gewalterfahrungen sind typisch. Diese Patientinnen beginnen zum Teil bereits in der Kindheit oder in der Pubertät den Suchtmittelkonsum - oft beginnt in dieser Zeit auch gestörtes Essverhalten oder eine Essstörung.

Entsprechend einer Meta-Analyse von Simpson und Miller aus dem Jahr 2002 (53 Studien: 32 über Frauen, 18 über Männer/Frauen, 5 über Männer) wurden 27% - 67% der suchtmittelabhängigen Frauen sexuell missbraucht, 33 % wurden körperlich misshandelt (9% bis 29% der Männer erlitten sexuellen Missbrauch, 24 % - 53 % körperliche Gewalt). In einer anglo-amerikanischen Studie hatten bis zu 50 % der Suchtpatienten eine Lebenszeitprävalenz für eine PTBS. Dabei wirkt die emotionale Vernachlässigung/Misshandlung, die bei bis zu 80 % vorlag (Kutscher et al., 2002) ebenfalls traumatisierend.

Auch in der TRAUMAB-Studie von Driessen et al (2008) bestätigte sich, dass Frauen doppelt so häufig wie Männer betroffen waren. Dabei litten 25% der Untersuchten, die sich zum Untersuchungszeitpunkt in ambulanter oder stationärer Behandlung befanden an einer akuten oder

chronischen Traumafolgestörung. Bei den Patienten mit schwerer Drogenabhängigkeit waren 34% der Untersuchten betroffen.

Nebendiagnose Psychogene Essstörungen

Ungefähr 25% unserer Patientinnen leiden neben den stoffgebundenen Abhängigkeiten und komorbiden Traumafolgestörungen sowie Persönlichkeitsstörungen zusätzlich unter einer psychogenen Essstörung im Sinne einer Bulimie (F50.2), einer Anorexia nervosa (F50.00 und F50.01) oder einer Binge eating disorder (F50.8). Bei einigen traumatisierten Patientinnen mit komplexen Traumafolgestörungen und Abhängigkeit, finden wir auch gestörtes Essverhalten oder weitere Essstörungssymptomatik (Erbrechen, Hungern, eingeschränkte Nahrungsauswahl oder übermäßige Bewegung), ohne dass die Symptomatik ausreichend für eine Essstörungsdiagnose nach ICD 10 ist. Etwa 10% Patientinnen sind adipös und zeigen gestörtes Essverhalten.

Für die Behandlung dieser Patientengruppe ist es deshalb unabdingbar, zu Beginn der Behandlung in der Diagnostikphase die führende Störung festzustellen und vorrangig in den Behandlungsfokus zu nehmen. Ist die führende Störung eine psychogene Essstörung bzw. liegt gestörtes Essverhalten im Rahmen einer PTBS vor, greift unser spezialisiertes Behandlungskonzept.

Das zentrale Symptom, unter dem Patientinnen mit diesen Störungsbildern leiden wird insbesondere in den krankhaften Veränderungen des Essverhaltens gesehen, dies führt oft zu quälenden inneren Spannungszuständen, die dann mit Suchtmittelkonsum, Selbstverletzungen oder auch Erbrechen reguliert werden. Es liegt ein pathologischer Umgang mit Nahrung vor, in Form von restriktiver Nahrungsaufnahme bei Anorexie, Heißhungerattacken mit Erbrechen bei Bulimie, Heißhungerattacken ohne Erbrechen bei Binge-Eating oder überhöhter Kalorienzufuhr bei Adipositas.

Die beiden ersten Störungsbilder gehen zudem mit einer übermäßigen Beschäftigung mit den Themen „Figur, Nahrung und Gewicht“ einher. Charakteristisch sind Störungen des Körperbildes sowie Selbstwertprobleme. Weitere Merkmale sind psychosoziale und sexuelle Probleme, Depressionen, starkes Kontrollbedürfnis und extrem ausgeprägte Leistungsorientiertheit.

Unser Konzept orientiert sich am Behandlungsprogramm nach Legenbauer und Vocks bei Anorexie und Bulimie (wird darauf später verwiesen? Quelle!).

Auch für diese Gruppe von Patientinnen gelten die sonst üblichen Aufnahmekriterien für unsere Klinik. Bei Patientinnen mit gesicherten Essstörungsdiagnosen, aber auch bei Patientinnen bei denen sich aus den Vorbefunden ein Hinweis auf eine psychogene Essstörung findet, führen wir vor Aufnahme in der Regel ein Vorgespräch; dieses kann auch telefonisch stattfinden. Dabei wird nach dem Krankheitsverständnis, der Motivation, der Veränderungsbereitschaft und der aktuellen Essstörungssymptomatik (Essverhalten, Erbrechen, Gewichtsreduktionsmaßnahmen und Körperschemastörungen) sowie Vorbehandlungen gefragt. Der Patientin wird das Essstörungskonzept erläutert und sie wird darauf hingewiesen, dass neben der Bearbeitung der zugrundeliegenden Probleme die Arbeit an der Symptomreduzierung unabdingbar ist und wir in unserem Setting mit verhaltenstherapeutischen Verträgen arbeiten. Darüber hinaus werden Rahmenbedingungen für die Aufnahme abgesprochen. Eine aktuelle Laboruntersuchung mit Blutbild, Leberwerten, Pankreaswerten und Elektrolyten sollte vor Aufnahme vorliegen. Patientinnen, die einen BMI unter 16 aufweisen können in unserem Setting nicht behandelt werden.

Da die Hauptindikation unserer Fachklinik Abhängigkeitserkrankungen sind, orientiert sich die Behandlungsdauer an diesen Indikationen (Alkohol/Medikamente bis zu 15 Wochen, illegale

Substanzen Drogen bis zu 26 Wochen, Auffangbehandlung Alkohol und Medikamente bis zu 6 Wochen und Auffangbehandlung Illegale Drogen bis 10 Wochen, StoF ab 3 Wochen.

Bei Therapiebeginn erfolgt die Diagnosestellung durch die Bezugstherapeuten. Fragen zu Essverhalten, Laxantien- und Diuretikamissbrauch und körperlicher Aktivität sind im Fragenkatalog der Bezugstherapeut/Innen bei Aufnahme enthalten.

Bei allen Patientinnen, auch bei denen mit Adipositas und Binge eating disorder, wird die Veränderungsmotivation in Bezug auf alle vorliegenden Störungen erfragt und ein darauf abgestimmter Therapieplan erarbeitet. Alle therapeutischen Interventionen orientieren sich dabei am rehabilitativen Auftrag, der Stabilisierung der Abstinenz, der sozialen und beruflichen Teilhabe.

4.2 Indikationen und Kontraindikationen

4.2.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet auf die Rehabilitationsbehandlung von bis zu 55 volljährigen abhängigkeiterkrankten Frauen.

Indikationen zur Behandlung sind:

- Alkoholabhängigkeit (ICD10 F10.2)
- Medikamentenabhängigkeit (ICD10 F13.2 ICD10 F11.2, ICD10 F55)

und als Nebendiagnosen:

- Einfache und komplexe Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastungen (ICD10 F43.0, ICD10 F43.1, ICD10 F43.2, ICD10 F62.0)
- Dissoziative Störungen (ICD10 F44)
- Dissoziative Identitätsstörung (ICD10 F44.81)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD10 F60)
- Essstörungen (ICD10 F50.0, ICD10 F50.2, ICD10 F50.4, ICD10 F50.5, ICD10 F50.8)
- Somatoforme Störungen (ICD10 F45)
- Affektive Störungen (ICD10 F30 bis ICD10 F38)
- Phobische Störungen (ICD10F40 bis ICD10F42)
- *Pathologische Glücksspielabhängigkeit (ICD10 F63.0)*
- Kaufsucht (ICD10 F63.8)
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD10 F20, ICD10 F21)
- Tabakabhängigkeit (ICD10 F17.2)
- Kaufsucht (ICD10 F 63.8)
- Hypersexualität (ICD10 F52.7)

Nicht in unserem Setting behandeln können wir:

- schwerwiegende hirnorganische Störungen mit erheblicher Desorientierung oder sonstige schwerwiegende Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- akute schwerwiegende psychotische Erkrankungen
- akute Suizidalität
- schwere akute körperliche Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit
- langjährige Heroinabhängigkeit, langjährig substituierte Patientinnen und Patientinnen unter Substitution

Bei allen genannten Haupt- und Nebendiagnosen muss Rehabilitationsfähigkeit bestehen, diese wird bei Bedarf im Rahmen von Vorgesprächen und während der Rehabilitation kontinuierlich fachärztlich und/oder von erfahrenen approbierten TherapeutInnen geprüft.

Die Rehabilitationsdauer richtet sich dabei nach der Hauptindikation

4.2.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Das Behandlungskonzept ist ausgerichtet auf die Rehabilitationsbehandlung von bis zu 40 volljährigen abhängigkeiterkrankten Frauen.

Indikationen zur Behandlung sind:

- Cannabisabhängigkeit (ICD10 F12.2)
- Amphetaminabhängigkeit (ICD10 F15.2)
- Kokain (ICD10 F14.2)
- Polytoxikomanie (ICD10 F19.2)

und als Nebendiagnosen:

- Einfache und komplexe Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastungen (ICD10 F43.0, ICD10 F43.1, ICD10 F43.2, ICD10 F62.0)
- Dissoziative Störungen (ICD10 F44)
- Dissoziative Identitätsstörung (ICD10 F44.81)
- Persönlichkeitsstörungen (ICD10 F60)
- Essstörungen (ICD10 F50.0, ICD10 F50.2, ICD10 F50.4, ICD10 F50.5, ICD10 F50.8)
- Somatoforme Störungen (ICD10 F45)
- Affektive Störungen (ICD10 F30 bis ICD10 F38)
- Phobische Störungen (ICD10 F40 bis ICD10 F42)
- *Pathologische Glücksspielabhängigkeit (ICD10 F63.0)*
- Kaufsucht (ICD10 F63.8)
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD10 F20, ICD10 F21)
- Tabakabhängigkeit (ICD10 F17.2)

Nicht in unserem Setting behandeln können wir:

- schwerwiegende hirnorganische Störungen mit erheblicher Desorientierung oder sonstige schwerwiegende Einschränkungen der intellektuellen Fähigkeiten
- akute schwerwiegende psychotische Erkrankungen
- akute Suizidalität
- schwere akute körperliche Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit
- langjährige Heroinabhängigkeit, langjährig substituierte Patientinnen und Patientinnen unter Substitution

Bei allen genannten Haupt- und Nebendiagnosen muss Rehabilitationsfähigkeit bestehen, diese wird bei Bedarf im Rahmen von Vorgesprächen und während der Rehabilitation kontinuierlich fachärztlich und/oder von erfahrenen approbierten TherapeutInnen geprüft.

Die Rehabilitationsdauer richtet sich dabei nach der Hauptindikation.

4.3 Rehabilitationsziele

Grundlegende Ziele der Rehabilitationsmaßnahme sind die Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht hinsichtlich der Abhängigkeitserkrankung und der komorbiden Störungen, Erhaltung und Stabilisierung der dauerhaften Abstinenzfähigkeit, Symptomreduktion, Bewältigung und Vermeidung von Rückfallsituationen, Selbstmanagement, Verbesserung von Konflikt- und Krisenbewältigung, Hinführung zu einer gesunden Lebensführung, berufliche Wiedereingliederung sowie Hilfen im sozialen Umfeld unter aktiver Einbindung der Rehabilitandin.

Die oben genannten Ziele sind nur zu verwirklichen, wenn neben den abhängigkeitspezifischen Zielen auch Veränderungen in den Problembereichen erreicht werden, die in funktionalem Zusammenhang mit dem Suchtmittelkonsum der Patientin stehen oder für die Stabilisierung der Abstinenz von Bedeutung sind.

Die Behandlungsziele legen wir gemeinsam mit jeder Patientin individuell fest. Die Ziele werden während der Behandlung immer wieder überprüft und gegebenenfalls verändert.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Rehabilitationsdauer richtet sich nach den Vorgaben der Leistungsträger und gestaltet sich wie im Folgenden dargestellt.

4.4.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Stationär

- *Langzeitbehandlung bis zu 15 Wochen*
- Wiederholungsbehandlung bis zu 10 Wochen
- Kombinationsbehandlung bis zu 8 Wochen
- Kombi-Nord-Behandlung bis zu 13 + 2 Wochen

In den wöchentlichen Fallbesprechungen und in der Visite durch die ärztliche Leitung werden die individuellen Therapieziele überprüft, wenn notwendig und möglich die Therapiedauer über Budget angepasst, gegebenenfalls bei vorzeitiger Erreichung der Therapieziele mit regulärer Beendigung verkürzt.

Beim Vorliegen komorbider Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen wird eine Verlängerung dann in Betracht gezogen, wenn die Patientin eine deutliche Zunahme der Veränderungskompetenzen zeigt, bei einer manifesten Traumafolgestörung die Expositionsbehandlung in Frage kommt und eine Verlängerung zur Erlangung der sozialen und beruflichen Teilhabe sozialmedizinisch dringend indiziert ist.

4.4.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Stationär

- *Langzeitbehandlung bis zu 26 Wochen*
- Wiederholungsbehandlung bis zu 16 Wochen
- Kombinationsbehandlung bis zu 16 Wochen

- Kombi-Nord-Behandlung bis zu 22 + 3 Wochen

In den wöchentlichen Fallbesprechungen und in der Visite durch die ärztliche Leitung werden die individuellen Therapieziele überprüft, wenn notwendig und möglich die Therapiedauer über Budget angepasst, gegebenenfalls bei vorzeitiger Erreichung der Therapieziele mit regulärer Beendigung verkürzt.

Bei Vorliegen einer Suchterkrankung mit Nebendiagnosen wie Traumafolge- oder Persönlichkeitsstörungen wird eine Verlängerung dann in Betracht gezogen, wenn die Patientin eine deutliche Zunahme der Veränderungskompetenzen zeigt, bei einer manifesten Traumafolgestörung die Expositionsbehandlung in Frage kommt und eine Verlängerung zur Erlangung der sozialen und beruflichen Teilhabe sozialmedizinisch dringend indiziert ist.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Da sowohl Genese der Erkrankung, als auch Symptomatik und Problematik der einzelnen Patientin unterschiedlich sind, ist es notwendig gemeinsam mit jeder Patientin eine individuelle, realistische Rehabilitationsplanung im Hinblick auf erreichbare Therapieziele herauszuarbeiten.

Die Therapeuten ermutigen ihre Patientinnen deren Ressourcen zu nutzen und sinnvoll zu stärken. Dabei wird auf Erreichbarkeit, Kleinschrittigkeit und positive Formulierungen geachtet, immer unter Beachtung der Wirkung auf Nachhaltigkeit und Teilhabeförderung im Rahmen der Rehabilitation.

Grundlage für dieses Vorgehen ist eine strukturierte Diagnostik. Sie erfolgt multidisziplinär im Rahmen der Psycho-, Arbeitstherapie und Sozialberatung und medizinisch durch die behandelnden Ärzte. Die deskriptive Diagnostik umfasst Suchtentwicklung, medizinische, psychische, berufliche und soziale anamnestische Untersuchungen.

Darüber hinaus ist die Diagnostik für die Therapie und die Erarbeitung diagnosegestützter psychotherapeutischer Interventionen notwendig. Zusammenhänge zur Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome und bestimmter Verhaltensweisen werden mit Verhaltensanalysen erfasst und verständlich gemacht. Die Erfassung psychogenetischer und psychodynamischer Zusammenhänge ist ebenfalls Bestandteil der Diagnostik.

In der Verlaufsdagnostik werden die therapiebedingten Veränderungen festgestellt und ggfs. Korrekturen und Ergänzungen gegenüber den Eingangsbefunden vorgenommen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 1996).

Zusammenfassend werden mit der Patientin die Auslöser und körperbedingten Variablen ihres Suchtverhaltens, die Konsequenzen und Kontingenzen analysiert und daraus folgernd das Rehabilitationsprogramm entsprechend zusammengestellt. Die erarbeiteten Ziele werden regelmäßig auf Erreichung bzw. Aktualität hin überprüft und ggf. wird das Rehabilitationsprogramm angepasst. Zentrales Ziel dabei bleibt die Erreichung der beruflichen und sozialen Reintegration. Kontinuierlich wird mit der Patientin analysiert, ob zu Erreichung der Ziele nach der Rehabilitation weitere Leistungen bzw. Maßnahmen notwendig sind und zeitnah geplant und eingeleitet werden müssen. Entsprechend wird auch der Teilhabebedarf ermittelt, um die Indikation für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zu prüfen und deren

Beantragung einzuleiten. Wenn notwendig wird zeitnah über die Sozialberatung Kontakt zur Agentur für Arbeit oder zum Reha-Fachberater hergestellt.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik St. Vitus beinhaltet die Therapie von Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit, Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit und von Mehrfachabhängigkeit.

Die multidisziplinäre Entwöhnungstherapie findet in einem integrativen Setting mit verhaltenstherapeutischen, tiefenpsychologischen, gestalttherapeutischen, systemischen und Traumatherapie spezifischen Elementen statt. *Jede Patientin erhält einen individuellen, auf die Rehabilitationsziele und die vorliegenden Nebendiagnosen angepassten Therapieplan. Bei den Nebendiagnosen wird zu Beginn die führende Störung neben der Suchterkrankung bestimmt und behandelt, da sie den Rehabilitationsverlauf im Sinne der Suchterkrankung am Anfang stören könnte und damit therapeutisch handlungsleitend sein sollte. Während der Rehabilitation werden die therapeutischen Strategien regelmäßig überprüft, angepasst und erweitert.*

Nach eigenen Stichproben aus 2018 weisen 80-85% unserer Patientinnen eine komorbid vorliegende (zumeist komplexe) Traumafolgestörung unterschiedlicher Ausprägung auf, wobei das Suchtmittel häufig zur Unterdrückung von Symptomen dieser Störung dient. In diesen Fällen ist der Suchtmittelkonsum als ein dysfunktionaler Bewältigungsversuch zu sehen, der in die Entwicklung einer eigenständigen Abhängigkeit mündet. Zusätzlich zu den Stressregulierungsproblemen der Traumafolgestörung treten dann Stressoren der Abhängigkeit auf, die wiederum die Symptome der Traumafolgestörung negativ beeinflussen. Meist liegen frühe Traumatisierungen in Kindheit und Jugend vor. Hinzukommen können Bindungsstörungen und Bindungstraumatisierungen, Vernachlässigung und Parentifizierung aber auch Traumatisierungen im Rahmen von Beziehungen im erwachsenen Leben. Diese Patientinnen haben meist eine komplexe Traumafolgestörung mit hoher Diagnoselast, niedriger Stresstoleranz, fast fehlender innerer Sicherheit und dysfunktionalen Verhaltensmustern. Es kann zu dissoziativen Symptomen und unterschiedlich ausgeprägter somatoformer, struktureller Dissoziation bis hin zur dissoziativen Identitätsstörung kommen. Aufgrund der mannigfaltigen Symptome und der Individualität der Patientinnen im Sinne ihrer meist schweren Komorbiditäten, wird nach spezifischer Diagnostik, Zielsetzung und Therapieplanung ein individuelles Behandlungskonzept mit der Patientin ausgearbeitet. Dieses richtet sich nach der psychischen Stabilität und Belastbarkeit, es beinhaltet alle Phasen einer Traumabehandlung: von Stabilisierung, Traumaverarbeitung und Integration des Erlebten, außerdem Sinnfindung, Stabilisierung der bzw. Wiedereintritt in soziale und berufliche Teilhabe.

Ungefähr 25 % der Patientinnen leiden unter Essstörungen, meist Bulimie, gefolgt von Anorexie. Grundlegend für die Behandlung sind ein konkret gestörtes Essverhalten sowie der Body Mass Index (BMI). Patientinnen werden ab einem BMI von 16 aufgenommen, auch während der Rehabilitation darf der BMI nicht unter diesen Wert fallen. Ziel ist eine Steigerung des Gewichts in Richtung Normalgewicht. Bei bulimischem Verhalten ist die Symptomreduktion, das heißt die Verringerung des Ess-Brech-Verhaltens das angestrebte Ziel. Anorexie und Bulimie gehen mit der übermäßigen Beschäftigung mit den Themen Figur, Nahrung und Gewicht einher. Charakteristisch sind Störungen des Körperbildes sowie Selbstwertprobleme. Weitere Merkmale sind psychosoziale und sexuelle Probleme,

Depressionen und extrem ausgeprägte Leistungsorientiertheit. Im Rahmen der Diagnostik wird geprüft, ob eine Essstörung, eine Störung des Essverhaltens im Rahmen einer Traumafolgestörung oder eine Kombination aus beidem vorliegt. Das Ergebnis dieser Diagnostik ist therapeutisch handlungsleitend sowohl in der Einzeltherapie als auch in der Therapieplangestaltung und der Zielsetzung in Bezug auf die Essstörung. Bei der Festlegung aller Behandlungsschritte wird der ausgeprägte Autonomiekonflikt dieser Patientinnen berücksichtigt.

Eine stetig steigende Anzahl von Patientinnen leidet unter einer Persönlichkeitsstörung, dabei werden vor allen Dingen die Störungen aus den Clustern B und C der Persönlichkeitsstörungen nach ICD10 aufgenommen. Schwerpunkt dabei ist die emotional instabile Persönlichkeitsstörung, sowohl der Borderline- als auch der impulsive Typ und narzisstische Ausprägungen. Die Gruppe der selbstunsicheren, dependenten und zwanghaften Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen wird stetig größer. Immer wieder kommt es zur Diagnosestellung einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit Anteilen aus den Clustern B und C. Wird in der Aufnahmephase der Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung gestellt, wird der SKID II als Fragebogen mit anschließendem Interview durchgeführt, um die Diagnose zu bestätigen. Da Patientinnen mit Persönlichkeitsstörungen im Klinikalltag oft unter Spannungszuständen und ausgeprägten interpersonellen Problemen leiden, werden sie zu Beginn in der Gruppe „Umgang mit inneren Spannungen“ stabilisiert, ein an die DBT nach Linehan angelehntes Therapiemanual, was in der Klinik entwickelt wurde. Die zumeist vorliegende komorbide Traumafolgestörung wird stabilisierend behandelt, eine Traumaexposition findet in diesem Falle nur bei stabiler Persönlichkeitsstörung mit Aufgabe der dysfunktionalen Verhaltensweisen (z.B. Selbstverletzung, Suizidalität und Substanzkonsum) statt. Das Setting einer Rehabilitationsklinik ist bei strukturiertem, an die jeweilige Persönlichkeitsstörung angepasstem Vorgehen wegen der Fokussierung auf die soziale und berufliche Teilhabe sehr gut für dieses meist junge Klientel geeignet. Der rehabilitative Rahmen ermöglicht genug äußere Struktur, um dem inneren Chaos entgegenzuwirken, in der äußeren Sicherheit alte, dysfunktionale Muster aufzugeben und stattdessen neue funktionale Muster zu etablieren.

Daher bieten wir ein ganzheitliches Therapiekonzept an, das sich aus verschiedenen Therapiebausteinen (Arbeitstherapie, Sozialberatung, Einzel- und Gruppentherapie, Physiotherapie Indikationsgruppen) zusammensetzt, deren Ziel es ist, die berufliche und soziale Teilhabe der Patientinnen wiederherzustellen.

Liegt neben der substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung eine Verhaltenssucht als Nebendiagnose wie pathologisches Glücksspiel und/oder Kaufsucht vor wird diese mitbehandelt.

Im psychotherapeutischen Fokus stehen nicht nur störungsspezifische Aspekte der Verhaltenssucht, wie Kontrollillusionen, Geldmanagement, erlaubte und verbotene Spiele, sondern auch die komorbiden Störungen wie PTBS, Persönlichkeitsstörungen und Depressionen. Aufgrund der häufig vorliegenden finanziellen Probleme werden diese Patientinnen eng an der Sozialdienst angebunden.

Das oben dargestellte Rehabilitationsprogramm wird sowohl in der vollstationären Rehabilitation als auch in Kombinationsbehandlungen, Festigungs- und Wiederholungsbehandlungen sowie in ganztägig ambulanter Rehabilitation angeboten.

Kombibehandlung

Um Behandlungen noch individueller zu gestalten, und einen Wechsel zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Einheiten flexibel zu ermöglichen bei gleichzeitiger Berücksichtigung eines möglichst wohnortnahen Gesamtbehandlungsangebotes, führen wir Kombinationsbehandlungen durch - dies im Rahmen von Kombi-Bund und Kombi-Nord.

Die ambulante Phase der Kombi-Bund- Behandlung kann bundesweit durch alle von der DRV Bund vertraglich zugelassenen ambulanten Rehabilitationseinrichtung Abhängigkeitskranker in Anspruch genommen werden.

Bei Kombi-Nord handelt es sich um ein gemeinsames Kombi-Therapiemodell der drei norddeutschen Rentenversicherungsträger (DRV Oldenburg/Bremen, DRV Braunschweig/Hannover und DRV Nord).

Mit der Kombinationsbehandlung soll eine flexible Gestaltung der ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Therapiemöglichkeiten in Form von Modulen erreicht werden und Schnittstellenprobleme verringert werden. Durch eine möglichst wohnortnahe Behandlung können Kontextfaktoren der Patientinnen besser berücksichtigt werden. Außerdem soll durch eine modulare Kombibehandlung die Quote derer gesenkt werden, die nach einer regulären Behandlung wieder rückfällig werden. Durch die enge Zusammenarbeit mit verschiedenen ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Leistungsanbieter sowie den zuständigen Leistungsträgern kann die Qualität der Behandlung verbessert werden.

Im Rahmen von Kombinationstherapien finden stationäre Module in der Fachklinik St. Vitus statt. Das Angebot richtet sich an Alkohol- und Medikamentenabhängige und cannabis- und amphetaminabhängigen Patientinnen unter Berücksichtigung der komorbiden Störungen/Nebendiagnosen.

Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an der Gesamtkonzeption unserer Fachklinik.

Zu Beginn der Kombinationsbehandlung erfolgt eine ausführliche mit der Patientin abgestimmte Therapieplanung, die in einem Behandlungsplan niedergelegt wird. Im Laufe der Maßnahmen kann dieser Behandlungsplan je nach den Erfordernissen angepasst und verändert werden.

Im Rahmen eines Übergabegesprächs gemeinsam mit der Patientin, der jeweils abgebenden und aufnehmenden Einrichtung, erfolgt die Übergabe der Patientin von einem Behandlungssetting in das andere. Es dient vor allem dazu, den gegenwärtig erreichten Therapiestand darzustellen und weitere Zielsetzungen für das nächste Behandlungsmodul abzugleichen.

Dabei sind die stationären Therapiemodule bei der Kombi Bund Behandlung auf 8 Wochen (Ind. Alkohol und Medikamente bzw. bis zu 16 Wochen illegale Drogen begrenzt. Verlängerungen kommen in dieser Phase nicht in Betracht.

Stabilisierungsorientierte Festigungsbehandlung (StoF)

Seit 2001 ergänzt dieses Programm das stationäre Therapieangebot unserer Klinik. Es wurde in Kooperation mit der DRV Braunschweig-Hannover (Habekost und Wiegand, 1999) und der Fachklinik St. Marienstift entwickelt und in einem einjährigen Modellprojekt erfolgreich in unseren Kliniken erprobt und zwischenzeitlich von vielen Leistungs- und Kostenträgern anerkannt. „Es handelt sich um eine Rehabilitationsleistung gem. § 15 SGB VI, die ihren Schwerpunkt auf sämtliche Komplikationen legt, die sich in der Zeit der bisherigen Trockenheit ergeben haben und die Erwerbsfähigkeit oder -tätigkeit erneut gefährden“ (Habekost und Wiegand 1999). Das Angebot richtet sich an Patientinnen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit (ICD 10 F10.2).

Mit Hilfe von StoF kann die bisherige Abstinenzentwicklung unter therapeutischer Anleitung reflektiert und die aktuelle Lebenssituation neu bewertet werden. Im geschützten Rahmen der Klinik können gezielt problematische Alltagssituationen, schwierige Beziehungen und die damit verbundenen Emotionen bearbeitet und ein neues, realistisches Ziel für eine zufriedener Lebensführung entwickelt werden.

Zielgruppe sind Patientinnen, die zwar noch abstinent leben, aber

- deren Erwerbsfähigkeit wegen der Abhängigkeitserkrankung erneut akut und erheblich gefährdet ist
- sich unsicher fühlen, ihre Abstinenzentscheidung weiter durchzuhalten
- sich in psychischen Krisen befinden
- unter noch nicht bewältigten Störungen im Verhalten, Erleben oder in sozialen Beziehungen leiden
- an körperlichen oder seelischen Erschöpfungszuständen, oder
- an erfolglosen Strategien der Lebensbewältigung leiden

Weitere Voraussetzungen sind

- Regulär beendete Entwöhnungsbehandlung und mindestens einjährige Abstinenz
- mindestens zweijährige Suchtmittelabstinenz, die ohne Entwöhnungsbehandlung mit Hilfe von Selbsthilfegruppenanschluss erreicht wurde

Die StoF-Behandlung dauert 20 Tage und wird bei ausreichender Patientenzahl als geschlossene Gruppe durchgeführt. Ansonsten erfolgt die Integration in eine bestehende Bezugsgruppe. Die Anreise ist immer am Montag. Eine Verlängerung ist nicht möglich.

Der Therapieansatz ist verhaltenstherapeutisch, lösungs- und ressourcenorientiert.

Neben der Gruppenpsychotherapie findet begleitende Einzeltherapie statt. Arztvorträge, Indikationsgruppen, Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT), Nonverbale Therapieangebote, Sport und Entspannungstraining ergänzen die Behandlungsinhalte.

Wiederholungsbehandlung

Eine Wiederholungsbehandlung kommt dann in Betracht, wenn eine Patientin nach stationärer Behandlung rückfällig wurde und das Rückfallgeschehen so ausgeprägt ist, dass im ambulanten oder teilstationären Setting keine stabile Suchtmittelfreiheit zu erreichen ist.

Bei dieser Zielgruppe haben sich durch den Rückfall bisher keine wesentlichen beruflichen oder sozialen oder familiären Probleme ergeben. Bei Fortsetzung des Suchtmittelkonsums wären allerdings Probleme zu erwarten. Die Patientinnen befinden sich körperlich und psychisch in einem guten bis befriedigenden Zustand. Sie verfügen über gute kognitive und interaktionelle Ressourcen, was nach dem Klassifikationsansatz des ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) der WHO (Weltgesundheitsorganisation, 2002) bedeutet, dass weder auf der Ebene der Körperfunktionen, der Aktivitäten oder der Teilhabe gravierende Einschränkungen bestehen. Die Patientin ist in der Lage, adäquate Behandlungsziele in den psychosozialen, somatischen, edukativen und Aktivität und Teilhabe betreffenden Zieldimensionen zu benennen.

Es geht dabei um

- bewusste Wahrnehmung eigener Ressourcen
- Verbesserung der Bewältigungskompetenzen zur Wiederherstellung einer stabilen Abstinenz

- Förderung der Akzeptanz der Krankheit und der Symptome
- Verbesserung der Kompetenz, Konflikte zu erkennen und zu lösen
- Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen
- Fortsetzung der evtl. während der 1. Entwöhnungsbehandlung begonnenen Traumatherapie einschließlich einer Traumakonfrontation mit EMDR²
- Verbesserung der Compliance bei ggfs. erforderlicher Medikation
- Verbesserung der Stressbewältigung durch (Wieder-)Erlernen eines Entspannungsverfahrens
- Motivierung zu und Planung von Nachsorgemaßnahmen
- Erhalt/Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit

Die neu aufgenommenen, in der Klinik noch nicht behandelten Patientinnen verbringen eine Woche in der Aufnahmegruppe und machen sich dort mit dem Setting vertraut.

Patientinnen, die die vorherige Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik St. Vitus absolviert haben, werden von ihrer(m) früheren Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut aufgenommen und können direkt bei guter Motivation und Introspektionsfähigkeit sofort in die Bezugsgruppe kommen.

Danach sollen sich die Patientinnen intensiv mit ihren Konfliktfeldern auseinander setzen. Es wird lösungsorientiert gearbeitet und immer wieder überprüft, ob die Patientin im Sinne ihrer Mitwirkungspflicht bemüht ist, die vereinbarten Therapieziele zu erreichen. Dies geschieht unter Einbeziehung und Förderung der jeweiligen individuellen Ressourcen und knüpft an die vorherige Therapie und die erarbeiteten Strategien an.

Es findet einmal wöchentlich eine Einzeltherapiesitzung statt. Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt in der Gruppenpsychotherapie. Neben dem psychoanalytisch-interaktionellen Ansatz gewinnen wegen der im Vergleich zur Erstbehandlung verkürzten Behandlungsdauer auch verhaltenstherapeutische Konzepte verstärkt an Bedeutung.

Die Behandlung wird ergänzt durch indikative Gruppenarbeit, wobei für alle Patientinnen die Teilnahme an der Indikationsgruppe Rückfallbearbeitung/-vorbeugung Pflicht ist. Nach einer genauen Analyse des stattgefundenen Rückfallgeschehens arbeiten wir vor allem nach dem verhaltenstherapeutischen Konzept von *Körkel* und *Schindler*, der mögliche Rückfallprozesse detailliert beschreibt. Es werden viele Anregungen zur Planung von rückfallpräventiven Maßnahmen erarbeitet.

Je nach Therapiezielvereinbarung nimmt die Patientin an weiteren Indikationsgruppen teil, wie z. B. dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen, in dem auch ein Ablehnungstraining durchgeführt wird.

In der Entlassungsphase finden die Re-Integration ins soziale und berufliche Umfeld sowie die Vorbereitung auf die nachstationäre Therapie statt. Am Ende der stationären Behandlung stehen ein psychotherapeutisches und ein psychiatrisches Abschlussgespräch sowie eine körperliche Abschlussuntersuchung; hierbei werden Therapieverlauf und -erfolg reflektiert. Die Durchführung konkreter individueller Planungen und Handlungsstrategien für die Zeit nach der stationären Behandlung wird verbindlich vereinbart, um den erreichten Therapieerfolg zu sichern.

4.6.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Die Therapie der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit ist an den Therapiestandards (ETM) der DRV orientiert. Patientinnen mit der Hauptdiagnose Alkoholabhängigkeit werden

² EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing nach F. Shapiro

jeweils einer Bezugsgruppe zugeordnet und von ihren Bezugstherapeuten betreut. Das genaue Vorgehen und die Besonderheiten sind unter 4.7.4.1 beschrieben.

4.6.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Die Therapie der Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit ist DBT-orientiert und findet in einem manualisierten, verhaltenstherapeutischen Setting unter Beachtung der Besonderheiten dieses Klientels statt. Das genaue Vorgehen und die Besonderheiten sind unter 4.7.4.2 beschrieben.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die Anmeldung erfolgt über die zentralisierte Aufnahmekoordination. Vor der Aufnahme müssen ein ärztlicher Bericht, Sozialbericht und die schriftliche Zusage durch den Leistungsträger (Rentenversicherer/ Krankenkasse) vorliegen.

Der körperliche Entzug von Alkohol und/oder Medikamenten und Drogen ist Voraussetzung für den Therapiebeginn.

Patientinnen, die intoxikiert zur Aufnahme erscheinen, werden zum körperlichen oder auch qualifizierten Entzug in benachbarte Entgiftungsstationen verlegt und nach der Entzugsphase zu uns zurückverlegt, um entgiftet mit der Rehabilitation zu beginnen.

Aufnahmen finden in der Regel von Montag bis Donnerstag statt, sind in besonderen Fällen aber auch Freitags möglich.

Jede zur Aufnahme geplante Patientin erhält rechtzeitig vorher unser Informationsmaterial.

Nach vorheriger Absprache sind eine Besichtigung der Klinik und ein Vorgespräch möglich, um ambivalenten Patientinnen bei der Entscheidungsfindung behilflich zu sein und die Rehabilitationsfähigkeit im Einzelfall nochmal zu prüfen.

Bei bestimmten Nebendiagnosen/komorbidem Störungen wie Psychosen, dissoziativer Identitätsstörung, schweren Persönlichkeitsstörungen und bei schweren Selbstverletzungen oder multiplen Suizidversuchen in der Vorgeschichte sind Vorgespräche nötig. Außerdem führen wir bei sehr jungen drogenabhängigen Patientinnen ein Vorgespräch, um zu prüfen, ob das Therapiesetting adäquat ist. Mit Patientinnen, die aus der Haft übernommen werden, wird nahezu regelhaft ein Vorgespräch durchgeführt. Die Vorgespräche finden je nach Aufwand für die Patientin oder nach Schwere der Erkrankung telefonisch oder auch in der Klinik statt und werden durch die therapeutische und ärztliche Leitung abgedeckt. Bei anorektischen und bulimischen Patientinnen führen wir in der Regel telefonische Vorgespräche, um die Aufnahmebedingungen festzulegen, sowie das Behandlungsmodul „Essstörung“ zu erläutern.

Die Patientinnen werden am Aufnahmetag sowohl vom Bezugsarzt als auch von der Bezugstherapeutin aufgenommen.

Innerhalb von drei Tagen nach der Aufnahme findet eine psychiatrisch-/ psychologische Aufnahmevisite durch die ärztliche und therapeutische Leitung statt. Dort werden noch einmal die Rehabilitationsfähigkeit, die psychopharmakologische Therapie und die Behandlungs- und Abstinenzmotivation überprüft und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet.

Um den besonderen Anforderungen bei Abhängigkeit von Cannabis und Amphetaminen in der Aufnahmephase gerecht zu werden, finden in dieser Phase bei diesen Klientel häufigere und kürzere einzeltherapeutische Kontakte statt. Dieses Vorgehen resultiert aus der störungsspezifischen Ich-Struktur der drogenabhängigen Patientinnen, sie benötigen mehr individuell-strukturierende Maßnahmen, mehr Unterstützung bei aufkommendem Suchtverlangen und müssen in ihrer Behandlungsmotivation immer wieder individuell unterstützt werden.

Die Patientinnen sind in dieser einwöchigen Phase der Aufnahmegruppe zugeordnet, in der v.a. am Krankheitsverständnis der Abhängigkeitserkrankung gearbeitet wird. Die Aufnahmegruppe arbeitet DBT-orientiert, für alle Patientinnen unabhängig vom Suchtmittel. Es werden erste Skills zur Verbesserung emotionaler und rationaler Akzeptanz der Suchterkrankung sowie Skills zum Umgang mit Suchtverlangen im klinischen Setting vermittelt. Zudem werden die Patientinnen in alle Bereiche der Rehabilitationsabteilungen eingeführt, dies dient dazu, dass sie sich im Kliniksetting zurecht- und einfinden.

Nach der ersten Woche werden die Therapieziele aufeinander abgestimmt und der individuelle Therapieplan festgelegt. An dieser Therapieplanungsbesprechung nehmen alle an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen teil.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Am Aufnahmetag erfolgen die somatische und psychiatrische Untersuchung und Anamnese, die Erhebung der Förderfaktoren und Barrieren, sowie der Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen, sowie die psychische Diagnostik im Rahmen der therapeutischen Anamnese.

Zu Beginn der Behandlung wird eine computergestützte Testung vorgenommen, dabei kommen folgende Verfahren zum Einsatz: die Symptomcheckliste (SCL-90-R), die allgemeine Depressionsskala nach Hautzinger (ADS) sowie das Inventar klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP). Die SCL-90-R sowie die ADS wird kurz vor Entlassung erneut vorgelegt, um auch den Patientinnen Aussagen über Veränderungen während der Behandlung anschaulich machen zu können.

Zum Einsatz kommen weiterhin als Paper/Pencil-Version verschiedene Fragebögen zum Konsumverhalten verschiedener Suchtmittel, Symptomchecklisten zur PTBS sowie Fragebögen zur Schlafqualität, die ebenfalls als Prä- und Posterhebungen eingesetzt werden. Je nach Indikation kann eine Leistungsdiagnostik mit dem IST 2000, dem Wiener Matrizen-Test, der SKT und dem Benton-Test durchgeführt werden.

Im Bereich der Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen kommt das Strukturierte Klinische Interview für Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV (SKID-II) zum Einsatz.

Die soziale Diagnostik erfolgt durch den Sozialdienst in der ersten Woche, ebenso die arbeitsbezogene Diagnostik durch die Ergo- und Arbeitstherapeuten; natürlich wird eine eingehende Exploration der Berufs- und Arbeitssituation durchgeführt. Die ergo- und arbeitstherapeutische Diagnostik wird unter 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen genau beschrieben.

4.7.3 Medizinische Therapie

Von der stationären Aufnahme bis zur Entlassung ist eine weitreichende medizinische Versorgung sichergestellt. Sie beginnt mit der Aufnahme und umfasst die körperliche, neurologische und psychiatrische Untersuchung. *Diagnostische Möglichkeiten stehen zur Verfügung. (s. a . räumliche Gegebenheiten/Ausstattung Pkt.6)*

Ärztliche Versorgung

Wochentägliche ärztliche Sprechstunden und Vorträge über Entstehung, Verlauf von Auswirkungen der Suchterkrankung in allen ihren Facetten, angelehnt an das Curriculum der Deutschen Rentenversicherung werden durchgeführt. Ergänzt wird dies durch Maßnahmen im Sinne der Gesundheitserziehung und der Vorsorge, insbesondere der Nikotinentwöhnung. Ebenso führen die Ärzte Abschlussuntersuchungen durch, einschließlich der sozialmedizinischen Beurteilung durch – diese Beurteilung wird von entsprechend qualifizierten Fachleuten vorgenommen, wobei hier sämtliche Eindrücke des multiprofessionellen Teams einfließen. Die sozialmedizinischen Erörterungen sind Grundlage des sozialmedizinischen Gutachtens zur Leistungsbeurteilung am Ende der Rehabilitation.

Erforderliche Akutbehandlungen und notwendige Konsultationen werden in umliegenden Krankenhäusern und bei externen Fachärzten organisiert.

Bei Bedarf erhalten die Patientinnen noch am Aufnahmetag eine psychiatrische Untersuchung, spätestens am dritten Aufnahmetag findet eine psychiatrische Aufnahmevisite für alle neu aufgenommen Patientinnen statt.

In die regelmäßigen Fallbesprechungen fließen die fachärztlichen Einschätzungen mit ein, psychiatrische Visiten finden mindestens einmal im Monat statt. Täglich findet eine psychiatrische Sprechstunde statt, bei Bedarf werden die Patientinnen regelmäßig zu Kontrollen einbestellt.

Einmal in der Woche findet eine internistische Sprechstunde durch einen konsiliarisch tätigen Facharzt für Innere Medizin statt.

Die somato-medizinischen Sprechstunden finden täglich morgens und mittags in den Dienstzimmern der Ärzte statt. Es ist für jede Patientin ersichtlich, welcher Arzt für sie zuständig ist und wer im Falle der Abwesenheit des Bezugsarztes, die Vertretung ist. Die Patientinnen sind gehalten, außer in akuten Notfällen, die Sprechstunde des für ihre Bezugsgruppe zuständigen Arztes aufzusuchen. Patientinnen können auch gezielt einbestellt werden. Bei akuten Beschwerden und Unfällen erfolgt die Behandlung jederzeit. Die Patientinnen haben immer die Möglichkeit darauf zu bestehen, dass die medizinische Behandlung durch eine Ärztin erfolgt.

Besprechungen wichtiger Diagnoseergebnisse und Therapieschritte im Ärzte/Pflegeteam finden im Anschluss an die Sprechstunde statt. Wenn notwendig werden Vorbefunde angefordert.

Im Rahmen der Sprechstunde erfolgt auch die Entscheidung über (zeitlich befristete) Befreiung von therapeutischen Maßnahmen nach medizinischer Indikation.

Die Abklärung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Hinblick auf Sport- und Freizeitaktivitäten und den Einsatz in der Arbeitstherapie erfolgt hingegen schon in der Eingangsuntersuchung.

Die Aufgaben der ärztlichen Leitung im Reha-Team umfassen u.a. die psychiatrische Untersuchung im Rahmen der Aufnahmevisite, Durchführung der Visiten, ggfs. psychiatrische Untersuchungen im Verlauf, Supervision der ärztlichen Kollegen und Weiterentwicklung des Prozesses der medizinischen Behandlung, ebenso Supervision von Physikalischer Therapie, Sport- und Bewegungstherapie.

Die ärztliche Leitung hat die medizinisch-therapeutische Letztverantwortung für die klinischen Entscheidungen, delegiert aber Aufgaben entsprechend des Ausbildungsstandes an die Kollegen, ebenso organisiert die Leitung den ärztlichen Hintergrunddienst (HGD), an dem sie teilnimmt. Der HGD wird täglich, auch an den Wochenenden, von 16:30 bis 7:30 Uhr vorgehalten. An den Tagen, an denen approbierte Ärzte ohne psychiatrische Expertise eingesetzt sind, ist die fachärztliche Kompetenz durch entsprechende Rufbereitschaft immer gewährleistet.

Über eine Honorarvereinbarung haben wir die weitere internistische Versorgung abgedeckt.

Physiotherapie

Physiotherapie ist ein integraler Bestandteil der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Sie wird sowohl im Rahmen der somato-medizinischen als auch der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung nach ärztlicher Anordnung angewendet. Es kommen Behandlungsverfahren mit Wärme, Licht, Elektrik, Wasser oder Mechanik zum Tragen.

Stangerbad (hydrogalvanisches Vollbad)

Die Wirkung des galvanischen Stromes führt zu einer langanhaltenden Mehrdurchblutung und in vielen Fällen zu einer Schmerzlinderung. Die Indikationen des Stangerbades sind Muskel- und Nervenschmerzen, Muskelrheuma und Neuralgien.

Medizinische Bäder (Balneotherapie)

Die Heilanzeigen von Bädern müssen sich an Badefaktoren bzw. deren Wirkungen orientieren. Danach lassen sich in einem Bad mechanische (Auftrieb, Wasserdruck, Viskosität), thermische (Wassertemperatur) und chemische (Inhaltstoffe von Quellen, pharmazeutische Präparate) Wirkungen zuordnen. In einem Bad kommt also immer ein komplexes Wirkgefüge zustande. Modifikationsmöglichkeiten bestehen über die Temperatur und die Art und Menge der Badezusätze. Die wichtigsten Wirkungen von Bädern spielen sich ab in der Haut, im Herz-Kreislaufsystem, im Stoffwechsel, in hormonellen Funktionen, in den Nieren und der Muskulatur. Ein großer Indikationsbereich für Bäder betrifft den rheumatischen Formenkreis und Einschränkungen im Bewegungsapparat, meist Folge degenerativer Gelenksveränderungen und muskulärer Fehlbelastungen und Überlastungen. Der Nutzen thermoneutraler oder mild warmer Bäder erschließt sich hier auf Grund ihrer muskelentspannenden, gelenkentlastenden, schmerzlindernden und gewebsentwässernden Effekte. Zudem kommt es zu vegetativ dämpfenden Effekten, so dass von diesen Bädern eine allgemein entspannende und beruhigende Reaktion ausgeht.

Manuelle Lymphdrainage

Die manuelle Lymphdrainage bereitet gesunde Aufnahmeregionen des Körpers vor. Durch sanfte, streichende und kreisende Handgriffe wird Ödemflüssigkeit aus dem gestauten Gebiet entfernt und die Lymphgefäße werden angeregt.

Colonmassage

Die Colonmassage ist eine spezielle Massage, wobei die Beweglichkeit des Darmes angeregt und bei Verstopfung oder Blähbauch angewandt wird.

Fango

Fango ist ein Mineralschlamm vulkanischen Ursprungs. Fangopackungen steigern die Durchblutung, regen den Stoffwechsel an, können Muskelverspannungen lösen und Schmerzen lindern. Außerdem kommt es zu einer Ausschüttung gewebeaktiver Hormone, die wiederum entzündungshemmende und schmerzlindernde Wirkungen entfalten.

Heißluft

Ein elektrischer Wärmestrahler sorgt für Wohlbefinden, Heißluft dient der Steigerung der Durchblutung sowie der Entspannung der Muskulatur und ist somit eine optimale Vorbereitung für weitere Behandlungsmethoden.

Eis

Kältebehandlungen werden bei akuten Gelenkentzündungen mit Schwellung eingesetzt.

Elektrotherapie

Das Wirkungsprinzip der Elektrotherapie beruht auf stimulierender Wirkung elektrischen Stroms, wobei die Muskulatur gelockert, die Durchblutung gefördert sowie Schmerzen gelindert werden.

Interferenzstromtherapie (Nemec)

Zwei mittelfrequente Stromkreise unterschiedlicher Ausgangsfrequenz werden so angeordnet, dass sie sich am Krankheitsort kreuzen. Es entsteht eine Muskeldetonisierung, eine verbesserte Durchblutung und es kann sich außerdem eine analgetische Wirkung einstellen.

Iontophorese

Mittels galvanischen Stromes oder eines diadynamischen Stromes werden Medikamente durch die intakte Haut in den Körper an den Krankheitsherd gebracht.

Heiße Rolle

Frottiertücher werden zusammengefaltet und trichterförmig aufgerollt. In die Tücher gießt man kochendes Wasser. Durch schnelleres oder langsames Abwickeln der Tücher ist eine feine Dosierung des Wärmereizes möglich.

Kneippsche Güsse

Verwendet wird ein gebunden-druckloser Wasserstrahl, der in Form eines Wassermantels von dem zu behandelnden Gebiet des Körpers abfließt. Dadurch kommt es zu einer peripheren reaktiven Hyperämie, tieferer Atmung, Regulierung des Wärmehaushaltes und allgemeiner Erfrischung.

Schlingentisch

Gemeint ist das schwerelose Aufhängen einer Extremität, des Rumpfes oder des ganzen Körpers. Die Patientin kann statisch oder dynamisch gegen dosierten Widerstand oder gegen Eigenschwere üben.

Gezielte Schulung einzelner Muskeln, Muskelgruppen, Schulung des funktionellen Gleichgewichts und Ausgleich von Fehlhaltungen sind möglich.

Krankengymnastik

Krankengymnastik ist eine aktive Behandlungsform. Schädigungen durch verkürzte Muskelgruppen und muskuläre Dysbalancen verursachen häufig erhebliche Schmerzen. Diese Schäden können nur durch gezielte Kräftigung der Muskulatur behoben werden. Nach einer fachgerechten Anleitung sollen Betroffene in die Lage versetzt werden, die Übungen regelmäßig durchführen zu können.

Die Verordnung der verschiedenen Anwendungen erfolgt nach medizinischen Gesichtspunkten durch die Bezugsärzte.

Massagen

Sie ist eine ganzheitstherapeutische Weichteilbehandlung von und über Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln, Haut und Unterhaut.

Indikationen: akutes lokales Wirbelsäulensyndrom, Fibromyalgiesyndrom, neurologische Erkrankungen (z. B. Hemiplegie, Lähmungen), akute Sport- und Freizeitverletzungen, chronische Atemwegserkrankungen.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebot

4.7.4.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamente

Einzeltherapie

Jede Patientin erhält mindestens ein Einzelgespräch von 50 Minuten in der Woche, in denen es zunächst um Anamneseerhebung, Diagnostik, Therapiezielsetzungen und Therapieplanung geht. In der Einzeltherapie können traumatische Inhalte besprochen werden, die in der Gruppentherapie keinen Raum finden können. Die Erarbeitung eines zusammenhängenden Krankheitsverständnisses, unter Berücksichtigung der Zusammenhänge zwischen Trauma und Sucht, aber auch der familiären Beziehungen sowie der beruflichen und sozialen Kontextfaktoren sind wichtige Ziele der Einzeltherapie. Strategien zur Veränderung werden entwickelt und erprobt. In der Einzeltherapie können komorbide Störungen/Nebendiagnosen störungsspezifisch mit entsprechenden einzeltherapeutischen Therapieverfahren behandelt werden. Dabei werden gleichberechtigt verhaltenstherapeutische, traumatherapeutische, tiefenpsychologische, systemische und schematherapeutische Techniken angewandt. Führend ist immer das individuelle Störungsbild; die therapeutische Herangehensweise richtet sich nach dem Status quo der Patientinnen, ohne in eine eklektische Beliebigkeit zu verfallen.

Darüber hinaus stehen die Einzeltherapeuten für Kriseninterventionen im Rahmen von Craving, selbstverletzendem Verhalten, Suizidalität oder krisenhaft auftretender Symptomatik in Bezug auf die komorbiden Störungen zur Verfügung.

Gruppentherapie

Die Bezugsgruppentherapie findet dreimal in der Woche in 90 Minuten-Einheiten statt. Die Bezugsgruppen mit 10 bis 12 Patientinnen sind offen konzipiert, deren Inhalte sind u.a.: suchtspezifisches Krankheitsverständnis entwickeln, Erarbeitung einer stabilen Abstinenzmotivation und -fähigkeit sowie Entwicklung von individuellen Strategien zum Aufbau eines abstinenten Lebens in stabilisierter sozialer und beruflicher Teilhabe. Dabei kommen verschiedene therapeutische Techniken aus der Verhaltenstherapie, der Gestalttherapie, und systemischen Therapie zum Einsatz. In der Konfrontation mit den Sichtweisen der anderen Gruppenmitglieder erfährt die Patientin Unterschiede, die anregen nach Bewältigungsalternativen und neuen Bewertungen zu suchen. Die Verbesserung der interpersonellen Fähigkeiten in Bezug auf Konfliktmanagement, Kommunikation und Vertrauensbildung sind ebenfalls wichtige Therapieziele in der Gruppentherapie. Die Auswirkung der interaktionellen Fähigkeiten kann im Gruppenkontext aufgezeigt werden und Veränderungen erprobt werden.

Die Einteilung in die jeweilige Bezugsgruppe erfolgt nicht indikationsspezifisch oder an den komorbiden Störungen orientiert, da die Patientinnen im genannten Setting voneinander lernen können und vom Case-Mix profitieren. So kann die Häufung dysfunktionaler Verhaltensweisen innerhalb einer Gruppe vermieden und unter Nutzung der Gruppe als Ressource aufgearbeitet und verändert werden.

Die alkohol- und medikamentenabhängigen Patientinnen werden in Gruppen von 10 bis 12 Rehabilitandinnen geführt.

Rückfallpräventionsgruppe

Im Laufe der 15 wöchigen Regelbehandlungen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit nehmen die Patientinnen an der Indikationsgruppe „Rückfallvorbeugung und Rückfallbearbeitung“ teil. In dieser Gruppe werden basierend auf dem strukturellen Trainingsprogramm zur Rückfallprävention (S.T.A.R.) von Körkel & Schindler und der Rückfalltheorie von Marlatt Patientinnen dazu angeleitet, die eigene Rückfallgefährdung zu erkennen, eigenes Rückfallverhalten aufzuarbeiten und alternative Handlungsstrategien zu entwickeln. Der Rückfall (oder besser „das Ereignis“) wird als integraler Bestandteil des Ausstieges aus der Abhängigkeit und als Chance zur Weiterentwicklung begriffen. Die Patientinnen werden an die Auseinandersetzung mit der eigenen Rückfälligkeit herangeführt, um erneutem Suchtmittelkonsum vorzubeugen und alternative Handlungsstrategien zu entwickeln. Die Gruppe wird halb offen geführt.

Körperorientierte Bewegungstherapie (KBT)

Zum Standardtherapieprogramm der alkohol- und medikamentenabhängigen Patientinnen gehört die Konzentrative Bewegungstherapie als körper- und bewegungstherapeutisches Element. Jede Patientin nimmt einmal pro Woche in ihrer Bezugsgruppe an der 90-minütigen Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) teil. Die KBT folgt den Methoden von Stolze. Entscheidend im Rahmen der vorstrukturierten Übungen steht die Wahrnehmung des Prozesses und nicht die vorgegebene Absolvierung einer Bewegung, die zu einem ganz bestimmten Ziel führt im Fokus. Körperliche Vorgänge und damit verbundene Emotionen können sich mit Inhalten aus der gegenwärtigen Lebenssituation verbinden. Die Konzentrative Bewegungstherapie dient der intensiven, entspannten Körperwahrnehmung, baut Verspannungen ab und wirkt sich dadurch positiv auf vegetative und psychosomatische Beschwerden aus. Konzentration und innere Ruhe werden gefördert.

4.7.4.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Einzeltherapie

Jede Patientin erhält mindestens eine Einzelsitzung von 50 Minuten in der Woche. Die Einzelsitzungen können aber auch, angepasst an die oft zu Beginn verkürzte Aufmerksamkeitsspanne bei Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit, auf mehrere kürzere Einzeltermine aufgeteilt werden.

Ein wesentlicher Teil der einzeltherapeutischen Arbeit ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung. Beziehungsaufnahme und -gestaltung sind auf die Besonderheiten bei von Cannabis- und Amphetamin abhängigen Frauen abgestimmt und müssen, noch mehr wie in der Therapie der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, aufgrund der häufig vorhandenen Ich-strukturellen Defizite einer ständigen Nachjustierung unterliegen. Zu Beginn ist professionelle Fürsorglichkeit zur Vermeidung von Therapieabbrüchen notwendig. Bei Drogenabhängigkeit stand vor Therapiebeginn die rasche Bedürfnisbefriedigung im Rahmen des Substanzkonsums im Fokus, geduldiges Warten und Selbstfürsorge waren in den Hintergrund geraten. Mit zunehmender Stabilisierung und zur Verhinderung von abhängiger Beziehungsgestaltung muss dann schrittweise in ein quasi „erwachsenere“ Verhaltensrepertoire übergegangen werden.

Diese Patientinnengruppe ist häufig erst nach einer initialen regressiven Phase bereit Eigenverantwortung zu übernehmen. Von den Therapeuten werden im Rahmen der Einzeltherapie stets Entwicklungsanreize gesetzt und eigenverantwortliches Handeln konnotiert, um zu verhindern, dass die Patientin in regressiven Schleifen verharrt. Im Verlauf

der Therapie, mit zunehmender Stabilisierung, wird dann sowohl an der Suchterkrankung, den komorbiden Störungen und im Sinne eines „Coachings“, an der beruflichen und sozialen Teilhabe gearbeitet.

Gruppentherapie

Bei cannabis- und amphetaminabhängigen Frauen kommt es, auch wenn sie nicht intoxikiert sind, im Verlauf der Erkrankung zu Gedächtnisstörungen, eingeschränkter Motivation und einer stark verkürzten Aufmerksamkeitsspanne, sie benötigen deshalb ein gut strukturiertes Gruppensetting und stetige Wiederholungen. Außerdem leiden viele Patientinnen mit Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit komorbid unter emotional instabiler oder dissozialer Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung. Wird bei diesem Klientel im Gruppensetting zu früh und zu viel Interaktivität gefördert, so wird damit Raum eröffnet, um die oftmals schweren pathologischen Beziehungsmuster auszuleben und zu reinzenieren.

*Patientinnen mit Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit werden deshalb in einem spezialisierten Bezugsgruppensetting von 6 bis 8 Patientinnen behandelt. Diese Gruppen werden offen geführt, sind modular aufgebaut, ein Einstieg in die Thematik des jeweiligen Moduls ist jederzeit unkompliziert möglich. Es finden 3 Gruppensitzungen à 90 Minuten pro Woche statt. Diese spezialisierte Gruppentherapie arbeitet mit Inhalten der dialektisch-behavioralen Therapie nach *Linnehan* und wurde auf die Bedürfnisse und Erfordernisse für Menschen mit illegaler Drogenabhängigkeit angepasst.*

Die DBT-orientierte Gruppentherapie für Cannabis- und Amphetaminabhängige ist als halbstandardisiertes Manual mit vier Modulen, die im Rahmen der 26-wöchigen Therapie durchlaufen werden, aufgebaut. Jede Patientin erhält bei der Gruppenzuordnung ein Manual welches sie individualisiert im Verlauf bearbeitet und befüllt.

Daneben wird im Gruppensetting am suchtspezifischen Krankheitsverständnis gearbeitet, eine stabile Abstinenzmotivation und -fähigkeit sowie individuelle Strategien zum Aufbau eines abstinenten Lebens in stabilerer sozialer und beruflicher Teilhabe entwickelt.

Die DBT-orientierte Gruppentherapie umfasst die Module Aufmerksamkeit/ Achtsamkeit-Sucht, Gefühle-Sucht, Stresstoleranz-Sucht und zwischenmenschliche Fertigkeiten-Sucht. Die Grundphilosophie dieser Therapie ist die Dialektik, es wird die Akzeptanz der Suchterkrankung unter gleichzeitiger Förderung von Änderungsmotivation angestrebt, diese ist für die therapeutischen Strategien im Gruppen- und auch Einzelsetting handlungsleitend.

Im Modul „Aufmerksamkeit/ Achtsamkeit-Sucht“ werden Skills vermittelt, die zur Verbesserung der Wahrnehmung, zu deren Bewertung sowie zur Lenkung von Wahrnehmungsprozessen beitragen. Dabei wird ein besonderer Fokus auf die Schulung der Wahrnehmung von Suchtverlangen gelegt, um dieses frühzeitig zu erkennen und Rückfälle zu vermeiden.

Das Modul „Gefühle-Sucht“ beschäftigt sich mit einer differenzierten Wahrnehmung von Gefühlen. Dies fußt auf der Erkenntnis, dass Cannabis- und Amphetaminabhängige oft ihre Gefühle mit dem Suchtmittel „wegmachen“ oder versuchen im Sinne von Verstärkung oder Verminderung zu beeinflussen. Gefühle werden in der Regel als negativ erlebt und lösen immer wieder Suchtverlangen und Rückfälle aus. In diesem Modul werden alle Lerninhalte hinsichtlich der Gefühle in Bezug zur Abhängigkeit von Cannabis und Amphetaminen (...) gesetzt. Inhalte sind dabei Funktion von Gefühlen, Unterscheidung von Gefühlen, Beeinflussung anderer Erlebensebenen durch Gefühle und Zusammenhänge zwischen

Gefühlen, Sucht und Umgang mit Gefühlen. Ziel dieses Moduls ist, die Regulation von Gefühlen wieder zu erlernen, ohne dafür Cannabis bzw. Amphetamine benutzen zu müssen.

Im Modul „Stresstoleranz-Sucht“ werden die Zusammenhänge von Stress und Konsum von Cannabis und Amphetaminen erarbeitet. Da sich Suchtverlangen häufig als Reaktion auf Stress aufbaut, werden Suchtverlangen-Kurven erstellt und individuell und stoffbezogen betrachtet. Erneut geht es dabei um frühzeitiges Erkennen von Suchtverlangen, um zu vermeiden, dass der „Point of no return“ erreicht und eine alternative Möglichkeit zum Umgang mit Stress unmöglich wird. Dieses Vorgehen macht es im Gruppensetting möglich, das Auf- und Ab- des Suchtverlangens darzustellen, um das oft als statisch erlebte in einen dynamisch zu sehenden Prozess neu zu strukturieren. Danach wird - für die Rückfallprophylaxe ausschlaggebend - ressourcenorientiert eine individuelle Bewältigungskurve erstellt. Die dort erarbeiteten individuellen Strategien oder auch Skills werden im Gruppensetting reflektiert, überprüft und eingeübt. Ziel ist grundlegende individuelle Fertigkeiten zur Krisenbewältigung und damit zur Rückfallprophylaxe zu erarbeiten.

Im Modul „zwischenmenschliche Fertigkeiten-Sucht“ werden soziale Fertigkeiten, die oft im Verlauf einer Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit deutlich eingeschränkt sind und sich häufig zunehmend verschlechterten, individuell betrachtet und in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung und deren Einfluss darauf reflektiert. Im Verlauf werden dysfunktionale Strategien herausgearbeitet, durch funktionale ersetzt und im Gruppensetting eingeübt. Dabei wird dem Aspekt, dass Menschen mit Drogenabhängigkeit Beziehungen oft funktionell und quasi parasitär nutzen besondere Beachtung geschenkt. Ziel dieses Moduls ist die Verbesserung zwischenmenschlicher Kompetenz, um Rückfälle zu vermeiden und wieder eine stabile soziale und berufliche Teilhabe zu erreichen.

Ziel des beschriebenen modularisierten Gruppensettings ist eine stabile Ich-Stärkung zu erreichen und ressourcenorientiert zu arbeiten; außerdem Akzeptanz zu fördern und mit dem manualisierten Vorgehen eine deutlich stabilisierende Struktur zu schaffen, in deren Fokus die Abhängigkeit (plus evtl. komorbiden Störungen) und die Erarbeitung von funktionalen, die Teilhabe fördernden Handlungsstrategien stehen.

Rückfallprävention

Bei drogenabhängigen Patientinnen kommt das Rückfallpräventionsprogramm von Bowen, Chawla, Marlatt et al zum Einsatz, welches auf die Besonderheiten bei Drogenabhängigkeit zugeschnitten ist.

Drogenabhängigkeit ist eine komplexe, meist chronische Erkrankung mit Auswirkungen auf das somatische, psychische Befinden, die soziale und berufliche Teilhabe. Spezifische Belastungsfaktoren für drogenabhängige Menschen sind oft traumatische Erlebnisse, exogene Ketten schädigender Ereignisse, die mit familiären und sozialen Lebensbedingungen verknüpft sind.

Komorbidität, psychische Zusatzerkrankungen, somatische Risiken und eine hohe Kriminalitätsbelastung, die das Bewältigungspotenzial und die Ressourcenlage des Einzelnen überlasten, sind weitere aufrechterhaltende Faktoren. Die Rückfallpräventionsgruppe für drogenabhängige Patientinnen ist durch ein besonders systematisches Vorgehen geprägt. Es verfolgt einen therapeutisch-psychoedukativen Ansatz und ist durch die Erarbeitung von individuellen Aspekten (persönliche Risikoprofile, Bewältigungsstrategien, Ressourcen), einer realistischen Selbsteinschätzung, einer Steigerung zur Antizipation und einer Erhöhung der Motivation zu einer abstinenten Lebensführung gekennzeichnet. Die Gruppe ist für alle

drogenabhängigen Patientinnen verpflichtend, findet im einen geschlossenen Setting mit 8 Therapieeinheiten à 1,5 Stunden bei maximal 12 Teilnehmerinnen statt.

Ergo-, Arbeitstherapie und Sozialberatung

Ziele von Arbeitstherapie und Sozialberatung sind die Festigung, Wiederherstellung oder Einleitung einer beruflichen und sozialen Teilhabe, da diese sowohl die Abstinenzfähigkeit als auch die psychische Gesundheit nachhaltig verbessern. Außerdem, bei Absehbarkeit von noch nicht ausreichender Stabilität nach der Rehabilitation, die Einschätzung der Notwendigkeit fortführender Maßnahmen und deren Einleitung bzw. Vorbereitung im Sinne einer Stabilisierung zur Erlangung beruflicher und sozialer Teilhabe.

Ergo- und Arbeitstherapie

Neben der Bearbeitung der Kernproblematik ist es, wie bei allen Suchtkranken, notwendig frühzeitig die berufliche Teilhabe nach der Rehabilitation anzustreben und damit Schritte für eine Rückkehr in Beschäftigung bzw. berufliche Integration einzuleiten. Bei Cannabis- und Amphetaminabhängigen ist die Teilhabe oft nachhaltig gestört, deshalb wird im Setting unserer Klinik ein spezielles, an die Bedürfnisse dieser Abhängigkeitserkrankungen angepasstes Vorgehen durchgeführt.

Es findet eine Arbeits- und Hirnleistungsdiagnostik mit dafür geeigneten Instrumenten statt. Jede Patientin absolviert zunächst die Arbeitstherapie in einem klar strukturierten Basisbereich in einer Frequenz von bis zu zweimal täglich. Es werden nach Anamneseerhebung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst und der Ernährungsberatung die Defizite im Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens konkretisiert. Jede Patientin nimmt an der Gruppe „Aktivitäten des täglichen Lebens“ mit dem Fokus auf die individuell eingeschränkten lebenspraktischen Kompetenzen und deren Verbesserung teil.

Die Teilnahme an der Gruppe „Freizeitgestaltung für Drogenabhängige“ ist ebenfalls verpflichtend, sie bietet schwerpunktmäßig Erarbeitung von Freizeitgestaltung und eine entsprechende Anleitung zur praktischen Umsetzung. Betriebs-Hospitationen zum Kennenlernen verschiedener Arbeitsfelder sind, bei ausreichender Stabilisierung und Aufbau einer guten Verlässlichkeit, in ortsansässigen Betrieben möglich.

Sozialberatung

Die Sozialberatung ist auf die oft ausgeprägten Probleme im Bereich der sozialen Teilhabe bei drogenabhängigen Patientinnen ausgerichtet. Es finden engmaschige Kontakte zur Erhebung und Klärung von Problemen der sozialen Teilhabe statt. Insbesondere wird dabei auf die finanzielle Situation, gegebenenfalls Schuldenproblematiken und Umgang mit Langzeitarbeitslosigkeit eingegangen. Für Patientinnen mit einer Schuldenproblematik wird eine Gruppe zum Thema Schulden angeboten, in Kooperation mit einer Schuldnerberatung. Es wird ein Antrags- und Behördentraining angeboten, in dem der Umgang mit Post und Anträgen geübt wird. Zur Verbesserung der sozialen Teilhabe werden den Patientinnen der Umgang mit Behörden, das Wahrnehmen von Terminen und gegebenenfalls ein Telefontraining vermittelt. Bei Patientinnen mit noch bestehendem Arbeitsplatz wird eine Gruppe zum Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz vorgehalten, dies soll die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern. Da die soziale Kompetenz durch langandauernden Konsum von Cannabis und Amphetaminen eingeschränkt wird, nehmen die Patientinnen an einem auf die soziale und berufliche Teilhabe ausgerichteten Kompetenztraining teil. Außerdem gibt es je nach Schwere der Einschränkungen im sozialen und häuslichen Bereich Hilfestellung und Anleitung im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe.

Kunsttherapie

Zum Standardtherapieprogramm der Patientinnen mit Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit gehört eine kunsttherapeutische Einheit in der Bezugsgruppe. Durch den künstlerischen Umgang mit verschiedenen Materialien soll der Patientin der Zugang zum eigenen inneren Erleben sowie zu dessen nonverbalen Ausdruck ermöglicht werden. Werkstücke wie Bilder oder Skulpturen bilden Brücken zwischen der Wunschwelt der Patientin und der anzulebenden Realität. Auf diese Weise kann die von der Patientin empfundene Hilflosigkeit an die Realität angepasst und mit den bewussten und unbewussten Ich-Strukturen verbunden werden. Bildnerische Mittel „wie das Ziehen eines Rahmens“ bieten Schutzräume, die durch den Entzug der illegalen Suchtmittel entstandene Leere bekommt einen Platz und eine Form und kann so aktiv von der Patientin gefüllt werden. Mittels unterschiedlicher Aufgabenstellungen zu verschiedenen Themen werden die Patientinnen an das malerische und oder plastische Gestalten als Ausdrucksmöglichkeit ihres emotionalen Befindens herangeführt. Durch die praktische Arbeit mit den Materialien und die sensorische Stimulation kann das Gefühl für den eigenen Körper vertieft bzw. wieder neu entdeckt werden.

Freizeitkompetenztraining im Rahmen der Gestaltwerkstatt

In der Gestaltwerkstatt werden über die Materialien Holz und Speckstein basale Freizeitkompetenzen trainiert, da diese bei Cannabis- und Amphetaminabhängigen, durch die Fixierung auf die Droge als „Freizeitgestaltungsinstrument“, häufig stark eingeschränkt sind. Die Patientinnen haben die Möglichkeit Zugang zu unbekanntem Material zu entwickeln, eigene Ideen zu verwirklichen, aber auch zu erlernen, Hilfe und Unterstützung einzufordern. Gleichzeitig soll Achtsamkeit und Aufmerksamkeit beispielsweise durch die Einhaltung notwendiger Sicherheitsregeln im Umgang mit Arbeitsmaterialien und -werkzeugen gefördert werden.

4.7.4.3 Andere Gruppenangebote

Therapie der Nebendiagnosen

Da bei einer großen Anzahl unserer suchtkranken Patientinnen, Nebendiagnosen wie Traumafolgestörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen u. a. vorliegen halten wir spezialisierte Indikationsgruppen zur Behandlung dieser Nebendiagnosen vor.

In diesen Gruppen werden die Patientinnen in Bezug auf ihre Nebendiagnosen spezifisch eingeteilt und behandelt, diese Therapien finden im Case-Mix der Abhängigkeitserkrankungen statt.

Nebendiagnose Traumafolgestörungen

Dissoziations-Stopp-Gruppe

In der Dissoziations-Stopp-Gruppe werden folgende Themen erarbeitet:

- Psychoedukation zur posttraumatischen Belastungsstörung und deren Symptome wie Flashbacks, Alpträume, Dissoziation, Hyperarousal sowie Trigger
- Neurobiologische Grundlagen der PTBS
- Schlafhygiene und Umgang mit Alpträumen
- Erstellen von Trigger-Listen sowie wirksamen Gegenmaßnahmen
- Zusammenstellung eines eigenen Notfallkoffers zur Unterbrechung von Flashbacks und Dissoziation

Damit sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Den Zusammenhang zwischen der Traumatisierung und der Symptomatik erkennen
- Den Umgang mit den Symptomen im Alltag verbessern

- Stärkung der Eigenverantwortung im Umgang mit Flashbacks und Dissoziation

Sicherheit finden

Das Therapieprogramm „Seeking safety“ wurde von *Najavits* entwickelt und von der Arbeitsgruppe um *Schäfer* in Deutschland etabliert. Dieses Programm integriert die Behandlung von PTBS und Substanzmittelkonsum und wurde 2011 im Rahmen einer bundesweiten Studie in unseren Fachkliniken implementiert.

„Sicherheit finden“ ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Patienten mit substanzbezogenen Störungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Es wurde ursprünglich für Personen mit der Diagnose einer PTBS entwickelt, kann auch bei subsyndromaler PTBS, wie sie häufig bei bindungstraumatisierten Menschen vorliegt, angewendet werden.

„Sicherheit finden“ verfolgt einen ressourcenorientierten, stabilisierenden Ansatz; Traumatisierungen werden nicht im Detail besprochen. Ziel der Therapie ist es, Symptome der PTBS besser zu verstehen, „sichere Bewältigungsstrategien“ zu erlernen, die es ermöglichen auf Substanzmittelkonsum und andere „unsichere“ Verhaltensweisen (beispielsweise Selbstverletzungen) zu verzichten.

Ziel dieser Veränderungen sind beispielsweise Entwicklung und Aufbau folgender Fähigkeiten:

- Bewältigung von posttraumatischen Symptomen: Flashbacks, Alpträumen, Dissoziation
- Beendigung des Substanzkonsums, Aufbau einer stabilen Abstinenz
- Bessere Selbstfürsorge
- Stärkung von Kontakten zu verlässlichen, unterstützenden Personen
- Befreiung aus häuslicher Gewalt oder Missbrauch
- Beendigung von selbstschädigendem Verhalten

Nebendiagnose Psychogene Essstörungen

Essstörungsmodul bei Anorexie und Bulimie

Das Essstörungskonzept basiert auf einer verhaltenstherapeutischen Gesprächsgruppe, einer Körperwahrnehmungsgruppe, medizinischer Beratung, Einzelpsychotherapie, und Ernährungsberatung mit Schulungsküche.

In der indikativen Gesprächsgruppe für Frauen mit der Nebendiagnose psychogene Essstörungen wird themenzentriert gearbeitet. Die jeweilige Thematik der Sitzung wird zum Teil vorgegeben, aber auch aus der Patientinnengruppe heraus entwickelt. Häufige Themen sind Essen und die Verbindung mit Gefühlen wie Wut, Traurigkeit, Sehnsucht nach Geborgenheit sowie Schuld- und Schamgefühle. Außerdem werden Körperbild, Umgang mit Gewichtsabnahme/-zunahme, Frau-Sein und Sexualität besprochen. Ein wichtiger Aspekt liegt auch auf der Förderung der Eigenverantwortlichkeit bzgl. der Veränderung des Essverhaltens und der Akzeptanz der Erkrankung.

In der Indikationsgruppe zur Körperwahrnehmung, die immer abwechselnd mit der Gesprächsgruppe stattfindet, liegt bei Anorexie/Bulimie der Schwerpunkt bei der Aufhellung der Körperschemastörung, der Verbesserung des Körpergefühls, dem Herausarbeiten falscher Grundannahmen bezogen auf den Körper, der Realitätsprüfung durch Selbst- und Fremdwahrnehmung sowie der Konfrontation mit dem eigenen Spiegelbild.

Binge eating und Adipositas

Siehe 4.7.9 Ernährungsberatung.

Weiteres störungsübergreifendes indikatives Angebot (Suchterkrankung und Nebendiagnose)

Umgang mit innerer Spannung

Suchterkrankung, Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen gehören zu den Störungen mit übersteuerten Emotionen und dysfunktionaler, eingeschränkter Stressverarbeitung. Patienten mit diesen Störungen können ihre Emotionen nur eingeschränkt steuern und haben meist eine niedrige Frustrationstoleranz. Sie leiden unter inneren Spannungszuständen und haben dysfunktionale Verhaltensweisen zur Stressbewältigung etabliert.

Ziel der Gruppe ist es durch manualisierte Therapieeinheiten (DBT-orientiert), Wissen über innere Spannungszustände zu vermitteln, eigene Spannungszustände und Frühwarnzeichen erkennen zu lernen, sie zu analysieren und Strategien für alternativen Umgang zu erarbeiten und zu festigen.

Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

In der Gruppe ACT erarbeiten Patientinnen mit Störungen der Emotionsregulation im geschützten Rahmen eine akzeptierende Haltung gegenüber den eigenen Gedanken und Gefühlen, das Einnehmen einer Beobachterperspektive, die Orientierung auf das Hier und Jetzt mit erhöhter Eigenwahrnehmung; sie setzen sich mit ihren individuellen Persönlichkeitsanteilen und dahinter stehenden Verhaltensmustern auseinander und reflektieren die eigenen Wertvorstellungen. Ziel ist es, die psychische Flexibilität gegenüber unangenehmen Gedanken und Gefühlen zu erhöhen, welche normalerweise einen Impuls zur Flucht oder Betäubung durch das Suchtmittel hervorrufen würden, um so eine bleibende Handlungsfähigkeit zu gewährleisten.

Zur Unterstützung wird in zwei Einheiten eine selbstmitfühlende Grundhaltung erarbeitet, um starken Schuld- und Schamgefühlen, welche in der Komorbidität Sucht und Trauma ausgeprägt vorhanden sind, entgegenzuwirken.

Imaginationsgruppe

Basierend auf den Inhalten der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) n. *Reddemann* werden Möglichkeiten erarbeitet, sich selbst zu beruhigen und mehr Distanz zu belastenden inneren Bildern zu entwickeln, im weiteren Verlauf Zugang zu den eigenen Ressourcen zu finden und die Fähigkeit zur Selbststabilisierung zu verstärken, sowie Verantwortung für die eigene Befindlichkeit zu übernehmen. Die Übungen werden so vermittelt, dass die Patientinnen in die Lage versetzt werden, die Selbstberuhigung und Stabilität aus den Übungen in ihrem Alltag jederzeit einsetzen und spüren zu können.

Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)

Mit dem Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK) nach *Hinsch u. Pflingsten* steht ein Interventionsprogramm zur Verfügung, das auf der Basis moderner kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze entwickelt wurde und auf die Verbesserung der sozialen Kompetenzen einer Person abzielt. Als soziale Kompetenz wird die Verfügbarkeit und Anwendung von kognitiven, emotionalen und motorischen Verhaltensweisen, die in bestimmten sozialen Situationen zu einem langfristig günstigen Verhältnis von positiven und negativen Konsequenzen für den Handelnden führen, bezeichnet. Das GSK gliedert und trainiert sozial kompetentes Verhalten anhand folgender Situationstypen: 1. Recht durchsetzen (Typ R), 2. Beziehungen (Typ B) und 3. Sympathie (Typ S). Der spezielle Situationstyp „Alkohol ablehnen“ kann optional ergänzt werden.

Das Gruppentraining sozialer Kompetenz ist ein zentraler Bestandteil der Therapie, da wissenschaftliche Studien darauf hinweisen, dass Defizite sozialer Kompetenz besonders in riskanten Situationen zum Rückfall beitragen können. Haben die betroffenen Personen allerdings gelernt, sich in solchen Risikosituationen selbstsicher zu verhalten, ist ein Rückfall unwahrscheinlicher und das Vertrauen in die eigene Kompetenz steigt.

Angstbewältigungstraining

In der Angstbewältigungsgruppe werden Patientinnen mit Agoraphobie mit und ohne Panikattacken, spezifischen Phobien sowie Patientinnen mit Trauma-bedingten Ängsten und Vermeidungsverhalten in einer geschlossenen Gruppe nach den verhaltenstherapeutischen Konzept von *Margraf u. Schneider* behandelt. Zusätzlich erlernen die Patientinnen durch Physiotherapie spezielle Atemtechniken zur Unterbrechung von Panikattacken. Das Angstbewältigungstraining setzt sich aus einem psychoedukativen Teil und einem Trainingsteil zusammen. Die Patientinnen lernen den Teufelskreis der Angst kennen und erarbeiten sich Techniken, um Angstanfälle zu stoppen. Sie werden dazu angeleitet, dysfunktionale Kognitionen umzustrukturieren und Vermeidungsverhalten durch Expositionstraining zu verringern.

Umgang mit Depressionen

Die Indikationsgruppe „Umgang mit Depressionen“ wird als kognitiv-psychoedukative Therapie nach *Schaub, Roth, Goldmann*³ angeboten. Ziel der Gruppe ist es, sich neben der Symptomatik und Erklärungsmodellen basierend auf den Prinzipien der Sozialen Lerntheorie über Möglichkeiten klar zu werden, Einfluss auf automatisierte Gedanken bzw. Bewertungen und damit auch die Stimmung zu nehmen und im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung realistische Bewertungen von Situationen vorzunehmen. Dazu gehört weiterhin die Reflexion darüber, wie auf der Verhaltensebene einer depressiven Entwicklung bei möglichst guter Wahrnehmung für Frühwarnsignale über ausgleichende Aktivitäten zu begegnen ist und Stimmungen durch Verhaltensübungen im Alltag in eine positivere Richtung gelenkt werden können.

Bestandteil der Indikationsgruppe ist weiterhin eine regelmäßige Therapieeinheit mit Informationen zur Pharmakotherapie bei Depressionen. Diese Therapieeinheit wird von einer Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie geleitet und hilft Patientinnen im besseren Verstehen der Notwendigkeit einer adjuvanten Medikation mit Antidepressiva, kann aber auch Vorbehalte und Ängste vor Nebenwirkungen relativieren und zu einem besseren Krankheitsverständnis bzw. einer Behandlungsmotivation der Patientinnen beitragen.

Raucherentwöhnung

In der Indikationsgruppe „Nikotinentwöhnung“ wird das eigene Rauchverhalten analysiert, um den Tabakkonsum zu reduzieren oder zu stoppen.

Motivation zum Rauchstopp, Bewältigung kritischer Situationen ohne Zigarette, Raucherprofil, Umgang mit Entzugerscheinungen, Aufklärung über möglichen Nikotinersatz als Unterstützung, Umgang mit Rückfällen sind elementare Themen.

Die Patientinnen führen ein Rauchertagebuch und analysieren ihre ganz persönlichen Rauchgewohnheiten, erarbeiten praktische Bewältigungsstrategien für Krisensituationen und entwickeln verlässliche Strategien zu deren Vermeidung.

³ s. hierzu: „Kognitive-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen: Ein Therapiemanual“, 2013

Nonverbale Therapieangebote

Während der Entwöhnung werden die verschiedenen gesprächsorientierten Therapieformen in Einzel- und Gruppentherapie mit Komplementärtherapieformen aus dem Bereich der nonverbalen Therapien vernetzt.

Gesprächsorientierte als auch nonverbale Therapieformen werden ressourcen- und prozessorientiert sowie frauenspezifisch eingesetzt und bieten unseren Patientinnen die Möglichkeit einer ganzheitlichen Entfaltung. Gerade als Zugang zum sensiblen traumabedingten inneren Erleben, haben sich die künstlerischen Therapien als sehr wertvoll erwiesen; deren Konzepte kommen der Sucht- und Traumatherapie entgegen und lassen sich gut in einen gesamttherapeutischen Prozess einbeziehen.

Als nonverbale Therapieformen kommen Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie zum Einsatz. Jede Patientin erhält im Laufe der Regelbehandlung eine aufeinander aufbauende Einheit als nonverbale Therapieform. Dabei kann zwischen den vier unten beschriebenen Therapieformen gewählt werden.

Kunsttherapie

Jede Gestaltung, jedes Tun lässt sowohl Bewusstes als auch Unbewusstes sichtbar werden. Durch den Prozess des Gestaltens entsteht ein direkt erlebbares Gegenüber, gleich einem Spiegel, der zu Reflexion, zum Erkennen einlädt. Selbstgeschaffene Bilder und Skulpturen bieten die Chance des Wahrnehmens und Erkennens und fordern auf zur Wandlung - eine Chance zur Veränderung.

Alles ist im Bild, in der Skulptur gut aufgehoben und wird nur soweit entschlüsselt, wie jede einzelne Person dies möchte und kann. Somit ist das schöpferische Tun, wie es in der Kunsttherapie angeregt wird, immer auch eine Auseinandersetzung mit der eigenen Person auf nonverbale Art und Weise.

Darüber hinaus kann die schöpferische Tätigkeit zur Entlastung drängender Impulse und Gefühle dienen. So können beispielsweise psychische Spannungen abregiert werden. Aggressive Impulse wandeln sich in einen konstruktiven Ausdruck und werden nach außen sichtbar, begreifbar, formbar. Freude und die pure Lust am Tun fördern die Selbstheilungskraft, können ausgleichend wirken, tröstlich, heilsam und befriedend.

Kreativität wird erlebt als Kraft, um uns selbst und unsere Umwelt kreativ gestalten zu können. Dies gibt uns ein Gefühl von Wirksamkeit – Selbstwirksamkeit.

Die Kunsttherapie findet in einem ca. 100 qm großen hellen Atelierraum mit variabler Ausstattung statt: 12 Malplätze an Malwänden zum Wegklappen, 12 Maltische ebenfalls variabel einsetzbar, Werkstattboden, zurückgenommene Raumgestaltung. Das Kunsttherapieatelier soll den Patientinnen zur Unterstützung in ihrer Therapie zur Verfügung stehen. Es steht für einen Raum der Entfaltung und Entwicklung.

Das Gruppenangebot Kunsttherapie umfasst acht Termine á 90 Minuten und kann wahlweise verlängert werden.

Kunsttherapeutische Einzeltherapie umfasst sechs bis acht Termine á 60 Minuten. Die Kunsttherapie im Einzelsetting bietet einen geschützten Raum für sensible Prozesse. So ist es beispielsweise möglich, zu schwierigen Gefühlen wie Wut, Schmerz, Scham, Angst einen Zugang zu finden oder Bedrohlichem und Schambesetztem achtsam zu begegnen. Die Arbeit an inneren Verboten und Tabuisiertem ist ebenso möglich wie die Arbeit mit verletzten oder verletzenden Anteilen einer Persönlichkeit oder einer Arbeit mit dem so genannten „inneren Kind“.

Es geht darum, alle vorhandenen Aspekte einer Persönlichkeit sich soweit näher zu bringen, dass sie in einen guten Kontakt und wertschätzenden Austausch kommen können.

Musiktherapie

Die Musiktherapie basiert auf der Integrativen Gestalttherapie und arbeitet nach der Orff'schen Methode bzw. dem rhythmischen Prinzip: Erfahren-Erkennen-Benennen zur Förderung ganzheitlicher Entwicklungsprozesse bzw. Integration abgespaltener Emotionen. Die Beschäftigung mit verschiedenen Instrumenten ermöglicht den nonverbalen, direkten und sehr differenzierten Zugang zu den verschiedensten Gefühlsqualitäten: z.B. leise Töne als Ausdruck für: zurückhaltend/ ängstlich/ behutsam/ zärtlich etc. laute Töne oder kraftvolle Rhythmen als Ausdruck für „Aggressivität“ im ursprünglichen Sinn auf etwas zugehen/ ärgerlich /wütend/ lebendig/ freudig etc.. Durch die Orientierung am Elementaren ermöglicht diese Methode auch Menschen mit schweren Entwicklungsdefiziten oder Traumafolgestörungen eine gezielte Förderung und Nachreifung.

Bewegung-Körper-Meditation mit Musik

Die Bewegung-Körper-Meditations-Therapie basiert auf der Integrativen Gestalttherapie, verschiedenen Meditationstechniken und körperlichen Stabilisierungstechniken nach *Levine* u.a.. Die Freude an freier Bewegung zu Musik zu wecken und zu fördern, ist das tragende Element dieser integrativen Arbeit.

Zentrierende und meditative Übungen fördern die Ich-Struktur und die Wahrnehmung im Hier und Jetzt und wirken deshalb stabilisierend.

Bewusste Orientierungs-, Abgrenzungs- und Pendelübungen bei denen die Wahrnehmung gezielt geschult und gelenkt wird, wirken „alten Erstarrungsmustern“ entgegen und ermöglichen so auf einer körperlichen Ebene eine korrigierende Erfahrung.

Durch gezielte Partner- und Kleingruppenübungen werden spielerisch funktionale Interaktions- und Kommunikationsmuster erprobt und fördern so auf einer nonverbalen Ebene soziale Kompetenzen.

Bewegung und Meditation können also sowohl zur einfachen Selbsterfahrung als auch zur gezielten Nachreifung eingesetzt werden und eignen sich durch die prozess- und erlebnisorientierte Art der Vermittlung besonders zur individuellen Förderung.

Pferdegestützte Psychotherapie

Bei der pferdegestützten Psychotherapie geht es darum, die Reaktionen des Pferdes auf die eigenen Signale wahr zu nehmen und zu reflektieren, es geht darum, eigene emotionale Reaktionen auf das Verhalten des Pferdes zu bemerken und Wechselwirkungen zu beobachten. Dies geschieht z.B. durch die Beobachtung der Pferde, durch Führen eines Pferdes, durch Kontaktaufnahme durch Streicheln und auch durch das Getragen werden.

Die Fähigkeit der Pferde, uns unsere innere und äußere Haltung ständig widerzuspiegeln, macht das Pferd zu einem guten „Co-Therapeuten“. Das Pferd fordert uns zu einer eindeutigen Kommunikation und klarer Körpersprache auf. Es sendet nur eindeutige Signale auf der nonverbalen Ebene - im Gegensatz zum Menschen, wo verbale und nonverbale Botschaften differieren können. Das Pferd reagiert auf Gestik, Stimme, Atmung, Stimmungssignale, Körperspannung und die Echtheit der Beziehung. Dies bedarf also einer gemeinsamen Kommunikationsbasis, die auf authentische bzw. kongruente Körpersprache beruht. Daraus ergeben sich folgende Ziele für die pferdegestützten Psychotherapie:

- Wahrnehmungsschulung (Körper und Gefühle)
- Stärkung des Selbst- und Körperbewusstseins
- Den eigenen Körper neu erleben
- Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit
- Eingestehen von Ängsten und deren Überwindung

- Eigene Lebendigkeit und Lebensfreude spüren
- Selbstbehauptung
- Steigerung der Motivation und Aktivität
- Eigene Ressourcen entdecken
- Förderung sozialer Interaktion
- Beziehungsfähigkeit steigern
- Aufbau von Verantwortungsbewusstsein
- Rücksichtnahme auf sich und andere
- Grenzen setzen

Seminare und Foren

Mütterseminar

In Deutschland leben ca. 2,7 Millionen Kinder und Jugendliche zeitweise mit mindestens einem suchtkranken Elternteil zusammen. Abhängigkeitsstörung in der Familie zeigt sich häufig generationsübergreifend und viele suchtkranke Eltern erkranken an komorbiden psychiatrischen Störungen. Kinder dieser Familien machen häufig belastende Erfahrungen, die ihre Entwicklung gefährden können. So sind Kinder suchtkranker Eltern, im Vergleich zu anderen Kindern, deutlich anfälliger für eigene Suchtprobleme und andere psychische Auffälligkeiten.

Das Mütterseminar ist indiziert für suchtkranke Mütter mit dem Ziel der Bearbeitung der aus der Suchterkrankung und den weiteren psychischen Erkrankungen entstandenen Folgen für die Patientinnen und deren Kinder in Hinblick auf

- Mutter-Kind-Beziehung
- Scham- und Schuldgefühlen
- Erziehungsproblemen und -fragen
- Konfliktlösungen
- Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten

Themen sind:

- Bearbeitung von Schuld- und Schamgefühlen den Kindern gegenüber, aus der des aktiven Substanzmittelkonsums oder des süchtigen Verhaltens
- Verantwortungsübernahme in Hinblick auf das Wohl des Kindes
- Bewusstmachung von Problemen, Abbau von Bagatellisierungen
- Thematisierung der Begegnung zwischen Mutter und Kind (Misstrauen, Vertrauen, Grenzen, Schutz)
- Fragen nach adäquatem Umgang und Hilfsmöglichkeiten bei Problemen oder Auffälligkeiten der Kinder (Verhaltensauffälligkeiten wie z. B. Schulverweigerung, Kriminalität, , psychischen Erkrankungen, Suchterkrankungen, auch Essstörungen)
- Probleme im Umgang mit dem Jugendamt (Jugendamt häufig als „Feindbild“, das den Müttern/Eltern die Kinder entzieht)
- Information über unterstützende Maßnahmen und Rechte bei Jugendämtern, z. B. Inanspruchnahme einer sozialpädagogischen Familienhilfe, Maßnahmen zur Kinder- und Jugendhilfe, Beratungs- und Behandlungsangebote

Das Konzept besteht aus interaktiven, integriert tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen, systemisch-familietherapeutischen und informativen Elementen. Das Seminar findet statt unter Nutzung verschiedener Medien: Film, Internet, Bücher, Handouts und umfasst die Zeitspanne von 2 Tagen, alle 3 Monate. Die Gruppengröße beträgt maximal 15 Teilnehmerinnen.

Patientinnenforum

In regelmäßigen Abständen findet das Patientinnenforum statt. Es dient dem Austausch zwischen den Patientinnen und dem gesamten Klinikteam, alle in der Klinik arbeitenden Abteilungen mit Abteilungsleitern sind anwesend, dabei kommen Kritik und Verbesserungsvorschläge zur Sprache sowie die Klinikatmosphäre.

4.7.5 Arbeitsbezogenen Interventionen

Die Arbeitstherapie ist ein wesentlicher Therapiebestandteil auf dem Weg zur Teilhabe am Arbeitsmarkt und der damit verbundenen wirtschaftlichen Eigenständigkeit sowie der sozialen Integration, bzw. Re-Integration. Die Arbeitstherapie soll zum einen zur Verbesserung von Konzentration, Durchhaltevermögen und Ausdauer beitragen und so eine konstante Leistungsfähigkeit entwickeln. Zum anderen sind aber auch die Förderung von Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und sozialen Kompetenzen wichtige Ziele. Letztendlich soll über die Zuwendung zur Arbeit auch das Selbstwertgefühl der Patientinnen gestärkt werden.

Die arbeitstherapeutischen Tätigkeitsbereiche sind in unterschiedlicher Ausprägung mit Verantwortung und Anforderungen an Eigeninitiative und Kreativität der Patientinnen verknüpft. Die Arbeitsanleiter in den Bereichen haben fachspezifische Ausbildungen in den jeweiligen Grundberufen, und zum Teil auch (arbeits-)therapeutische Ausbildungen. Sie werden durch die Ergotherapeuten unterstützt und treffen sich zu einem wöchentlichen Austausch, wo sie Rückmeldungen zu einzelnen Patientinnen geben und erhalten. Die Ergotherapeuten sind bei Bedarf über die Teilnahme an Fallbesprechungen in das interdisziplinäre Team eingebunden, wodurch ein Austausch zwischen Arbeits- und Psychotherapie gewährleistet ist.

Zusätzlich wird der Behandlungsstand jeder Patientin zu Beginn und vor Abschluss der Behandlung in einem Team aus Ergotherapeuten, Bezugstherapeuten, Sozialarbeitern, Ärzten und Psychiatern besprochen. Hier geht es zu Behandlungsbeginn in erster Linie um den Abgleich von Anamnesedaten und Diagnosen, sowie Zielen und Behandlungsplanung. In der jeweiligen Abschlussbesprechung findet der Austausch zur sozialmedizinischen Epikrise statt, der die Behandlungsergebnisse aller vertretenen Bereiche verknüpft. Die entsprechenden Ergebnisse werden direkt in den Entlassungsbericht der Patientin eingepflegt.

Arbeitstherapieplätze werden in den Bereichen Küche, Garten, Hauservice, Kliniktschlerei, Verwaltung, Lesecafé, Kreativ-Kiosk und Kreativ-Werkstatt angeboten.

Im Rahmen einer Arbeitsdiagnostik erhalten die Patientinnen verschiedene konstruktive Arbeitsaufträge, die sie anhand von schriftlichen und mündlichen Arbeitsanweisungen erledigen sollen. Entsprechend der dabei zu beobachtenden Arbeits- und Verhaltensweisen wird mithilfe des ergo- und arbeitstherapeutischen Befundinstruments HiPro ein Fähigkeitsprofil jeder Patientin erstellt.

Das Fähigkeitsprofil nach HiPro umfasst Kriterien aus den Bereichen

- Elementare Fähigkeiten (z.B. Ausdauer, Konzentration, Arbeitsplanung)
- Soziale Fähigkeiten (z.B. Teamfähigkeit, Kritisierbarkeit)
- Emotionale Fähigkeiten (z.B. Antrieb, Misserfolgstoleranz)
- Selbstbild (z.B. Selbständigkeit, Ich-Stärke)

Außerdem findet in dieser Phase die Exploration der jeweiligen Berufs- und Arbeitssituation, sowie der jeweiligen beruflichen Perspektive und des persönlichen Integrationspotentials statt.

In der Analyse der aktuellen Situation werden fördernde und hemmende Kontextfaktoren erarbeitet. Dazu wird u.a. ein Screening mit dem AVEM-44 durchgeführt. Darauf aufbauend formuliert die Patientin ihre individuelle arbeitsbezogene Zielsetzung.

Aus den arbeitsdiagnostisch erhobenen Informationen erfolgt die Zuordnung in die jeweilige BORA-Gruppe.

Bei hohem Integrationspotential (BORA 1 und 2), oder bei bestehender (unbefristeter) Berentung nehmen die Patientinnen nicht zwingend an weiteren spezifischen Trainingsmaßnahmen der Arbeitstherapie teil. Sie nehmen stattdessen ergänzende ergotherapeutische Angebote aus dem Bereich Freizeitkompetenz/ Stressbewältigung wahr.

Bei gefährdetem, vermindertem oder geringem Integrationspotential (z.B. bei gefährdetem Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit oder befristeter Berentung – BORA 3-5), nehmen die Patientinnen zur Stabilisierung vorhandener Grundarbeitsfähigkeiten sowie zur Verbesserung des beruflichen Integrationspotentials an weiteren arbeitstherapeutischen Trainingsmaßnahmen teil.

Die Patientinnen werden in diesem Fall zunächst in einen arbeitstherapeutischen Basisbereich eingeteilt. Diese Bereiche dienen in erster Linie der weiteren Erprobung, Stabilisierung und Verbesserung von elementaren Arbeitsfähigkeiten, sowie einzelner berufsspezifischer Basisfertigkeiten. Die Patientinnen arbeiten unter enger Anleitung durch Fachpersonal, und haben weitestgehend festgelegte Arbeitszeiten und klare Rahmenbedingungen. Durch die adaptive Aufgabengestaltung ist eine individuelle Steigerung der Anforderungen möglich.

Nach ausreichender Stabilisierung und Steigerung der elementaren Grundarbeitsfähigkeiten können die Patientinnen in einen arbeitstherapeutischen Aufbaubereich versetzt werden. Diese Bereiche zeichnen sich durch erhöhte Anforderungen im Bereich der sozialen Kompetenzen und der Selbstständigkeit aus, und fordern von den Patientinnen eigenständiges Handeln und Verantwortungsübernahme in der Teamarbeit. Patientinnen mit gefährdetem Integrationspotential können in diesen Fähigkeitsbereichen gezielt gefordert und gefördert werden.

Je nach Fähigkeiten, Interessen, körperlichen Voraussetzungen und der Zielsetzung der Patientin werden die berufsbezogenen Maßnahmen und Arbeitsbereiche Klienten zentriert und im Sinne der BORA-Leitlinien miteinander kombiniert, sodass eine sehr individuelle und indikationsgeleitete arbeitstherapeutische Behandlung möglich ist. Dabei spielen auch der Austausch mit den jeweiligen Bezugstherapeuten, Ärzten und insbesondere der Sozialberatung eine wesentliche Rolle.

Zur Ergänzung der internen Arbeitsbereiche können externe Arbeitserprobungen unter Alltagsbedingungen bei verschiedenen Firmen und Unternehmen der Umgebung durchgeführt werden. So können arbeitslose Patientinnen sich neue Perspektiven erarbeiten, oder erwerbstätige Patientinnen ihre tatsächliche Belastbarkeit im Arbeitsalltag überprüfen.

Die Evaluierung über das Erreichen der arbeitstherapeutischen Ziele und der Entwicklung im Arbeitstherapieverlauf erfolgt im Rahmen mehrerer regelmäßig stattfindender Reflexionsgespräche der Ergotherapeuten mit der Patientin. Gesprächsgrundlage ist dabei eine Selbsteinschätzung der Patientin, sowie die Fremdbeurteilung durch den jeweiligen Arbeitstherapeuten.

Auch in den Austausch zur sozialmedizinischen Epikrise, in der sozialmedizinischen Visite, fließen die Fremdeinschätzungen der Arbeitstherapeuten, der arbeitstherapeutische Verlauf und die Selbsteinschätzung der Patientin mit ein.

Der zeitliche Umfang der Arbeitstherapie umfasst wöchentlich bis zu 7,5 Stunden. Dabei bieten die verschiedenen Bereiche Zeiteinheiten zwischen etwa 60 und 200 Minuten; der Zeitumfang kann also individuell angepasst werden.

Ergänzende arbeits- und ergotherapeutisch Maßnahmen

Zu den ergänzenden Maßnahmen zählen die Indikationsgruppen „Aktive Freizeitgestaltung“ und „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ und das Hirnleistungstraining.

Aktive Freizeitgestaltung

In der Indikationsgruppe „Aktive Freizeitgestaltung“ soll die Patientin in Kleingruppenarbeit unter ergotherapeutischer Anleitung einen konkret ausformulierten Wochenplan erstellen, in dem als fördernder Kontextfaktor Freizeit aktiv und sinnvoll gestaltet und eingeplant ist. Die Patientinnen lernen Möglichkeiten kennen, sich über Freizeitangebote am Wohnort zu informieren und bekommen Anregungen, welche Aktivitäten ihren zeitlichen und finanziellen Möglichkeiten entsprechend umsetzbar sind. Die Patientinnen erhalten außerdem einen Einblick in einzelne kreative Techniken, die auch mit kleinem Aufwand in den Alltag integrierbar sind.

Stressbewältigung am Arbeitsplatz

Die Indikationsgruppe „Stressbewältigung am Arbeitsplatz“ dient zur bewussten Auseinandersetzung mit dem Thema „Stress“. Die Patientinnen lernen Zusammenhänge kennen, und identifizieren persönliche Stressauslöser und -reaktionen, und erarbeiten Bewältigungsmöglichkeiten. Es werden einzelne Strategien zur besseren Stressbewältigung detailliert vorgestellt und zum Teil geübt.

Hirnleistungstraining

Im Rahmen der Förderung und Wiederherstellung von Grundarbeitsfähigkeiten bietet die Arbeitstherapie computergestütztes Hirnleistungstraining mit „Cogpack“ an.

Bei entsprechender Indikation, die entweder über die testpsychologische Diagnostik oder im Rahmen der Arbeitsdiagnostik festgestellt wird, führen die Ergotherapeutinnen in mehreren halbstündigen Einzelsitzungen dieses Training mit der Patientin durch.

Die Übungen des Programms können individuell zusammengestellt werden, so dass je nach Indikation Konzentrationsleistung, Merkfähigkeit, visuelle Wahrnehmung, Handlungsplanung, Visomotorik oder Reaktionsgeschwindigkeit sowie Allgemeinwissen, Rechnen, logisches Denken oder Alltagskompetenzen trainiert und gefördert werden können. Nebenbei übt sich die Patientin im Umgang mit dem PC und kann positive Rückmeldung erhalten, indem sie ihre Übungsfortschritte mithilfe des Programms selbst verfolgt.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Schwimmen

Schwimmen ist gut für Herz und Kreislauf und beansprucht fast alle Muskelgruppen. Der gleichmäßige Wasserdruck kräftigt und massiert das Bindegewebe. Besonders gut bei Problemen mit Gelenken und Sehnen oder bei Rückenschmerzen. Durch den Auftrieb des Wassers muss der Körper nur ein Zehntel seines Gewichtes tragen.

Aqua-Fitness

Fitnessgymnastik im Wasser ist ein schonendes, effektives Ganzkörpertraining. Die Bewegungen im Wasser sprechen gesundheitsorientierte Menschen ebenso an wie

Fitnessorientierte. Der Spaß im Element Wasser und die leichtere Bewegungsmöglichkeit stärken das Wohlbefinden. Aqua-Fitness kann von jedem betrieben werden, auch von Menschen, die schon lange keinen Sport mehr getrieben haben. Die Kontraindikationen sind schwere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck oder Entzündungserkrankungen in einer akuten Phase. Das Training im Wasser stärkt auch das Immunsystem. Wassergymnastik bietet die Gelegenheit auf sanfte und gesunde Art beweglicher zu werden, fit zu werden und fit zu bleiben.

Rückenschule

Als Rückenschule werden Kurse bezeichnet, die Übungen zur Prävention und Verminderung von Rückenschmerzen vermitteln. Ziel ist, die Rücken- und Bauchmuskulatur zu stärken und so die Wirbelsäule zu entlasten. Neben den regelmäßigen Übungen wird in der Rückenschule auch das Bewusstsein für eine rückschonende Haltung im Alltag gefördert.

Nordic-Walking

Ist eine hocheffektive sportliche Bewegungsform. Wird die Technik richtig ausgeführt, befinden sich über 600 Muskeln in ständiger Bewegung. Durch einen richtigen Einsatz der Arm- und Beinmuskulatur kann das Tempo erhöht und die Effektivität der Trainingseinheit gesteigert werden. Walken eignet sich sowohl als Einstiegsaktivität für Menschen, die längere Zeit keinen Sport betrieben haben, als auch für Leistungssportler, die gezielt ihre Fitness noch weiter verbessern wollen.

Konditionstraining

Als Konditionstraining werden alle Trainingsarten bezeichnet, die zur konditionellen Leistungssteigerung führen. Die Kondition setzt sich zusammen aus dem Leistungsvermögen hinsichtlich der Ausdauer, Schnelligkeit, Kraft, Koordination und Beweglichkeit im Sport.

Beckenbodengymnastik

Das Beckenbodentraining umfasst Spannungs- und Entspannungsübungen für den Beckenboden. In der Physiotherapie lernen Patientinnen ihren Beckenboden mit speziellen Übungen zu aktivieren. Ein kräftiger Beckenboden bietet allen inneren Organen Halt und er kann zu einem positiven Körpergefühl beitragen. Außerdem verbessert das Training die Körperwahrnehmung und beugt Harn- und Stuhlinkontinenz vor.

Pilates

Pilates ist ein Ganzkörpertraining auf der Matte im Einklang mit Atmung und Bewegung. Von der Körpermitte aus werden fließende, konzentrierte Bewegungen ausgeführt, die den Körper wieder in sein natürliches Gleichgewicht bringen. Aktive Übungen werden mit Entspannungstechniken kombiniert. So wird nicht nur der Körper trainiert sondern auch Stress abgebaut.

Watsu

Das Wort Watsu setzt sich zusammen aus Wasser und Shiatsu. Watsu ist eine tiefgreifende Entspannungsmethode im warmen Wasser, um Körper, Geist und Seele in Einklang zu bringen. Durch die Schwerelosigkeit im Wasser, die sanften Dehnungen, die fließenden Bewegungen sowie die Sicherheit des Getragens und des Geborgenseins, können psychische und physiologische Veränderungen entstehen, z.B. Pulsverlangsamung, Atemvertiefung und Muskelentspannung. Gedanken können zur Ruhe kommen, ebenso können sich Fehlhaltungen, die zu Schmerzen führen, zum Guten hin verändern. Die Aktivierung der Selbstheilungskräfte wird gefördert.

Progressive Muskelrelaxation

Die progressive Muskelrelaxation ist ein spezielles Entspannungsverfahren, dessen Ziel eine Beruhigung von Körper und Geist, sowie eine verbesserte Selbstwahrnehmung ist. Diese Form der Entspannung gehört zum Standardtherapieverfahren aller Patientinnen und ist fest im Therapieplan als Pflichtveranstaltung enthalten.

Power Yoga

Power Yoga - eine Form des Hatha Yoga - vereint Flexibilität, Kraft, Ausdauer, Herz, Kreislauf, Gleichgewicht und Koordination mit dem Ziel, Körper, Geist und Seele wieder in Einklang zu bringen. Die Übungsabfolgen und Atemtechniken werden im Power Yoga variabel gestaltet und somit den Praktizierenden angepasst.

4.7.7 Freizeitangebote

Meist ist die Freizeitgestaltung bei Abhängigkeitserkrankten gestört, da die Suchterkrankung zum Lebensmittelpunkt wurde. Die Förderung aktiver Verhaltensweisen in der Freizeit ist für die langfristige Stabilisierung der Abstinenz und der sozialen und beruflichen Teilhabe als wesentlicher Faktor anzusehen. Um den Patientinnen eine Rückkehr in eine funktionale Freizeitgestaltung zu ermöglichen, stehen eine Vielfalt an Gestaltungsmöglichkeiten für die Abende und die Wochenenden zur Verfügung.

Sie können folgende Möglichkeiten nutzen:

- Schwimmbad
- Fitnessraum
- Sauna
- Lesecafé mit Spieleverleih
- Internet-Zugänge
- Tischtennis
- Tischfußball
- Fahrräder für Ausflüge in die Umgebung/Radverleih
- Vorträge externer Referenten
- Konzerte, Lesungen
- Freizeitbereiche im Garten
- Vereine in der näheren Umgebung
- Diverse Spiel- und Sportgeräte für Drinnen und Draußen
- Offener Kreativraum
- Kreative Projektgruppen

Aktivitäten von Patientinnengruppen zur Förderung des Sozialverhaltens und des Zusammenlebens in der Klinik werden aktiv gefördert. Dies geschieht durch ideelle, sachliche oder finanzielle Unterstützung bei Aktivitäten wie Besuchen von Veranstaltungen außerhalb der Klinik oder Ausflügen.

Die nähere Umgebung mit ihren Freizeitmöglichkeiten wird den Patientinnen durch Mitpatientinnen in der ersten Woche während der Aufnahmephase gezeigt und Info-Material (Rad- und Wanderkarten) zur Verfügung gestellt.

Es gibt eine Info-Wand, die allen Patientinnen jederzeit zugänglich ist, mit zahlreichen Informationen zu Möglichkeiten der aktiven Freizeitgestaltung in der Umgebung auch

kostenlose Angebote werden genannt. Aushänge zu kulturellen oder sportlichen Veranstaltungen, Vereinsaktivitäten, Kinoprogramm und Ausflugszielen werden regelmäßig aktualisiert und erweitert.

4.7.8 Sozialberatung

Die Sozialberatung bietet den Patientinnen Anleitung und Hilfe an, soziale Defizite zu erkennen, im Rahmen der Therapie diese soweit wie möglich zu beseitigen und vorhandene Ressourcen weiterzuentwickeln. Sie berät Patientinnen mit Problemen im sozialen, beruflichen und finanziellen Bereich. Dabei berücksichtigt sie den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ und achtet im Sinne einer therapeutischen Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen darauf, dass diese sich in zumutbarem Maße an der Erreichung ihrer Ziele selbst beteiligen. Ihre aktive Mitarbeit kann darin bestehen, z.B. Daten und Unterlagen zu beschaffen, Aufstellungen zu erstellen, Schreiben zu entwerfen, Telefonate zu tätigen etc. Jede Patientin hat während des gesamten stationären Aufenthaltes einen festen Ansprechpartner in der Sozialberatung.

Jede Patientin nimmt im Rahmen der Aufnahmegruppe an einer Infoveranstaltung der Sozialberatung teil, in der die soziale Diagnostik erhoben und eine Ist-Analyse vorgenommen wird.

Den Patientinnen bietet die Sozialberatung Anleitung und Hilfe an, soziale Defizite zu erkennen, im Rahmen der Therapie soweit wie möglich zu beseitigen und vorhandene Ressourcen weiterzuentwickeln. Sie berät Patientinnen mit Problemen im sozialen, beruflichen und finanziellen Bereich, unter Berücksichtigung des BORA-Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung.

Dabei berücksichtigt sie vor allem auch den Grundsatz „Hilfe zur Selbsthilfe“ und achtet im Sinne einer therapeutischen Stärkung der Eigeninitiative und Eigenverantwortlichkeit der Patienten darauf, dass diese sich in zumutbarem Maße an der Erreichung ihrer Ziele selbst beteiligen. Die Sozialberatung soll die Patientinnen motivieren, beraten, begleiten, anleiten und unterstützen.

Insbesondere folgende Themenbereiche gehören schwerpunktmäßig zum Leistungsspektrum der Sozialberatung:

- Informationsveranstaltung in der ersten Behandlungswoche mit sozialer Diagnostik und Feststellung erforderlicher Hilfen und Maßnahmen, und wenn notwendig zeitnahe Einzelberatung.
- Antragstellungen bei zuständigen Behörden und u. a. Hilfestellungen bei Erlangung von Übergangs- oder Krankengeld, ALG I, ALG II, etc.
- Beratung zur finanziellen Situation (z. B. Wohngeld, Mietschulden u. a.)
- Telefonische und briefliche Kontakte mit DRV-Trägern, Krankenkassen, Behörden, Beratungsstellen usw., soweit sie sich aus o. g. Tätigkeit ergeben.
- Allgemeine Beratung und Hilfe bei der Verbesserung der sozialen Integration/ Tagesstruktur
- Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess, ggfs. Reflektion von Arbeitsplatzproblemen und Erörtern von beruflichen Teilhabemöglichkeiten, ggf. Gespräche mit Vorgesetzten, Einleitung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen (LTA), Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung, Beratung zu Adaptionenmaßnahmen, Kontaktaufnahme Arbeitsagentur/ Jobcenter etc.
- Unterstützung bei der Klärung der Wohnungssituation, Vermittlung in betreute Wohnformen wie z.B. ambulant betreutes Wohnen, stationäres Wohnheim, Wohngemeinschaften, etc. (im Rahmen der Eingliederungshilfe SGB XII)

- Ordnung finanzieller Verhältnisse, Schuldenregulierung, Vermittlung zur Schuldnerberatung; Hilfestellung bei der Einrichtung eines P-Kontos, Geldverwaltung und Haushaltsbuch führen
- Hilfe bei Rechtsstreitigkeiten und anstehenden Strafverfahren (ohne Rechtsberatung); Kontaktaufnahme zu Rechtsanwälten und Richtern, u.a.
- Klärung und Erhebung sozialmedizinisch relevanter Aspekte in Absprache mit dem medizinischen Dienst, Teilnahme an Fallbesprechungen/ sozialmedizinischen Konferenzen/Erörterungen
- Anregung und Einleitung nachgehender Hilfen, wie z. B. gesetzliche Betreuung; psychiatrische Pflege, usw.
- Teilhabe behinderter Menschen (u.a. Informationsveranstaltung zum Schwerbehindertenrecht)

Bewerbungstraining

Das Bewerbungstraining ist eine interne geschlossene Indikationsgruppe, die insgesamt vier Einheiten á 1,5 Stunden umfasst. Die Einteilung der Patientinnen erfolgt vorrangig nach der Zuordnung der BORA-Gruppen.

Im Bewerbungstraining erfolgen eine Bestandsaufnahme der beruflichen Situation und eine persönliche Profilanalyse. Darüber hinaus werden positive berufliche Perspektiven entwickelt und konkretisiert unter Einbeziehung der persönlichen und fachlichen Qualifikationen.

Die Patientinnen erhalten Informationen zu aktuellen Bewerbungsformen (Inhalt und Aufbau) und haben die Möglichkeit, in zwei Praxiseinheiten ihre persönliche Bewerbung im EDV-Raum unter Anleitung zu erstellen und zu speichern. Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Stellenrecherche. Abschließend erhalten die Patientinnen Tipps und Tricks zum Vorstellungsgespräch und es können konkrete Situationen aus Bewerbungsgesprächen geprobt werden. Das Bewerbungstraining soll vor allem dazu dienen, Patientinnen zu motivieren und vorhandene Ängste und Hürden abzubauen, um eine langfristige berufliche Teilhabe erreichen zu können.

4.7.9 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährungsberatung

Gesundheitsbildung/ -training

Während der gesamten Therapiedauer finden Informationsveranstaltungen zu Gesundheitsthemen sowie zur Förderung des Krankheitsverständnisses statt. Sie werden von unterschiedlichen Berufsgruppen gestaltet, die Vorträge werden interaktiv gehalten und lassen den Patientinnen Raum sich einzubringen und zu beteiligen.

Die Themen sind Neurobiologie der Suchterkrankung, Umgang mit Schmerzen, Schlaf und Schlafstörungen, Einfluss von Suchterkrankung auf den Körper, Nikotinentwöhnung, Suchterkrankung in Bezug auf Essen und Essverhalten, Suchterkrankung und Fahreignung. Außerdem frauenspezifische gynäkologische Veranstaltung in Bezug auf Mamma-Karzinom und Einfluss der Suchterkrankung auf den weiblichen Körper.

Ernährungsberatung

Basierend auf den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) werden, aufbauend auf diesem Qualitätsstandard, verschiedene Module mit zielgruppenorientierten Inhalten angeboten.

Das übergeordnete Ziel für alle Angebote ist es, die Patientinnen durch strukturierte interaktive Schulungen in Theorie und Praxis zu einer zielgruppenorientierten Ernährungsumstellung zu

motivieren, die im häuslichen Bereich fortführbar ist. Die Befähigung und Erweiterung der Kompetenzen der Patientinnen, im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe, steht dabei im Vordergrund. Um dieses Ziel zu erreichen wird interdisziplinär im engen Kontakt zwischen Ärzten, Therapeuten, Küchenleitung und Ernährungsberatung gearbeitet.

Besondere Ernährungsformen

Die Verpflegung der Patientinnen wird nach den DGE-Qualitätsstandards für die Verpflegung in Rehabilitationskliniken umgesetzt.

Es gibt drei Hauptmahlzeiten und die Möglichkeit von zwei zusätzlichen Zwischenmahlzeiten. Frühstück und Abendessen wird in Büffetform angeboten und zum Mittagessen gibt es bis zu drei Menüs zur Auswahl, wovon immer ein Menü vegetarisch ist. Obst und Gemüse, Fleisch und Brot wird von regionalen Anbietern bezogen. Saisonale Produkte werden bei der Speiseplangestaltung bevorzugt.

In der Fachklinik St. Vitus, Visbek wird mit einem regionalen Anbieter für Bio Obst und Gemüse zusammengearbeitet. Es wird den Patientinnen durchgängig Wasser zu Verfügung gestellt.

Genderspezifische Besonderheiten werden berücksichtigt. Außerdem wird in regelmäßigen Küchenforen der Austausch mit den Patientinnen gesucht und dort vorgebrachte Wünsche wenn möglich berücksichtigt.

In Absprache zwischen den Ärzten, Ernährungsberatung und Küche gibt es für die Patientinnen mit Lebensmittel-Allergien und/ oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie zum Beispiel Laktose-, Fruktose- und Gluten-Unverträglichkeit abgestimmte Sonderkost. Diese werden in der Produktionsküche gesondert zubereitet und bei der Speisenausgabe direkt an die Patientinnen ausgegeben.

Ernährungsumstellungen aufgrund anderer medizinischer oder therapeutischer Indikation, werden in der Ernährungsberatung mit den Patientinnen erarbeiten, begleitet und diese dazu befähigt es innerhalb der Klinikverpflegung anzuwenden. Mit Hilfe von Erprobungen in den Heimfahrten und anschließender Reflektion sind diese auch nachhaltig im häuslichen Umfeld anwendbar.

Büffetinformation

In der Aufnahmegruppe in der ersten Woche werden die Speisengestaltung und Speisesaalabläufe unter Einbeziehung der Hygienevorschriften während des Reha-Aufenthaltes erläutert und die speziellen Angebote der Ernährungsberatung vorgestellt.

Einzelberatung

In Absprache mit Ärzten und Bezugstherapeuten wird ein individueller Bedarf festgestellt, dies ist meist bei Lebensmittelallergien und -unverträglichkeiten, Stoffwechselerkrankungen, durch die Abhängigkeitserkrankung ausgelösten Ernährungsstörungen oder bei Störungen der Ernährung durch die psychopharmakologische Therapie, indiziert. Es finden Einzelberatungen statt, die sich mit dem individuellen Ernährungsproblem befassen, Bewältigungsstrategien werden erarbeitet und im Kliniksetting umgesetzt.

Ernährungsvorträge im Rahmen der Infoveranstaltungen

In drei Einheiten werden den Patientinnen folgende Informationen vermittelt:

- Vortrag zur gesunden Ernährung nach den Richtlinien der DGE und Sinn und Unsinn einiger Ernährungstrends
- Wie beeinflusst Sucht das Essverhalten - mit Erfahrungsaustausch
- Alkohol in Lebensmitteln

Lehrküche

In der Lehrküche wird die praktische Umsetzung von Portionsgrößen, Speisengestaltung und Lebensmittelauswahl vermittelt und geübt. Beim gemeinsamen Kochen können die Patientinnen korrigierende Erfahrungen erleben und beim gemeinsamen Essen ihr Essverhalten reflektieren.

Für junge drogenabhängige Patientinnen mit ausgeprägten Teilhabebeeinträchtigungen besteht ein spezielles Angebot mit grundsätzlichen Informationen zur gesunden Ernährung, Vorratshaltung und Hygiene, verbunden mit basalen praktischen Übungen in der Lehrküche und einem Einkaufstraining.

Adipositas-Gruppe

In mehreren Einheiten werden mit den Patientinnen die Ursachen von Adipositas erarbeitet. Dazu führen diese ein Essprotokoll, dieses wird gemeinsam reflektiert und daraus werden Maßnahmen zur Verhaltensänderung abgeleitet. Besonderes Augenmerk wird dabei auf die Stimuli und die Stimuluskontrolle gelegt. Die erarbeiteten Strategien in Bezug auf das Essverhalten werden in der Lehrküche während eines gemeinsamen Kochens erlebbar und überprüfbar gemacht und die Erfahrungen gemeinsam reflektiert.

Themenkochkurse

Allen Patientinnen werden Themenkochkurse (...) angeboten. Durch das gemeinsame Kochen soll Genuss wiederentdeckt werden und die Motivation zu mehr Selbstfürsorge gefördert werden.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Angehörigenarbeit ist ein wichtiger Bestandteil unseres Angebots. Schon zur Aufnahme werden die Angehörigen mit eingeladen und auf die Möglichkeit von Paar- und Familiengesprächen sowie Angehörigenseminaren hingewiesen.

Die wichtigsten Bezugspersonen der Patientin (Partner, Kinder, Eltern und andere) sollen in den Therapieverlauf eingebunden werden, zwecks

- Information von Angehörigen über die Suchterkrankung und die komorbiden Erkrankungen der Patientinnen
- Reflexion der Partner- und Familienkonstellationen und der (oft unausgesprochenen) Familienregeln, Auslösern und aufrechterhaltende Faktoren für Konsumverhalten innerhalb der Familie
- Reflexion der Veränderungen der Patientin durch Abstinenz und Therapie und deren Auswirkungen auf die Partner bzw. das Familiensystem
- Wahrnehmung und Veränderung von dysfunktionalen Beziehungs- und Kommunikationsmustern
- Aufzeigen suchtpreventiver Maßnahmen sowie Weiterbehandlungsmöglichkeiten im Rahmen ambulanter Nachsorge, Selbsthilfegruppen, Paar- und Familientherapie

Grundsätzlich sollen die nächsten Bezugspersonen (z. B. Partner/Partnerinnen, Eltern, nahe Verwandte) zu Angehörigengesprächen eingeladen werden, die in der Regel ab der vierten Therapiewoche gemeinsam mit der Bezugstherapeutin stattfinden.

Unter den oben beschriebenen Zielsetzungen und in Abhängigkeit vom Therapieverlauf der Patientin können auch Familientherapiegespräche geführt werden, Kinder und Jugendliche mit in die Therapie einbezogen werden, insbesondere dann wenn die Familie weiterhin zusammenlebt.

Die Angehörigengespräche dauern in der Regel 60 bzw. 90 Minuten. Die Einladungen zu Angehörigengesprächen erfolgen entweder durch die Patientin selbst oder durch Bezugstherapeuten.

Darüber hinaus findet vierteljährlich ein ganztägiges Angehörigenseminar statt, das i.d.R. von der ärztlich-therapeutischen Leitung durchgeführt wird. Die Angehörigen werden über die Suchterkrankung informiert, es ist ausreichend Zeit für Fragen und Austausch vorgesehen.

4.7.11 Rückfallmanagement

Die Sicherung dauerhafter Abstinenz von Suchtmitteln und süchtigem Verhalten ist eine wichtige Voraussetzung für die Eingliederung in Arbeit, Gesellschaft und Familie.

Sucht ist eine chronische Krankheit und als solche mit Rückfällen verbunden. An rückfallpräventiven Maßnahmen setzen wir regelmäßige Kontrollen in Form von Alkomat-Testungen, ETG-Bestimmungen und Drogentestungen ein. Bei den Patientinnen mit Verhaltenssüchten findet zu Beginn eine Aufklärung über die Notwendigkeit der Transparenz über Rückfälle statt. Eine Behandlung ist nur möglich, wenn diese Transparenz zugesagt wird. Im Rahmen der Einzeltherapie werden Craving und Rückfälligkeit regelmäßig abgefragt. Alle Patientinnen durchlaufen die Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe. Sie fertigen sich Notfallpläne an und sprechen diese mit dem Therapeuten durch. Bei Krisen können die Patientinnen am Tag ihre Bezugstherapeuten aufsuchen, am Wochenende und am Abend den Pflegedienst. Auch können modifizierte Ausgangsregelungen in kritischen Phasen vereinbart werden.

Gezielte Rückfallprophylaxe, individuelle Betrachtung und Aufarbeitung von Rückfällen gehören zum Standardvorgehen.

Nach einem Substanzmittelrückfall entscheidet der zuständige Arzt, ob eine Verlegung zur Entgiftung notwendig ist. Die Patientin erhält nach Ausnüchterung eine Ausgangssperre, ihr Zimmer wird kontrolliert, um auch Mitpatientinnen zu schützen. Sowohl die substanzrückfälligen als auch die verhaltensrückfälligen Patientinnen erstellen eine Rückfallanalyse, die den Bezugstherapeuten innerhalb von 24 Stunden vorgelegt werden muss. Diese bewerten in enger Absprache mit der ärztlichen und therapeutischen Leitung, sowie den für die Bezugsgruppe zuständigen Therapeuten die Rückfallanalyse. Bewertungsgrundlage sind dabei schlüssige Rückfallbeschreibung, Gefährdung von Mitpatientinnen im Rahmen des Rückfalls, Transparenz während des Rückfalls, Länge des Rückfallgeschehens und dessen Beendigung und Verantwortungsübernahme in Bezug auf den Rückfall.

Aus dieser Bewertung erfolgen therapeutische Maßnahmen oder auch die Entlassung der Patientin. Die Rückfallanalyse wird in der therapeutischen Bezugsgruppe vorgestellt.

Nach wiederholten Rückfällen wird im Behandlungsteam mit der Patientin die Veränderungsmotivation und -kompetenz überprüft. Bei guter Veränderungsmotivation und noch unzureichender Veränderungskompetenz wird die Patientin meist weiterbehandelt. Eine Entlassung erfolgt nach wiederholtem Rückfall, insbesondere wenn keine tragfähige Bereitschaft zur Verhaltensänderung gesehen wird.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der examinierte Pflegedienst stellt für die Patienten rund um die Uhr die erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen, nach Dienstschluss der anderen Berufsgruppen auch in Krisensituationen und bei Konflikten dar.

In der Aufnahmesituation ist der Pflegedienst die erste Anlaufstelle und fungiert von Beginn an als Bindeglied zwischen Patientinnen, Ärzten und Therapeuten und auch der ärztlichen Leitung.

Es werden Vitalparameter bestimmt, EKG´s abgeleitet, außerhalb der Dienstzeit ggfs. der diensthabende Arzt oder Therapeut informiert, wenn sich eine Krise nicht anderweitig bewältigen lässt. Es werden die verordneten Medikamente gestellt und verteilt, Wunden werden verbunden und Messwerte kontrolliert, Blut- und Urinproben abgenommen, Suchtmittelkontrollen durchgeführt und die Ergebnisse dokumentiert. Außerdem wird Akupunktur (gemäß der NADA-Vorgaben) angeboten, es werden die externen Arzttermine organisiert.

Durch die Präsenz des Pflegedienstes im Haus ist es möglich, Kontaktaufnahme zu üben und bei Instabilität einen verlässlichen Ansprechpartner mit stetiger Präsenz zu haben. Bei inneren Spannungszuständen, Craving oder auch Suchtverlangen hält der Pflegedienst Ohrakupunktur und verschiedene Skills vor, die er mit der Patientin bespricht und an sie weiter gibt. Außerdem weist er die Patientinnen nach ärztlicher Anordnung in die Lichttherapie ein.

Ohrakupunktur

Bei inneren Spannungszuständen und Craving wird vom Pflegedienst eine Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll angeboten. Die Ohrakupunktur wird im Rahmen einer Infoveranstaltung in der ersten Behandlungswoche kurz vorgestellt. Dann kann die Patientin sich freiwillig dafür anmelden, montags bis freitags an der Gruppe mit 4 Patientinnen teilnehmen. In Krisensituationen und bei Nadelängsten werden Magnetperlenpflaster angeboten und geklebt.

Skills

Der Pflegedienst hält Skills vor, erklärt sie den Patientinnen bei Bedarf und Interesse. Dabei sind Skills aus den Bereichen Fühlen, Riechen und Tasten vorhanden und können der Patientin ausgehändigt werden. Je nach Notwendigkeit werden der Patientin weiche oder auch harte Skills gezeigt und deren Anwendung vermittelt.

Lichttherapie

Zur Behandlung von Depressionen eignet sich besonders eine Lichttherapie als nichtmedikamentöse Methode.

Durch Licht ab der Stärke von 2500 Lux wird über die „innere Uhr“ unseres Gehirns, den Nucleus suprachiasmaticus (SNC), die Ausschüttung des Schlafhormones Melatonin verhindert und die Ausschüttung von Serotonin und Noradrenalin, die antidepressiv wirken, gefördert. Nach ärztlicher Verordnung werden die Patientinnen vom Pflegedienst in die Lichttherapie eingewiesen. Sie sitzen dann morgens und/oder mittags für 30-60min unter einer Lichtdusche (2500 - 10000 Lux), die Zeiten organisieren sie, nach Einweisung selbst und können so in Eigenregie diese Therapie den anderen anpassen.

4.7.13 Weitere Leistungen

Im Verlauf der Rehabilitation wird abhängig von den erarbeiteten Therapiezielen kontinuierlich geprüft, welche Maßnahmen somatomedizinisch, sozialmedizinisch, psychotherapeutisch, arbeitstherapeutisch und sozialtherapeutisch eingeleitet werden müssen, um das Rehabilitationsergebnis nachhaltig zu sichern. Bei jeder Patientin wird deshalb im Verlauf, individuell, im multiprofessionellen Team zusammen mit der Patientin eine sozialmedizinische Erörterung durchgeführt und ein Maßnahmenplan erstellt. Bei vorhandenen Arbeitsplatz wird

geklärt, ob eine stufenweise Wiedereingliederung sinnvoll und durchführbar ist. Ambulante Weiterbehandlung, Suchtnachsorge und Selbsthilfe werden frühzeitig geplant und im Rahmen der Belastungserprobungen von der Patientin im Sinne einer Kontaktaufnahme zum Nachbehandler organisiert.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

10 Tage vor Entlassung beginnt die Entlassungsphase. In dieser finden die medizinischen Entlassungsuntersuchungen in der Krankenpflege, die ärztliche Entlassuntersuchung mit Besprechung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und die Entlassdiagnostik im Bereich Medizin und Psychotherapie statt. Der Rehaentlassbericht wird vom Arzt angelegt und vom Bezugstherapeuten vervollständigt, von ihm mit der Patientin besprochen, danach korrigiert, am Entlasstag zur Unterschrift und anschließenden Versendung vorgelegt.

Jede Patientin bekommt zusätzlich einen Kurarztbrief für ihren Hausarzt mit Diagnosen, notwendigen weiteren Maßnahmen, der Arbeitsfähigkeit und der aktuellen Medikation ausgehändigt.

Im Rahmen der Kombi-Behandlung besuchen die Patientinnen im Vorfeld der Entlassung, ihre ambulanten Gruppen, um den Übergang zu erleichtern.

Die Entlassung erfolgt regulär wenn alle Therapieziele erreicht sind. Vorzeitig mit ärztlichen Einverständnis wenn im Therapieverlauf deutlich wird, dass keine Rehabilitationsfähigkeit vorliegt, eine Behandlung im Rahmen einer Krankenhausbehandlung notwendig ist oder wenn deutlich wird, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine weiteren Therapieziele erreicht werden können. Irreguläre Entlassungen sind Therapieabbrüche oder auch Beendigung auf ärztliche Veranlassung bei Regelverstößen, nicht tragbaren Substanz- oder Verhaltensrückfällen, die die anderen Rehabilitandinnen gefährden oder deren Therapie nachhaltig stören. Disziplinarische Entlassungen erfolgen bei Gewaltanwendung gegenüber Mitpatientinnen/ Personal oder Verkauf von Suchtmitteln in der Klinik.

5. Personelle Ausstattung

Mit dem federführenden Kostenträger ist die Personalausstattung vereinbart, die personelle Mindestbesetzung wird durchgehend eingehalten und ist an die komplex erkrankten Rehabilitandinnen angepasst. (siehe Anlagen/ erg. Unterlagen).

5.1 Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die stationäre Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung einer Fachärztin und eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Die leitenden Ärzte haben neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung in stetiger und enger Abstimmung mit der leitenden Psychologin auch die ständige Fortbildung der Mitarbeiter im Fokus.

Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die eine qualifizierte Ausbildung besitzen und über Berufserfahrungen in der Rehabilitation verfügen.

Ärztlicher Direktor

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Sozial- und Rehamedizin / Ärztliches Qualitätsmanagement
Verkehrsmedizin / Suchtmedizinische Grundversorgung
Trauma- und EMDR-Therapeut / Sexualtherapeut
Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen (18 Monate)

Leitende Ärztin
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Traumatherapeutin, EMDR-Therapeutin, Sozialmedizinerin, DBT-Therapeutin, Therapeutin für schwere dissoziative Störungen, Suchtmedizinerin

Fachärzte
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Facharzt für Innere Medizin (konsiliarisch)

Assistenzärzte
Assistenzarzt in Weiterbildung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitende Psychologin
Approbierte Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Familientherapeutin

Psychologische Psychotherapeutinnen

Kunst-, Musik-, Tanztherapeutinnen

Sozialarbeiterinnen / Sozialpädagoge mit sozialtherapeutischer Zusatzausbildung

Physiotherapeutinnen / Krankengymnastinnen / medizinische Bademeisterin

Krankenschwestern / Arzthelferin

Diätetisch geschulter Küchenmeister

Ökotrophologinnen / Diätassistentinnen

Ergotherapeutinnen

Arbeitstherapeutinnen / Arbeitstherapeuten

5.2 Fachabteilung Cannabis- und Amphetaminabhängigkeit

Ärztliche Leitung und Verantwortung

Die stationäre Rehabilitation steht unter ständiger Leitung und Verantwortung einer Fachärztin und eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Die leitenden Ärzte haben neben der eigenen gebietsbezogenen und sozialmedizinischen Fortbildung in stetiger und enger Abstimmung mit der leitenden Psychologin auch die ständige Fortbildung der Mitarbeiter im Fokus.

Rehabilitationsteam und Qualifikation

Dem interdisziplinären Rehabilitationsteam gehören folgende Berufsgruppen an, die eine qualifizierte Ausbildung besitzen und über Berufserfahrungen in der Rehabilitation verfügen.

Ärztlicher Direktor
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Sozial- und Rehabilitationsmedizin / Ärztliches Qualitätsmanagement
Verkehrsmedizin / Suchtmedizinische Grundversorgung
Trauma- und EMDR-Therapeut / Sexualtherapeut
Weiterbildungsermächtigung der Ärztekammer Niedersachsen (18 Monate)

Leitende Ärztin
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Traumatherapeutin, EMDR-Therapeutin, Sozialmedizinerin, DBT-Therapeutin, Therapeutin für schwere dissoziative Störungen, Suchtmedizinerin

Fachärzte
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
Facharzt für Innere Medizin (konsiliarisch)

Assistenzärzte
Assistenzärztin in Weiterbildung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Leitende Psychologin
Approbierter Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Familientherapeutin

Psychologische Psychotherapeutinnen

Kunst-, Musik-, Tanztherapeutinnen

Sozialarbeiterinnen / Sozialpädagoge mit sozialtherapeutischer Zusatzausbildung

Physiotherapeutinnen / Krankengymnastinnen/medizinische Bademeisterin

Krankenschwestern / Arzthelferin

Diätetisch geschulter Küchenmeister

Ökotrophologinnen / Diätassistentinnen

Ergotherapeutinnen

Arbeitstherapeutinnen / Arbeitstherapeuten

6. Räumliche Gegebenheiten/Ausstattung

Die Klinik verfügt über Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von 17 Quadratmetern sowie Doppelzimmer, mit einer durchschnittlichen Größe von 23 Quadratmetern. Nicht eingerechnet ist dabei die durchschnittlich 4 Quadratmeter große Nasszelle. Es können nur durchschnittliche Zimmergrößen angegeben werden, da durch den nachträglichen Einbau der Nasszellen die Zimmer über keinen einheitlichen Grundriss verfügen.

Für die Fachabteilung Cannabis und Amphetaminabhängigkeit halten wir 40 Betten vor. Für die Fachabteilung Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit halten wir 55 Betten vor. Bei

gegebener Indikation belegen wir auch Doppelzimmer als Einzelzimmer um den Patientinnen ein Rückzugsraum zu bieten und Sie so vor Rückfällen zu schützen

Die Zimmer sind wohnlich eingerichtet. Ein Fernseher befindet sich nicht auf dem Zimmer. Die Klinik ist bedingt barrierefrei. Alle Bereiche sind für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte erreichbar. Es gibt vier Zimmer mit entsprechenden sanitären Einrichtungen für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte. Die Klinik verfügt über ausreichend ärztliche Untersuchungsräume/Büros. Für das Therapeutenteam stehen ausreichend Büros zur Verfügung. Lediglich in der Physiotherapie, Ergo- und Arbeitstherapie werden Büros zeitweise von zwei Therapeuten benutzt. Alle Büros sind mit Diensttelefon und Computern mit Intranet- und Internet-Zugang ausgestattet. Die Größe der Büros variiert zwischen zehn und 25 Quadratmetern.

Der Pflegestützpunkt verfügt über alle in der Rehabilitation von Suchtkranken notwendigen geprüften Medizinprodukte wie Alkomaten, Mehrkanal-EKG, Defibrillator, Notfallrucksack, sowie Sauerstoffflasche.

In diesen Räumlichkeiten befindet sich ein geeigneter Ort zur Möglichkeit zur Notfallbehandlung.

In einem ärztlichen Untersuchungsraum werden zudem Ultraschallgerät, Mikroskop und Gyn.-stuhl vorgehalten.

Die Physiotherapie verfügt über Schwimmbad, Sauna, Stangerbad, Schlingentisch, Fangoraum und einen Fitnessraum mit diversen Geräten zum Muskelaufbau. Unsere Sporttherapie kann auf Schwimmbad und einen Multifunktionsraum mit entsprechender Ausstattung zurückgreifen.

Die Arbeits- und Ergotherapie verfügt über eine Holzwerkstatt / Tischlerei, einen Werkraum sowie einen Kreativraum.

Die Kunsttherapie findet, wie oben unter 3.6.1 beschrieben, in einem eigenen Atelier statt.

Die Musiktherapie nutzt einen lichtdurchfluteten, ausreichend großen Multifunktionsraum.

Für ganztagsambulante Patientinnen wird ein Aufenthaltsraum mit Schreibtisch und Ruhesessel sowie abschließbaren Spind vorgehalten.

7. Kooperation und Vernetzung

Vernetzung und Kooperation mit anderen professionellen Anbietern der Suchtkrankenhilfe sind wichtige Elemente in einer Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen.

Persönliche und telefonische Übergabegespräche bei Kombinationsbehandlungen, regelmäßige telefonische fachliche Abstimmungen und Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen aus den ambulanten Fachstellen dienen der Optimierung der Behandlung. Dies geschieht auch im Rahmen von Fachtagen, Qualitätszirkeln in regionalen Verbänden und gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen.

Patientinnen, die intoxikiert zur Aufnahme anreisen oder während der Behandlung rückfällig sind, werden in das nahe gelegene Krankenhaus Johanneum in Wildeshausen oder in das St. Elisabeth-Krankenhaus in Damme zur Entzugsbehandlung verlegt. Die interkurrente Versorgung der Patientinnen erfolgt in der Regel ebenfalls dort, ansonsten durch Fachärzte oder andere Krankenhäuser in der näheren Region.

Im Rahmen von Arbeitserprobungsmaßnahme bestehen Kooperationen mit diversen Betrieben vor Ort.

Eine Fortsetzung der Rehabilitation in einer Adaptionseinrichtung erweist sich immer wieder als indiziert, um mit weiterer stationärer Behandlung das Ziel der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Integration in das Erwerbsleben zu erreichen. Nur bei genauer gegenseitiger Kenntnis der Behandlungskonzeptionen und -möglichkeiten ist gewährleistet, dass die erarbeiteten Therapieziele auch umgesetzt werden können. Die Kooperation und der Austausch mit einzelnen Adaptionseinrichtungen erfolgt über die Sozialberatung und ist sehr gut ausgebaut.

Zusammen mit dem benachbarten Standort der GmbH, der Suchtfachklinik für Männer St. Marienstift in Neuenkirchen, wird seit Jahren die Behandlung von suchtkranken Paaren durchgeführt. Im zentralen Aufnahmesekretariat werden in etwa gleiche Aufnahmetermine vereinbart. Durch die getrennte Aufnahme in zwei Kliniken wird den Partnern zunächst das individuelle Einleben und Einlassen auf die eigene Therapie ermöglicht. Eine zwischen den behandelnden Therapeuten abgestimmte Therapieplanung sind ebenso selbstverständlich wie regelmäßiger Informationsaustausch und die gegenseitige Teilnahme an Familiengesprächen und Angehörigenseminaren. Die Häufigkeit gegenseitiger Besuche und gemeinsame Wochenendheimfahrten werden je nach Therapieentwicklung und familiären Gesichtspunkten abgestimmt. Regelmäßige Paargespräche und die Abstimmung von weiterführenden Maßnahmen nach der stationären Behandlung sind selbstverständlich.

Mit der Ameos Klinik Osnabrück bestehen Absprachen und zwei Kooperationsverträge.

1. zur Behandlung essgestörter Patientinnen. Diese können auf einer auf Essstörungen spezialisierten Station vor Aufnahme vorbehandelt werden, insbesondere, wenn das Aufnahmegewicht (BMI 16) aufgrund einer schweren Essstörung nicht erreicht werden kann.
2. Zur Behandlung von Patientinnen mit Traumafolgestörungen, die einer interkurrenten Akut-Behandlung bedürfen.
3. Zur Behandlung von Patientinnen mit der Doppeldiagnose „Psychose und Sucht“, die einer interkurrenten Akutbehandlung bedürfen.

Die Fachklinik St. Vitus ist Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) und des Sozialpsychiatrischen Verbundes im Landkreis Vechta.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die ständige Verbesserung der Qualität der medizinischen Rehabilitation in den verschiedenen Facetten ist eine kontinuierliche Aufgabe.

Die Fachklinik St. Vitus GmbH ist nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert (CERT-IQ / zuletzt im Januar 2019). In regelmäßigen internen Audits werden die Abläufe überprüft und nachjustiert.

Die Rückmeldungen aus dem Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung von Peer Review-Ergebnissen, Patientenbefragungen, KTL-Dokumentationen und Visitationsergebnissen werden von der Klinikleitung analysiert, auf Verbesserungspotenziale hin überprüft und ggf. in interdisziplinär angelegten Qualitätszirkeln

ebenso bearbeitet wie Verbesserungspotenziale, die sich aus internen Audits oder Anregungen von Patientinnen oder Kooperationspartnern ergeben.

Ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem hilft, die Ergebnisse von Anamnese, Diagnostik und Behandlungsverlauf zeitnah allen an der Rehabilitation beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben zur Verfügung zu stellen. Der ärztliche Entlassungsbericht orientiert sich am jeweils aktuellen Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung. Er stellt die übersichtliche fachliche und ökonomische Dokumentation aller Behandlungskerndaten dar, gibt weiterbehandelnden Ärzten und ambulanten Fachstellen umfassende Informationen. Für den Leistungsträger ist der ärztliche Entlassungsbericht mit den Blättern 1, 1a, eine gründliche sozialmedizinische Beurteilung, mit Darstellung des positiven und negativen Leistungsbildes.

Bei Kombinationsbehandlungen wird der Entlassungsbericht der Fachambulanz in der Regel beim Übergabegespräch in Form eines Datenträgers übergeben, ansonsten unmittelbar nach Entlassung des Patienten den Kosten- oder Leistungsträgern, dem behandelnden Arzt und der weiterbehandelnden Fachstelle nach schriftlichem Einverständnis der Patientin übersandt.

Qualitätsmanagement

Die Qualitätsmanagementbeauftragten sind für die internen Abläufe und deren Einhaltung verantwortlich. Dieses dient den Zielsetzungen zur Sicherung der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität. Zu berücksichtigen sind hierbei Aspekte der Wirtschaftlichkeit, Gesetzgebung, Umwelt und Forderungen unserer Kunden.

Datenschutz

Die Fachklinik unterliegt den Datenschutzbestimmungen der Katholischen Kirche – zuständig ist der entsprechende Diözesan-Datenschutzbeauftragte. Ein externer Datenschutzbeauftragter (Datenschutz Nord) ist eingebunden. Dieser überprüft, ob die beschriebenen Sicherheitsleitlinien, Verfahrensregelungen etc. zum Datenschutz und Datensicherheit eingehalten werden.

Hygiene

Eine externe Hygienefachkraft ist für die Einhaltung und Überprüfung der Hygienepläne zuständig und hält interne Schulungen im Küchen- und Hauswirtschafts- und Pflegebereich ab. Es finden regelmäßige Audits statt und Treffen der internen und externen Hygienebeauftragten mit der Geschäftsführung.

Arbeitssicherheit

Die Sicherheitsfachkraft (Fachkraft für Arbeitssicherheit) ist zuständig für die Einhaltung der Sicherheitsrichtlinien, Gefährdungsbeurteilungen sowie der Beschreibung der Fluchtwege. Es finden regelmäßige Audits statt und Treffen der Berufsgenossenschaft, sowie der internen und externen Sicherheitsbeauftragten mit der Geschäftsführung.

9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

In täglichen multiprofessionellen Teamsitzungen in Anwesenheit der ärztlichen Leitung und unter Moderation der leitenden Psychologin werden therapierelevante Entscheidungen und Absprachen für die jeweilige Patientin getroffen. In den wöchentlichen Fallbesprechungen wird die Behandlungsplanung für die jeweilige Patientin überprüft. Bei Behandlungsbeginn werden

die Therapieziele in den einzelnen Bereichen aufeinander in einer gemeinsamen Besprechung aller Berufsgruppen (Bezugsarzt, Bezugstherapeuten, Ergo- und Arbeitstherapeuten, Sozialberatung) in Anwesenheit der ärztlichen Leitung abgestimmt, bei Therapieende wird mit diesen beteiligten Berufsgruppen das Ergebnis der Behandlung unter Berücksichtigung sozialmedizinischer Beurteilungen festgelegt und weitere Maßnahmen empfohlen.

Sozialmedizinische Fragestellungen werden gemeinsam mit der Patientin in Anwesenheit der involvierten Berufsgruppen erörtert.

Alle Patientinnen werden regelmäßig von der ärztlichen Leitung visitiert, Therapieziele werden gemeinsam mit den Bezugstherapeuten überprüft und Medikationen angepasst. Fachärztliche Sprechstunden werden wöchentlich angeboten.

Es wird eine elektronische Dokumentation geführt, die unter den verschiedenen Berufsgruppen den nötigen Informationsaustausch ermöglicht.

10. Notfallmanagement

Es existieren QM-gesicherte Regelungen für medizinische und nichtmedizinische Notfälle. Diese sind im Anhang ausführlich erläutert und werden mit entsprechenden Ablaufdiagrammen dort abgebildet. Es wird unterschieden zwischen medizinischen Kriseninterventionen und technischen Notfällen.

Im Pflegestützpunkt wird ein geeigneter Raum für die Notfallversorgung vorgehalten.

11. Fortbildung

Es werden regelmäßig Fortbildungen in den Teamsitzungen und im Mitarbeiterforum zu allgemeinen Themen, sowohl sucht- als auch komorbiditätsbezogen angeboten. Mitarbeiter werden regelmäßig zu Fortbildungen der Rentenversicherung und zu Kongressen geschickt, um aktuelles Wissen zu erwerben und in der Klinik weitergeben zu können. Jährlich finden an beiden Klinikstandorten der GmbH Suchtfachtagungen statt, zu denen qualifizierte externe Referenten eingeladen werden. Diese Veranstaltungen werden jeweils von der Landesärztekammer zertifiziert.

12. Supervision

Psychologen in Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten werden durch die leitende Psychologin und die leitende Ärztin supervidiert.

Quartalsmäßig finden Teamsupervisionen durch eine externe Supervisorin statt.

13. Hausordnung/ Behandlungsordnung

Die Behandlungsordnung wird den Patientinnen zu Behandlungsbeginn im therapeutischen Aufnahmegespräch vorgelegt. Im Vorfeld werden die Patientinnen durch einen entsprechenden Flyer über die wichtigsten Inhalte und Therapiemaßnahmen informiert.

14. Literaturverzeichnis/ Quellennachweis

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-SUCHT) 2016: *S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"*.

Arenz-Greiving I. (Hrsg.): *Sucht-Gewalt-Sexualität. Opfer und Täter in der Therapie* Lambertus, Freiburg i.Br. 1990

Bauer J.: *Gesundheitszentrum Hannover – Neue Wege in der Rehabilitation. Impulse Newsletter. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., Hannover 1997*

Bammer G. Weekes, S. (1994): *Becoming an ex-user. Drug and Alcohol Review, 13, 285-292*

Beckmann, L. J. (1984): *Treatment needs of women alcoholics. Alcoholism Treatment Quarterly, 1, 101-114*

Berg I.K., Miller, S.D.: *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz*, Heidelberg 1995

Berger H. et.al.: *Frauenalkoholismus. Entstehung-Abhängigkeit-Therapie. Kolhammer, Stuttgart 1983*

Berne E.: *Games People Play. Grove Press, New York 1964*

Bohus, M. Wolf, M.: *Interaktives Therapieprogramm für Borderline-Patienten, Schattauer 2009*

Böning J.: *Neuere Ergebnisse der empirischen Alkoholismusforschung. In: DHS (Hrsg.): Jahrbuch Sucht 96, Neuland, Geesthacht 1995*

Brakhoff J. (Hrsg.):

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung; Berlin: *Drogen- und Suchtbericht 2017 der Drogenbeauftragten der Bundesregierung*

Sarah Bowen, Neha Chawla, G. Alan Marlatt, Johannes Lindenmeyer, Goetz Mundle, Angelika Hildebrandt: *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm Januar 2012*

Camenzind E.: *Geschlechtsspezifisches Suchtverhalten und Therapie bei Frauen. In: Richelshagen K. (Hrsg.): Süchte und Systeme. Lambertus, Freiburg 1992*

Cotton N.S.: *The familial incidence of alcoholism. A review. J. Stud. Alc. 40:89-94 1979*

Dejong G., van den Brink H., Harteveld H., van der Wielen B.: *Personality disorders in alcoholics and drug addicts. Comp. Psychiatry, 34:87-94, 1993*

Driessen et al: *Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study (Traumab studie) 2008*

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.: *DHS Jahrbuch Sucht 2018*

- de Shazer S.: *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart 1989
- Duckert F. (1989): *The treatment of female problem drinkers*. In E. Haarino-Mannila (Ed.), *Women, Alcohol and Drugs in the Nordic Countries* (S. 172-191). Helsinki: NAD Publication.
- Feuerlein W.: *Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit*. Thieme, Stuttgart 1975.
- Fiorentine R., Anglin M.D.: *More Is Better: Vigilant Counselling Participation And The Effectiveness Of Outpatient Drug Treatment*. (Paper in Submission) 1995
- Frauen und Sucht. Offene Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht. 22.-23.02.1995. Arbeitskreis Frauen und Sucht, (Hrsg.), Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995
- Fürstenau P.: *Entwicklungsförderung durch Therapie, Psychotherapie*. Pfeiffer, München, 1994
- Gahleitner S.: *Frauen, Trauma, Sucht* Asangerverlag 2008
- Geier R.: *Grundbedingungen frauenspezifischer Therapie*. In: *Arbeitskreis Frauen und Sucht* (Hrsg.), *Gesundheitstreffpunkt Bremen-West* 1995
- Gil-Rivas V., Fiorentine R. Anglin M.D.: *Prevalence of sexual and physical abuse, and posttraumatic stress disorder among women participating in drug treatment*. Paper, presented at: *The 37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence San Diego, California* 1995.
- UCLA Neuropsychiatric Institute: *Drug abuse Research Center, University of California, Los Angeles*. (Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags) 1995
- Glaeske G., Günther J., Keller S.: *Nebenwirkung: Sucht*. Kunstmann, München 1997
- Gölz J.: *Moderne Suchtmedizin. Diagnostik und Therapie der somatischen, psychischen und sozialen Syndrome*. Stuttgart 1998
- Goodwin D.W., Schulsinger F., Möller N. et al: *Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics*. *Arch. gen.Psychiat.* 31: 164-169, 1974
- Grawe K.: *Grundriss einer allgemeinen Psychotherapie*. *Psychotherapeut* 40:130-145
- Haller G.: *Entwicklung frauenspezifischer Therapieansätze*. In: *Arbeitskreis Frauen und Sucht* (Hrsg.), *Gesundheitstreffpunkt Bremen-West* 1995
- Heigl-Evers/Heigl: *Das Göttinger Modell der Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen unter besonderer Berücksichtigung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode*. In: *Battegay et. al. (Hrsg.) Gruppenpsychother. und Gruppendynamik* (1), 1994
- Heigl-Evers A., Ott J.: *Die Bedeutung der psychoanalytisch-interaktionellen Grundeinstellungen für die Gruppentherapie*. *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 33: 55-73, *Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen* 1997
- Heimatverein Visbek: *Chronik Visbek*. Vechtaer Druckerei und Verlag, Vechta 1989
- Herpertz S., de Zwaan M., Zipfel S.: *Handbuch Essstörungen und Adipositas, 2. Auflage* 2015

- Horowitz M.I.(1986) : *Stress-response syndromes*. 2. Auflage. New York: Basic Books
- Huber M.: *Multiple Persönlichkeiten*. Fischer, Frankfurt a.M. 1995
- Jehnen W.: *Muskelentspannung nach Jacobson*. Gräfe und Unzer Verlag GmbH, München 1995
- Kernberg O.: *Schwere Persönlichkeitsstörungen*, Klett, Stuttgart 1993
- Kieselbach D.: *Bulimarexie als zusätzliche Sucht bei alkohol- und/oder medikamentenabhängigen, Frauen*. In: Braakhoff, J.: *Eßstörungen*, Lambertus, Freiburg i.Br. 1985
- Köllli Th.: *Freundeskreis Journal* 1/2004, S. 13
- König K., Lindne W.: *Psychoanalytische Gruppentherapie*, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1991
- König K.: *Übertragungsauslöser – Übertragung – Regression in der analytischen Gruppe*. In: Battegay et.al. (Hrsg.): *Gruppenpsychother. und Gruppendynamik* (10), 1976
- Körkel, J./ Schindler, C.: *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.*, Springer, 2003.
- Krebs B.: *Psychodrama in der Behandlung von Esssüchtigen*. In: Braakhoff J.: *Eßstörungen*. Lambertus, Freiburg i.Br. 1985
- Krystal H., Raskin H.A.: *Drogen Sucht. Aspekte der Ich-Funktion*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1983
- Küffner H., Feuerlein W., Huber M.: *Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen*. Freiburg: Lambertus (1988)
- Legenbauer, T., Vocks: *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*, Springer 2009
- Lenz G.: *Niemand sucht allein – Auf dem Weg zu einer veränderten Suchtdefinition*. In: Richelshagen, K. (Hrsg.): *Süchte und Systeme*. Lambertus, Freiburg 1992
- Leutz G.: *Das klassische Psychodrama nach J.L. Moreno*. Springer, Berlin Heidelberg 1986
- Liebertz K.: *Wege der Psychotherapie bei Patienten in sozialer Not*. In: Scheiblich W. (Hrsg.): *Ohne Wohnung, ohne Arbeit, ohne Hoffnung? Suchtkrankenhilfe zwischen Therapie und Basishilfen*. Lambertus, Freiburg i.Br. 1993
- Lindner W.-V.: *Die Bedeutung der Gruppe für die psychotherapeutischen Versorgung*. In: Battegay et.al. (Hrsg.): *Gruppenpsychother. und Gruppendynamik*, Bd 28, (4), 1992
- Lüdecke Sachsse, Faure: *Sucht-Bindung-Trauma*, Schattauer Verlag, 2010
- Lürssen E.: *Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen*. *Suchtgefahren* 20: 145-150, 1974
- Margraf, J.Schneider, S.: *Panik – Angstanfälle und ihre Behandlung*, Springer, 2008.

- Meier C., Gerster B.I., M. Schoep-Chevalley: *Frauen – Sucht – Forschung. Grundlagen einer frauengerechten Suchtprävention. Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Abteilung f. Gesundheitsforschung, S. 33, 1995*
- Mentzos St.: *Neurotische Konfliktverarbeitung. Fischer, Frankfurt a.M., 1990*
- Merfert-Diete Ch., Soltau, R. (Hrsg.): *Frauen und Sucht. Die alltägliche Verstrickung in Abhängigkeit. Rowohlt, Reinbek 1984*
- Munsch, S.: *Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen, Beth, 2003*
- Najavits, L.M., Schäfer I., Stutzenvoll, M., Dilling A.: *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch: Das Therapie, I. Programm „Sicherheit finden“, Hogrefe 2008*
- Nijenhuis, E.: *Das verfolgte Selbst, Jenfermann 2008*
- Petry J.: *Behandlungsmotivation. Beltz, Weinheim 1993*
- Petry J.: *Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien 3. Auflage Homburg Saar 1996*
- Preuß U.W., Schröter A., Soyka M.: *Typologien der Alkoholkrankheit – Ein kritischer Vergleich. Sucht 43 (2): 92-103, 1997*
- Reichelt F. Atem: *Tanz und Therapie. Brandes & Apsel, Frankfurt a.M. 1989*
- Reddemann, L.: *Trauma und Sucht, Asanger 2005*
- Reddemann, L.: *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT- Das Manual, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001*
- Reddemann, L.: *Imagination als heilsame Kraft, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2001*
- Reddemann, L.: *Trauma und Sucht, Klett-Cotta, 2006*
- Rost W-D.: *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Klett-Cotta, Stuttgart 1987*
- Schmidt L.: *Alkoholkrankheit, Alkoholmissbrauch, Kohlhammer, Stuttgart 1989*
- Schmidt-Ott G., Sack M, Leupa W, Lamprecht F, Psychotherapeut 1998, 296-301, Springer-Verlag 1998
- Schneider, S., Margraf, J.: *Agoraphobie und Panikstörung, Hogrefe 1988*
- Schultze-Dierbach E.: *Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung. In: Haigl-Evers A., Helas I., Vollmer H.C. (Hrsg.): Suchtkranke. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen Zürich, 1995*
- Simonsen D.: *Abhängigkeit und Loslösung. Psychodramatische Ansätze in der stat. Langzeittherapie mit Alkohol- und Medikamentenabhängigen. Lambertus, Freiburg 1990*
- Sturm J., Zielke M.: *Chronisches Krankheitsverhalten: Die klinische Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas. Praxis der klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 1, 17. bis 27. 1988*

Uexküll, T. v.: et.al.: *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, Freiburg 1995

Vogt I.: *Alkoholikerinnen*. Lambertus, Freiburg 1986

Wiedemann G.: *Essstörungen. Zwischen Sucht und psychosomatischer Erkrankung*. In: *Arbeitskreis Frauen und Sucht (Hrsg.): Frauen und Sucht. Offene Fachtagung des Arbeitskreises Frauen und Sucht, 22. bis 23.02.1995. Gesundheitstreffpunkt Bremen-West 1995*

Wienberg G.: *Struktur und Dynamik der Suchtkrankenversorgung in der BRD – ein Versuch, die Realität vollständig wahrzunehmen*. In: *Wienberg G. (Hrsg.): Die vergessene Mehrheit – zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen*. Bonn 1992

Zenker Ch., Lang P.: *Methadon-Substitution in Bremen. Abschlußbericht der sozialmedizinischen Begleitforschung 1991 bis 1994*. Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin 1995

Zenker Ch.: *Die Behandlung abhängigkeitskranker Frauen in Frauen-Fachkliniken*. In: *Goelz J. (Hrsg.), Der abhängige Patient*. Thieme, Stuttgart 1997 (in Druck).

Zenker Ch., Palma A., Sattler H., Mix-Puschmann S., Aschenbeck A., Müller-Fraas B.: *St. Vitus Stift. Fachklinik für abhängigkeitskranke Frauen. Konzeption und Arbeitsgestaltung*. Visbek 1997

Zenker, Ch.: *Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen* (Zenker, Chr., Bammann, K., Jahn, I.), Band 148 Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden; 2002

Zerbin-Rüdin E.: *Alkoholismus, Anlage und Umwelt*. In: *Zang, K.D. (Hrsg.), Klinische Genetik des Alkoholismus*. Kohlhammer, Stuttgart 1984

Zielke M., Jahrreiss R. et al: *Kooperatives Forschungsobjekt zur Effektivitäts- und Effizienzmessung in der stationären verhaltensmedizinischen Rehabilitation*. In: *Zielke, M. und Mark, N. (Hrsg.), Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin, BD, 1, 438 bis 474*. 1990

Anlagen und Ergänzende Unterlagen