



Rehabilitationskonzept

für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
und Pathologisches Glücksspielen

MEDIAN Klinik Wilhelmsheim



Rehabilitationskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und Pathologisches Glücksspielen

Dr. phil. Uwe Zemlin und PD Dr. med. Tillmann Weber

September 2016, Version 1.0; redaktionelle Überarbeitung im März 2018

1. Einleitung	5
1.1. Allgemeine Voraussetzungen	5
1.2. BORA-Orientierung	5
2. Allgemeines	6
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	7
3.1. Historische Entwicklung	7
3.2. Bauliche Gegebenheiten und Anzahl der Behandlungsplätze	7
3.3. Zielgruppen	7
3.4. Einzugsgebiet	7
3.5. Geografische Lage und Verkehrsanbindung	8
3.6. Apparative Ausstattung	8
3.7. Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten	8
3.8. Bestehende Verträge	8
4. Rehabilitationskonzept	9
4.1. Theoretische Grundlagen	9
4.1.1. Störungsbegriff statt Suchtbegriff	9
4.1.2. Bio-psycho-soziales Modell	9
4.1.3. Biologische Grundlagen	10
4.1.3.1. Allgemeine Grundlagen der Suchtentwicklung	10
4.1.3.2. Grundlagen der Abhängigkeitsentwicklung durch Alkohol	11
4.1.4. Psychologische Grundlagen	12
4.1.4.1. Ansätze zur Entstehung pathologischen Trinkverhaltens	12
4.1.4.2. Sozial-kognitive Lerntheorie und Selbstwirksamkeitserwartungen	13
4.1.4.3. Theorien zur Veränderungsmotivation und -bereitschaft	14
4.1.4.4. Lerntheoretische Ansätze: Sucht als erlerntes Verhalten	14
4.1.4.5. Erweiterte verhaltenstherapeutische Sichtweisen: Verfahren der 3. Welle	15
4.1.4.6. Systemische Ansätze	16
4.1.4.7. Neuropsychologischer Ansatz: Belohnungssystem und Suchtgedächtnis	16
4.1.5. Persönlichkeit	17
4.1.6. Soziokulturelle Bedingungen der Abhängigkeitsentwicklung	17
4.1.7. Psychische Komorbidität	18
4.1.8. Körperliche Folgeschäden	19
4.1.9. Spezielle soziale Problemlagen: Arbeitslosigkeit	20
4.1.10. Implikationen für die Behandlung	20



4.2.	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	22
4.2.1.	Indikationen	22
4.2.2.	Kontraindikationen	22
4.2.3.	Aufnahmevoraussetzungen	22
4.2.4.	Zuweisungsempfehlungen	23
4.3.	Rehabilitationsziele	25
4.3.1.	Allgemeine übergeordnete Rehabilitationsziele	25
4.3.2.	Rehabilitationsziele nach ICF	25
4.3.3.	Rehabilitationsziele nach BORA-Zielgruppen	26
4.3.3.1.	Beschreibung der BORA-Zielgruppen	26
4.3.3.2.	Bedarfsgerechte Zielplanung nach BORA	27
4.3.3.3.	Spezielle Rehabilitationsziele für Arbeitslose (BORA-Zielgruppen 3-5)	27
4.4.	Rehabilitationsdauer	29
4.5.	Individuelle Rehabilitationsplanung	30
4.6.	Rehabilitationsprogramm	33
4.6.1.	Individualisierte Langzeitbehandlung	33
4.6.2.	Spezialisierungen im individualisierten Langzeitprogramm	34
4.6.2.1.	Wiederholer- und Auffangbehandlung	35
4.6.2.2.	Behandlung psychischer Komorbidität	35
4.6.2.3.	Seniorenbehandlung (AGIL-Gruppe)	35
4.6.2.4.	Junge Erwachsene	36
4.6.2.5.	Behandlung von pathologischen Glücksspielern	36
4.6.3.	Kurzzeit- und Kombibehandlung	36
4.6.3.1.	Kurzzeitbehandlung	37
4.6.3.2.	Stationär/ambulante Kombibehandlung	37
4.7.	Rehabilitationselemente	38
4.7.1.	Aufnahmeverfahren	38
4.7.2.	Rehabilitationsdiagnostik	38
4.7.2.1.	Ärztliche Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	38
4.7.2.2.	Psycho- und soziotherapeutische Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik	38
4.7.3.	Medizinische Therapie	39
4.7.4.	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	40
4.7.4.1.	Psychotherapeutisch orientierte Basisangebote	40
4.7.4.2.	Psychotherapeutisch orientierte Indikationsgruppen	41

4.7.5.	Arbeitsbezogene Interventionen	48
4.7.5.1.	Maßnahmen zur beruflichen Reintegration und zur sozialen Partizipation Arbeitsloser	48
4.7.5.2.	Maßnahmen zur Stabilisierung der beruflichen Teilhabe für Erwerbstätige	52
4.7.6.	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken, Physiotherapie	53
4.7.7.	Freizeitangebote	56
4.7.8.	Sozialdienst	57
4.7.9.	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	58
4.7.10.	Angehörigenarbeit	58
4.7.11.	Rückfallmanagement	59
4.7.12.	Gesundheits- und Krankenpflege	61
4.7.13.	Weitere Leistungen	62
4.7.14.	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	63
5.	Personelle Ausstattung	65
6.	Räumliche Gegebenheiten	66
7.	Kooperation und Vernetzung.....	67
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	68
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation.....	70
10.	Notfallmanagement.....	72
11.	Fortbildung	73
12.	Supervision	74
13.	Hausordnung/Therapievertrag.....	74
Literatur		75
Anhang		87
Verzeichnis: Tabellen und Abbildungen		87
Hausordnung		88
Beispielwochenpläne		90
Abbildung A1: Medizinische Aufnahme, Individualisiertes Programm		92
Abbildung A2: Medizinische Aufnahme, Kurzzeit/Kombi		93
Abbildung A3: Therapeutische Aufnahme, Individualisiertes Programm/Kurzzeit/Kombi		94
Kontakt		95
Anfahrt		95

1. Einleitung

1.1. Allgemeine Voraussetzungen

Das Rehabilitationskonzept der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim orientiert sich stringent an den für die medizinische Rehabilitation grundlegenden gesetzlichen Bestimmungen, wie sie insbesondere im Sozialgesetzbuch (insbesondere SGB V, VIII und X) festgehalten sind sowie an den einschlägigen Verfahrensvorgaben der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Basis des Rehabilitationskonzeptes ist das bio-psychosoziale Krankheitsfolgenmodell der WHO und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Das Rehabilitationskonzept versteht sich als wissenschaftlich begründetes Behandlungskonzept, das die Grundlagenforschung zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker umsetzt und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen fortschreibt. Insofern sind auch regelhafte Qualitätssicherungsrouninen, die die Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Anforderungen der Leistungsträger umsetzen sowie Studien zur Evaluation des Behandlungsprogrammes incl. der regelmäßigen summarischen Evaluation der Behandlung durch Katamneseuntersuchungen unverzichtbare Voraussetzungen für unsere Konzeptentwicklung. Auch in diesem Zusammenhang orientiert sich das Rehabilitationskonzept eng an den bestehenden Leitlinien, insbesondere an den jeweils geltenden Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der DRV sowie an der S3-Leitlinie ‚Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen‘. Alle Behandlungsprozesse incl. der Dokumentation und Berichterstattung sowie der Archivierung von Patientenakten folgen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und der einschlägigen Vorschriften der Leistungsträger und werden regelmäßig in Zusammenarbeit mit dem Datenschutzbeauftragten der MEDIAN Kliniken GmbH auf dessen Einhaltung überprüft. Die vorliegende Darstellung des Behandlungskonzeptes folgt der von der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung

am 10.2.2012 herausgegebenen ‚Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen‘ und berücksichtigt dabei die ‚Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014‘, erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA).

1.2. BORA-Orientierung

In der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim ist der Stellenwert der medizinisch-beruflich orientierten Therapie traditionell hoch. Insbesondere die bedarfsgerechte Versorgung arbeitsloser Rehabilitanden stellt seit ca. 20 Jahren einen Klinikschwerpunkt dar, der regelhaft der Qualitätssicherung unterliegt und durch Forschung, Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit für die Partner im Versorgungssystem transparent gemacht wird. Die Umsetzung von BORA-Prinzipien verstehen wir als gemeinsame Aufgabe des gesamten therapeutischen Teams. Die Definition der BORA-Zielgruppen richtet sich nach den ‚Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014‘ und bildet die Grundlage für individualisierte Maßnahmen zur Stabilisierung und Förderung der beruflichen Teilhabe.

Lediglich für eine kleine Gruppe von Patienten¹, die nicht einer der 5 BORA-Zielgruppen zugeordnet werden können (z. B. Schüler und Studenten bzw. Hausfrauen und Hausmänner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden, die keine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben) sind keine

¹ Zwecks besserer Lesbarkeit des Textes verwenden wir im Folgenden den Begriff ‚Patient‘ bzw. entsprechend bei den Behandlern ebenfalls die männliche Form (z.B. Arzt, Therapeut, Mitarbeiter).

speziellen Maßnahmen zur Arbeitsintegration vorgesehen. Des Weiteren finden die BORA-Empfehlungen nur dann Anwendung auf Rehabilitanden mit Kostenträgerschaft der GKV, soweit dies explizit mit den zuständigen GKV-Trägern abgestimmt wurde. Übergreifendes allgemeines Therapieziel (vgl. BORA-Empfehlungen) ist die gezielte Förderung der Rehabilitanden entsprechend ihrem individuellen Teilhabebedarf. Damit soll zu einer weiteren Optimierung der erwerbsbezogenen Rehabilitations- und Integrationsprozesse beigetragen werden. Die Zielsetzung wird als Nahtstellen übergreifende Herausforderung angesehen.



2. Allgemeines

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger

Rehabilitationskonzept für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit und pathologisches Glücksspiel der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	
Rechtsform der Einrichtung	Median West GmbH
Träger der Einrichtung	Die MEDIAN Unternehmensgruppe B.V. & Co. KG
Institutionskennzeichen (IK)	260811659
Anschrift	MEDIAN Klinik Wilhelmsheim 71570 Oppenweiler-Wilhelmsheim
Telefon	+49 7193 52-0
Telefax	+49 7193 52-159 +49 7193 52-262 (Aufnahmesekretariat) +49 7193 52-245 (Therapie)
Internet-Adresse	www.median-kliniken.de
Kaufmännischer Leiter	Bernd Götze <i>Betriebswirt (VWA)</i> bernd.goetze@median-kliniken.de
Chefarzt	PD Dr. med. Tillmann Weber <i>Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie</i> tillmann.weber@median-kliniken.de
Leitender Psychologe	Dr. phil. Uwe Zemlin <i>Psychologischer Psychotherapeut</i> jens-uwe.zemlin@median-kliniken.de

Tabelle 1: Allgemeines

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1. Historische Entwicklung

Die Klinik wurde 1900 erbaut und 1904 als eine der ersten Rehabilitationseinrichtungen von der damaligen LVA Württemberg erworben. Nach umfangreichen Renovierungs- und Neubaumaßnahmen werden seit 1980 alkohol- und medikamentenabhängige Patienten behandelt. 1987 wurde das Konzept nach wissenschaftlichen Kriterien in eine Kurzzeitbehandlung und ein individualisiertes Behandlungsprogramm differenziert (Zemlin u. Kolb, 1990). Das Therapiekonzept wurde kontinuierlich weiterentwickelt (Zemlin U, Kolb W, 2007) und im Rahmen der jährlichen Katamneseuntersuchungen sowie Studien zur Konzeptevaluation und zu speziellen Fragestellungen evaluiert (vgl. z.B. Zemlin U, Herder F, 1994; Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P, 2008; Spyra, Zemlin, Bernert, Wilke, 2014). Seit 2009 werden in der Klinik auch pathologische Glücksspieler behandelt. Im Juni 2001 wurde die MEDIAN Tagesklinik Stuttgart, eine Einrichtung der ganztägig ambulanten Rehabilitation (vgl. Zemlin U, Kolb W, 2001) eröffnet, die organisatorisch, wirtschaftlich und fachlich der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim als externer Therapiebereich angeschlossen ist, jedoch ein eigenes Therapiekonzept hat.

3.2. Bauliche Gegebenheiten und Anzahl der Behandlungsplätze

Die Klinik besteht aus zwei großen Gebäuden in der historischen Bausubstanz der vormaligen Lungenheilstätte, in der die Langzeitpatienten und Kombipatienten untergebracht sind sowie einem weiteren Bettengebäude auf dem Klinikgelände, das Kurzzeitpatienten und Kombipatienten beherbergt. Die Klinik wurde regelmäßigen baulichen Renovierungen unterzogen und an die Anforderungen einer modernen Rehaeinrichtung mit allen

notwendigen Funktionsräumen und zeitgemäßen Unterbringungsmöglichkeiten in Einzel- und Doppelzimmern angepasst. Die Klinik bietet insgesamt 212 stationäre Behandlungsplätze.

3.3. Zielgruppen

In der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim werden stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen für Männer und Frauen ab 18 Jahren durchgeführt, bei denen eine Abhängigkeit von Alkohol, Medikamenten oder Drogen (vgl. hierzu Kapitel 4.2.) besteht. Das Behandlungsprogramm bietet auch die Möglichkeit, häufig vorkommende komorbide psychische Störungen (insbesondere affektive Störungen, Angsterkrankungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen) zu behandeln. Weiterhin werden pathologische Glücksspieler, überwiegend in Verbindung mit einer stoffgebundenen Abhängigkeit behandelt. Angehörige und Partner können im Rahmen von Angehörigenseminaren und Partnerseminaren bzw. Angehörigengesprächen und Paargesprächen in die Behandlung miteinbezogen werden.

3.4. Einzugsgebiet

Hauptleistungsträger sind die DRV Bund und die DRV Baden-Württemberg, die überwiegend Patienten aus Baden-Württemberg und Bayern zu uns schicken, wobei aufgrund einzelner Spezialisierungen im Behandlungsprogramm auch Patienten aus anderen Bundesländern zu uns kommen. Aufgrund der Nähe zum Ballungsraum Stuttgart sind Patienten aus Nord-Württemberg die regional stärkste Gruppe.

3.5. Geografische Lage und Verkehrsanbindung

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim liegt ca. 40 km nordöstlich von Stuttgart am Südhang der Löwensteiner Berge in schöner Aussichtslage und waldreicher Umgebung und gehört zur Gemeinde Oppenweiler. Oppenweiler ist eine baden-württembergische Gemeinde mit ca. 4.000 Einwohnern im Rems-Murr-Kreis, rund 37 Kilometer nordöstlich der Landeshauptstadt Stuttgart an der Murr gelegen. Oppenweiler hat Anteil an den Naturräumen Schwäbisch-Fränkische Waldberge und Neckarbecken und ist Mitgliedsgemeinde im Naturpark Schwäbisch-Fränkischer Wald. Die Klinik ist über öffentliche Verkehrsmittel gut erreichbar (vgl. Abbildung ‚Anfahrtsskizze‘ im Anhang). Oppenweiler liegt an der Bahnstrecke Stuttgart-Nürnberg. Patienten können am Bahnhof Oppenweiler abgeholt werden. Ab dem nahegelegenen Bahnhof Backnang besteht eine regelmäßige S-Bahn-Anbindung an den Großraum Stuttgart. Auch die Anreise mit dem eigenen Pkw ist möglich. Für Pkw stehen nach Anmeldung ausreichend Parkplätze zur Verfügung. Oppenweiler und das nahe gelegene und über Bus und Bahn erreichbare Backnang (ca. 35000 Einwohner) bieten gute Versorgungsmöglichkeiten. Stuttgart ist über Bahn/S-Bahn in ca. 40 Minuten erreichbar.

3.6. Apparative Ausstattung

Medizinische Geräte:

Notfallkoffer Ulmer III und Sauerstoff-Flasche, 3 Defibrilatoren (in jedem Bettenhaus eines), Mehrkanal-EKG mit integrierter Belastungs-EKG-Einheit, Ultraschallgerät für Abdomen- und Gefäßsonographie, Ergometer, Alkoholmessgeräte, 2 Gefäßdoppler, Spirometer, 24-h-EKG-Recorder, 24-h-Blutdruck-Recorder, kleine Laboreinheit ‚Reflotron plus‘ für Basislabordiagnostik (CK, Kalium, BKS), mehrere Schnellteste für die Akutdiagnostik Troponin, D-Dimere, Amylase), 8 Otoskope, viele Blutdruckmessgeräte und Blutzuckermessgeräte.

Ausstattung Physiotherapie:

Die Physiotherapie in zwei großen Funktionsräumen verfügt über folgende Ausstattung (jeweils 1 mal): Stangerbad, Vierzellenbad, Badewanne für med. Bäder, Dermalight Bestrahlungsgerät (für Hauterkrankungen), Inhalationsgerät, Wärmeschrank für Wärmepacks, Lymphamat für apparative Lymphdrainage, Elektrotherapiegerät, Erbosonat für Ultraschalltherapie, Magnetfeldtherapiematte, Schwingextensor.

3.7. Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim gehört zur MEDIAN West GmbH, die bundesweit Kliniken und Therapiezentren in unterschiedlichen Indikationsbereichen betreibt. Zwischen den Kliniken der MEDIAN Kliniken GmbH wird ein intensiver fachlicher Austausch gepflegt, der in der unternehmensinternen Struktur der Medical Boards systematisiert wird und dem die leitenden Mitarbeiter der MEDIAN Kliniken GmbH angehören.

3.8. Bestehende Verträge

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim hat einen Rahmenvertrag mit der DRV Baden-Württemberg und mit der DRV Bund. Weiterhin bestehen Vergütungssatzvereinbarungen mit der AOK und dem VdEK.



4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

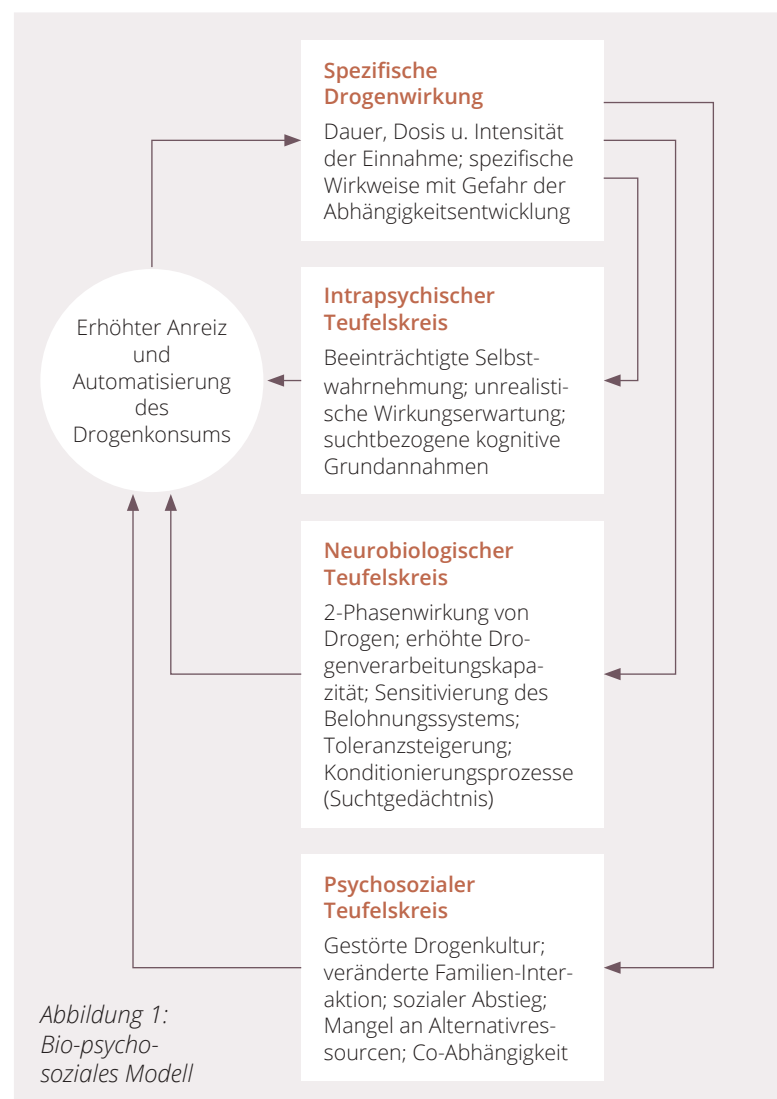
4.1.1. Störungsbegriff statt Suchtbegriff

Dem mit zahlreichen Vorannahmen und Konnotationen belasteten Suchtbegriff wird im vorliegenden Therapiekonzept ein Störungsbegriff vorgezogen, der einer empirisch-wissenschaftlichen Sicht entspricht, wie sie auch in den internationalen Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM-5 repräsentiert ist. Suchtverhalten wird verstanden als ‚psychische Störung und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen‘, die mit biologischen, pharmakologischen, sozialen und kulturellen Variablen kovariiert. Diese Sichtweise verweist auf überprüfbare Annahmen zur Ätiologie und individuellen Genese der Störung, auf deren Grundlage überprüfbare Behandlungsziele und evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen abzuleiten sind.

4.1.2. Bio-psycho-soziales Modell

Angesichts der Komplexität der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit existieren viele spezifische Erklärungsmodelle und Theorien, die ein individuelles Suchtverhalten aufgreifen. Ein ganzheitliches ätiologisches Modell, das die spezifischen Theorien vereint, ist das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, welches auch der Beschreibung von Funktionseinschränkungen nach der ICF zugrunde liegt. Es integriert die komplexen biologischen (z.B. genetische Disposition), intrapsychischen (z.B. Erwartungshaltungen an die Alkoholwirkung), interpersonellen (z.B. Suchtbelastung in der Familie) und soziokulturellen (z.B. Sozialisation in Drogenkultur) Faktoren, die interagierend zur Suchtentstehung und -aufrechterhaltung beitragen (siehe auch Modell der Sucht-Trias, z.B. nach Sting u. Blum, 2003). Die grundlegende Aussage des biopsycho-sozialen Modells ist, dass

biologische Vulnerabilitäts- und Risikofaktoren in Interaktion mit psychischen und Umwelt-Faktoren das Gesamtrisiko einer Abhängigkeitsentwicklung ausmachen. Ein Modell zur Verdeutlichung des Einflusses der interagierenden Faktoren auf die Suchtentstehung und -aufrechterhaltung ist im Folgenden dargestellt (in Anlehnung an Lindemeyer, 2005, nach Küfner u. Bühringer, 1996):



Im Folgenden werden biologische, psychologische und soziokulturelle Variablenbereiche skizziert, die den umfassenden Störungsbegriff prägen, der der Behandlung in unserer Klinik zugrunde liegt.

4.1.3. Biologische Grundlagen

4.1.3.1. Allgemeine Grundlagen der Suchtentwicklung

Drogen kapern das motivationale dopaminerge Belohnungssystem des Menschen. Alle Drogen lösen im Tierversuch eine präferentielle Dopaminausschüttung im Accumbensmantel des Gehirns aus, die im Gegensatz zur Nahrungsaufnahme weder während der Einnahme noch bei wiederholter Einnahme abnimmt (Di Chiara, 1999; Di Chiara and Bassareo, 2007). Diese Wirkung wird dafür verantwortlich gemacht, dass Drogen überhaupt eine Abhängigkeit auslösen können. Die Dopaminausschüttung im Accumbensmantel erfüllt zwei Aufgaben:

- a. sie weist einem Reiz eine explizite motivationale Bedeutung zu (Di Chiara, 1999) und
- b. vermittelt assoziatives Lernen zwischen ursprünglich neutralen internen (z.B. Anspannung) oder externen (z.B. Kiosk) Reizen, die mit der Drogeneinnahme einhergehen, und der Droge selbst.

Dieser Vorgang wird als Konditionierung bezeichnet und ist von pathophysiologischer Bedeutung, weil der Organismus dadurch lernt, welche Reize eine mögliche Drogenaufnahme vorhersagen (Belohnungsvorhersage). Die durch Drogen ausgelöste nicht ermüdbare Dopaminausschüttung im Accumbensmantel führt dabei zu einer abnormalen Stärkung von Reiz-Drogen-Assoziationen. Mit dem Drogenkonsum konditionierte Reize lösen schließlich selbst eine massive Dopaminausschüttung im Accumbensmantel und -kern (Di Chiara, 1999) aus, wodurch diesen eine exzessive motivationale Bedeutung beigemessen wird.

Die Abhängigkeitsentwicklung ist gekennzeichnet durch einen Übergang vom freiwilligen, bewusst gesteuerten Konsum zu einem reiz-induzierten, automatisierten Konsum unter eingeschränkter bewusster Kontrolle. Im Stadium der freiwilligen Substanzeinnahme unterliegt der Substanzkonsum verstärkergetriebenen Prozessen, die durch den präfrontalen Kortex (PFC) gesteuert werden, wobei ein zielgerichtetes Verhalten eingesetzt wird, um die Substanz zu erhalten und einzunehmen.

Die belohnende Wirkung der Substanz ist notwendig, damit erneuter Konsum stattfindet, ist also verstärkerabhängig. In diesem Stadium erfolgt die Dopaminausschüttung bei Substanzaufnahme aus dopaminergen Neuronen der Area tegmentalis ventralis (VTA), die im Nucleus accumbens enden. Bei entsprechender Disposition wird im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung den konditionierten Reizen eine immer größere anspornende Bedeutung beigemessen, sodass sie schließlich selbst als konditionierte Verstärker zum Drogensuchverhalten motivieren, ohne dass der ursprüngliche Verstärker, die Droge, noch notwendig ist. Dieses Lernverhalten ist habituell, wird stimulus-response Lernen genannt und wird durch eine neuronale Verlagerung der Dopaminausschüttung vom mesolimbischen System zum nigrostriatalen System hervorgerufen, was im Tierversuch (Everitt and Robbins, 2013) aber auch in der humanen Bildgebung gezeigt werden konnte (Vollstadt-Klein et al., 2010). Spezifisch diese Aktivierung im dorsalen Striatum verursacht Craving als Ausdruck des Drangs, die Substanz konsumieren zu wollen (Garavan et al., 2000; Volkow et al., 2006; Wong et al., 2006).

Bei Drogenabhängigen konnte gezeigt werden, dass konditionierte Stimuli eine stärkere Dopaminausschüttung auslösen als die Substanz selbst. Hingegen bewirkt die Droge bei Abhängigen eine geringere Dopaminausschüttung als bei nicht-abhängigen Kontrollpersonen (Volkow et al., 2011). Eine Hypothese, die sich aus den oben erwähnten Tierversuchen und diesen Ergebnissen ableitet, ist, dass die Diskrepanz zwischen dem erwarteten Drogeneffekt durch die konditionierten Stimuli und der reduzierten Drogenwirkung der Substanz selbst den Substanzkonsum antreibt (Volkow et al., 2011).

Der präfrontale Kortex ist verantwortlich für die Integration und Regulation emotionaler Prozesse und eine situationsangemessene Handlungssteuerung. Er ist kritisch für Funktionen wie kognitive Flexibilität, Entscheidungsfindung Selbstbeobachtung/-wahrnehmung, Selbstkontrolle und Handlungsinhibition. Eine adäquate Selbstbeobachtung ist zum Beispiel notwendig, um Suchtdruck als Frühwarnzeichen

für eine abstinenzgefährdende Risikosituation zu erkennen oder negative Gefühle wie Stress wahrzunehmen, die konditionierte Reize darstellen, die Rückfälle provozieren. Selbstkontrolle und Handlungsinhibition sind notwendig, um impulsive Entscheidungen für kurzfristig belohnende Konsequenzen des Substanzkonsums zu unterdrücken und sich bewusst für die langfristigen, positiven Konsequenzen einer Abstinenz zu entscheiden. Eine insuffiziente top-down Kontrolle des präfrontalen Kortex bei Substanzabhängigen führt zu einer Dominanz von automatisiert zwanghaftem, reizinduziertem Drogensuchverhalten, welches durch das dorsale Striatum vermittelt wird. Tatsächlich konnte durch Geschwisterstudien gezeigt werden, dass eine Veranlagung zu erhöhter Impulsivität (Ersche et al., 2013a; Ersche et al., 2010) und Zwanghaftigkeit (Ersche et al., 2013a) sowie Defizite der Exekutivfunktionen und der Handlungsinhibition (Ersche et al., 2012) als Ausdruck einer reduzierten Funktion des PFC zu einem erhöhten Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung führt. Somit stellt die Funktionseinschränkung des PFC wahrscheinlich einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Substanzabhängigkeit dar. Zudem konnte bei substanzabhängigen Patienten eine Volumenreduktion des präfrontalen Kortex (Duka et al., 2011; Ersche et al., 2011; Ersche et al., 2013b; Makris et al., 2008; Welch et al., 2013; Wobrock et al., 2009; Miguel-Hidalgo et al., 2006) wahrscheinlich als Ausdruck einer zusätzlichen Schädigung des PFC durch die Substanzeinnahme gefunden werden (Ersche et al., 2013a), was eine weitere Funktionseinschränkung des PFC zur Folge hat.

4.1.3.2. Grundlagen der Abhängigkeitsentwicklung durch Alkohol

Die Wirkung des Alkohols auf das ZNS wird als Beeinflussung einer Reihe von Neurotransmittersystemen, von Rezeptorenempfindlichkeiten und postsynaptischen Regelmechanismen verstanden, wobei die subjektiven Wirkungen des Alkohols individuell sehr unterschiedlich sind und von der individuellen Lerngeschichte, der Persönlichkeit, und genetischen Variablen abhängen.



40-60 % des Risikos einer Alkoholabhängigkeitsentwicklung sind genetisch determiniert (Grant et al., 2009; Heath et al., 1997; Prescott, 1999; Knopik, 2004). Die Alkoholabhängigkeit stellt jedoch keine monogenetische Erbkrankheit im Sinne einfacher Mendelscher Vererbungsmuster dar, sondern ist polygenetisch bedingt.

Es konnte gezeigt werden, dass früher Alkoholkonsum verbunden mit geringeren negativen Nebenwirkungen (low level of response) (Trim et al., 2009) zu größeren Trinkmengen (Prescott et al., 1999; Grant et al., 2001; Liu et al., 2004; Grant et al., 2009) führt, dieser Zusammenhang eine hohe Vererblichkeit aufweist und dass diese drei Faktoren mit einem erhöhten Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung einhergehen (Hinckers et al., 2006). Auch die Übergänge von Nicht-Konsum zu erstem Konsum, zu ersten alkoholbedingten Problemen und schließlich zur Alkoholabhängigkeitsentwicklung scheinen in substantiellem Maße genetisch vermittelt zu sein (Liu et al., 2004; Sartor et al., 2008). Auf der Suche nach einzelnen Genen, die das Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung erhöhen, konnte in mehreren Studien ein Beitrag der am Alkoholabbau beteiligten Enzyme (Alkoholdehydrogenase (ADH) und Aldehyddehydrogenase (ALDH)) gezeigt werden (Zhuo et al., 2014; Zintzaras et al., 2006)). Dies würde erklären, warum Menschen mit einer erhöhten Aktivität dieser Enzyme weniger Wirkung aber auch weniger Nebenwirkungen beim Konsum haben, da sie schneller Alkohol und das toxische Acetaldehyd abbauen können, was wiederum zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für eine Abhängigkeitsentwicklung führt (s.o.).

Zudem weisen Studienergebnisse daraufhin, dass genetische Unterschiede in der glutamatergen, dopaminergen, gabaergen, opioidergen und serotonergen Signalübertragung das Risiko für eine Abhängigkeitsentwicklung erhöhen (Samochowiec et al., 2014; Morozova et al., 2012).

4.1.4. Psychologische Grundlagen

In Anlehnung an das oben erwähnte bio-psycho-soziale Modell tragen verschiedene psychologische Ansätze zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtmittelkonsum und -abhängigkeit bei. Exemplarisch sollen die wichtigsten Theorien erwähnt werden, die in der Klinik Anwendung finden:

4.1.4.1. Ansätze zur Entstehung pathologischen Trinkverhaltens

Suchtmittelwirkung und Trinkmotive:

In Abhängigkeit der Trinkmenge und -situation haben Alkohol und andere psychotrope Substanzen vielfältige physiologische, kognitive und emotionale Wirkungen auf das Verhalten und Erleben einer Person. Alkohol wirkt beispielsweise sedierend, entspannend bis betäubend, setzt die Gedächtnisleistung herab, wirkt anxiolytisch bzw. enthemmend, psychomotorisch stimulierend, erhöht die Risikobereitschaft, schränkt das Kritikvermögen und allgemein die Erfassung, Verarbeitung und Bewältigung komplexer Situationen ein, begünstigt die Kontaktaufnahme und steigert die sexuelle Aktivität. Diese Wirkungen können in Abhängigkeit von z.B. bestimmten situativen Bedingungen, der motivationalen Ausgangslage, Toleranz und Sensitivierungsvorgängen, der individuellen Lerngeschichte und spezifischen, kulturell vermittelten Erwartungseffekten zu unterschiedlichen Trinkmotiven führen, die wiederum das Konsumverhalten verstärken. Das Suchtmittel wird damit zu einem wichtigen Werkzeug, um Annäherungs- und Vermeidungsschemata zur Befriedigung zentraler Grundbedürfnisse zu entwickeln (Lindenmeyer, 2005; Grawe, 2004).

Modelllernen:

Modelllernen ist ein zentrales lerntheoretisches Prinzip zur Erklärung initialen Suchtmittelgebrauchs. Wirkungserwartungen können schon in der Kindheit und Adoleszenz unabhängig von direkter Drogenerfahrung durch Modelllernen erworben werden, bleiben dann relativ stabil und wirken sich verhaltenssteuernd aus. Dabei

scheinen Verhaltens- und Einstellungsmuster der Eltern wichtig für den Beginn des Alkoholkonsums zu sein, während die Peergruppe besonders in der Adoleszenz das Konsummuster beeinflusst. Durch Beobachten von positiven Konsumwirkungen, soziales Lernen wie z.B. das Gefühl von Zugehörigkeit zu einer sozial attraktiven Gruppe und das Nachahmen von Vorbildern oder Gleichaltrigen werden Konsumverhalten, aber auch Wirkungserwartungen, initial erlernt. In Kulturen, in denen es wie beispielsweise in Deutschland keine klaren Trinkregeln gibt, das Trinken sozial anerkannter als das Nicht-Trinken ist und sehr permissive Werte zum Konsum gelten (vgl. Lindenmeyer, 2005), werden über das Modelllernen sehr positive Einstellungen gegenüber dem Konsum erworben. Beispielsweise ist der Rausch oft ein kulturübergreifend motivierender Faktor für die Suchtmittelleinnahme.

Wirkungserwartungen und kognitive Faktoren:

Die subjektive Wirkung von Suchtmitteln wird nicht nur allein durch deren biochemische Wirkung im Körper bestimmt. Zu einem viel größeren Teil sind sie das Ergebnis von Wirkungserwartungen, also dem Zusammenspiel zwischen Lernerfahrungen und neurophysiologischen Adaptionsprozessen (Samson, 2000). So können beispielsweise subjektive Alkoholwirkungen unabhängig von der Alkoholmenge auftreten. Gerade bei Adoleszenten wirken positive überzogene Wirkungserwartungen (z.B. „Alkohol macht lustiger“, „mit Alkohol fühle ich mich freier“) ungünstig auf das Konsumverhalten. Im Laufe einer Abhängigkeitsentwicklung lernt ein Individuum weiterhin, sich bestimmte Wirkungen zunutze zu machen. Das so verstärkte Konsumverhalten weitet sich durch Generalisierung auf immer mehr Situationen und Lebensbereiche aus. Alkohol wirkt z.B. dann besonders Angst reduzierend, wenn gleichzeitig die Möglichkeit zu angenehm erlebter Ablenkung besteht, z.B. durch Unterhaltung oder Fernsehen, sowie besonders Stress reduzierend bei Personen, bei denen kognitive Leistungen unter Alkoholeinfluss stärker beeinträchtigt werden. Schließlich spielt auch eine Rolle, ob der Alkoholkonsum bereits in Erwartung des Stressors oder erst nach seinem Auftreten erfolgt (Rist u. Watzl, 1999).



Kognitive Bewertungen spielen darüber hinaus eine wichtige Rolle, welche Qualität die Substanzwirkung bei einem spezifischen Individuum in einem spezifischen Kontext hat. Begünstigt durch die scheinbar positiven Konsumwirkungen können sich suchtbetogene Grundannahmen („nur mit Alkohol kann ich mich besser fühlen“), bedingte Annahmen („wenn ich jetzt trinke, finde ich besser Anschluss“) und in das Denken stark integrierte automatische Gedanken („geh los und besorg was zu trinken“) ausbilden. Diese verzerrten Kognitionen werden automatisch in Trinksituationen aktiviert und erfahren durch den Konsum keine Korrektur oder Realitäts-Überprüfung (vgl. Beck et al., 1995).

Mangel an Introspektionsfähigkeit und Verhaltensalternativen:

Die Leistung, körperinnere, emotionale und kognitive Prozesse und Zustände wahrzunehmen oder beschreiben zu können, ist bei vielen Suchtpatienten beeinträchtigt. Dementsprechend werden die positiven oder negativen Wirkungen einer Substanz erst bei größeren Konsummengen verspürt. Auch wenn der Konsum der Verringerung der Selbstwahrnehmung dient (z.B. wahrgenommene Stresssymptome), sind dann größere Mengen nötig. Gleichzeitig kommt es oft vor, dass die Betroffenen in ihrem Verhaltensrepertoire nur unzureichend alternative Bewältigungsmöglichkeiten erlernt haben, um Probleme auch ohne Suchtmittel lösen zu können (vgl. Lindenmeyer, 2005).

4.1.4.2. Sozial-kognitive Lerntheorie und Selbstwirksamkeitserwartungen

Die Sozial-kognitive Lerntheorie (Bandura, 1997) verbindet im Sinne des bio-psycho sozialen Modells biologische, psychologische und soziale Faktoren und berücksichtigt die Person als aktiven adaptiven Organismus (vgl. Arend, 1994). Insbesondere das Konzept der Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist Ausgangspunkt für eine ganze Reihe von

sozialkognitiven Rückfalltheorien (vgl. z.B. Marlatt u. Gordon, 1985; Litman, 1986; Annis, 1986). In der Sozial-kognitiven Lerntheorie spielen die Konstrukte ‚soziale Kompetenz‘ und ‚Coping‘, d.h. Bewältigungsverhalten, eine zentrale Rolle. Defizite in der sozialen Kompetenz und Defizite in Bewältigungskompetenzen führen zu eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten, reduzieren die Kontrolle über eigene Aktivitäten und die Umwelt, engen den Zugang zu sozialen Verstärkerquellen ein und evozieren Angst und sozialen Stress. Die Sozialkognitive Lerntheorie nimmt an, dass Personen, besonders Jugendliche, die über wenig Stress-Coping verfügen und Versuchungssituationen bezogen auf Suchtmittel unzureichend bewältigen können, nach einer Experimentierphase, in der der Suchtmittelgebrauch sozial verstärkt wird, Suchtmittel als Coping einsetzen und sich daran gewöhnen. Rauschmittel dienen dabei vor allem zur Selbstregulation von Emotionen. Durch Alkohol werden die bestehenden Defizite scheinbar kompensiert, negative Affekte reduziert und positive Affekte gesteigert, sodass der Alkoholkonsum zu einer immer stärker ausgeprägten Bewältigungsstrategie wird. Die sogenannte Alkoholkompetenz ersetzt soziale Kompetenz und Bewältigungsverhalten. Wenn Personen immer häufiger auf die Alkoholkompetenz vertrauen, kommt es sekundär zu einer Schwächung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, da ihnen die Bewältigung schwieriger Anforderungen ohne Alkohol nicht mehr leistbar erscheint. Unter dem Einfluss von Toleranzentwicklung, körperlicher Abhängigkeit und Folgeproblemen des Suchtmittelmissbrauchs wird Alkoholkonsum schließlich selbst zum Kontrollproblem und andauernden Stressfaktor, dessen Auswirkungen auf Emotionen und Selbstwahrleben zu weiterem verstärkten Suchtmittelkonsum führen. Die Behandlung muss daher darauf fokussieren, dass Abhängige Veränderungsbereitschaft entwickeln, ihre individuellen Risikosituationen erkennen und bewältigen lernen und eine Selbstwirksamkeitserwartung aufbauen.

4.1.4.3. Theorien zur Veränderungsmotivation und -bereitschaft

Das Veränderungsmodell von Prochaska u. DiClemente (1982, 1986, 1992; Prochaska u. Velicer, 1997) versteht Motivation nicht als ein an die Person gebundenes Problem oder Merkmal, sondern als einen Zustand von Veränderungsbereitschaft, der von Situation zu Situation schwanken kann und einem Phasenablauf (Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung, Rückfall) unterliegt. Diese Phasen werden mehrfach durchlaufen, bis eine stabile Veränderung erreicht wird, und der Rückfall wird zu einem normalen Ereignis auf dem Weg zu einer stabilen Verhaltensänderung. Entsprechend soll das Rückfallgeschehen enttabuisiert und in die Behandlung einbezogen werden. Die Annahme verschiedener Phasen impliziert, dass Behandler über phasenspezifische Interventionen verfügen sollten. Wenn die Veränderung selbst in der Verantwortung des Klienten liegt, dann ist es Aufgabe des professionellen Helfers, den Prozess der Veränderungsbereitschaft durch motivierende Interventionen zu fördern. Hierbei geht es darum, anstelle operant aufrechterhaltender Gewohnheiten (rigide Wahrnehmungs- und Attribuierungs- bzw. Interaktionsstile) u.a. durch Motivational Interviewing (vgl. Miller u. Rollnick, 2005) die Bereitschaft für konstruktive Prozesse der Verhaltensänderung bzw. Selbstregulation einzuleiten.

4.1.4.4. Lerntheoretische Ansätze: Sucht als erlerntes Verhalten

Neben dem bereits beschriebenen Modelllernen und kognitiven Lernen spielen zwei weitere Lernmechanismen eine zentrale Rolle. Implizite Lernprozesse, wie die klassische oder operante Konditionierung werden durch die psychotrope Wirkung der Drogen angestoßen und sind maßgeblich an der Aufrechterhaltung des Konsums beteiligt:

Klassische Konditionierung

Da der Suchtmittelkonsum in einem (komplexen) Kontext stattfindet (z.B. bei inneren Zuständen wie Langeweile oder in geselligen Runden), werden zu-

vor neutrale internale und externale Reize mit der Suchtmittelwirkung gekoppelt. Im Sinne der klassischen Konditionierung lösen die zuvor neutralen Reize irgendwann selbst die Verstärkererwartung aus, ohne, dass das Suchtmittel noch präsent sein muss. Die zuvor neutralen Reize (Kiosk, negative Gefühle, Zischen einer Bierdose, etc.) bekommen damit eine ‚Signalwirkung‘ für die positive oder erleichternde Wirkung der Droge. In der Folge lösen sie ein intensives Verlangen aus, das sich subjektiv steigert, wenn die Belohnungserwartung nicht erfüllt wird. Annäherungsverhalten an das Suchtmittel oder zentralnervöse Reaktionen auf das Suchtmittel werden damit getriggert. Ebenso können damit die erlernte Toleranz und die erlernten Entzugssymptome (konditionierter Entzug) durch klassisch konditionierte Reize erklärt werden. Die so erlernten Auslösereize erklären die Aufrechterhaltung des Konsums und lösen intensives Craving bei Abstinenz aus, was Rückfälle begünstigt. Auch die Veränderung der Suchtmitteltoleranz, die die subjektive Wirkung des Suchtmittels beeinflusst, ist nicht nur organisch-biologisch, sondern besonders durch Lernprozesse des klassischen Konditionierens bedingt. Kompensatorische Reaktionen des Körpers zur Verringerung der toxischen Substanzwirkung werden in bestimmten Kontexten (z.B. immer am Kiosk) durch Konditionierung höherer Ordnung erlernt. Dadurch wird die Substanzwirkung in diesen Kontexten vermindert und weitere Dosissteigerungen gefördert.

Operante Konditionierung

Im Sinne der operanten Konditionierung wird jeder Konsum durch die psychotrope Wirkung der Substanz belohnt, indem positive Zustände (z.B. Rausch) auftreten oder negative Zustände (z.B. Angst, Entzugssymptome) abgeschwächt werden. Dadurch wird die Wahrscheinlichkeit der Substanzeinnahme verstärkt. Gleichzeitig wird die Abstinenz bei Abhängigkeit bestraft (Entzugssymptome treten auf und die erwartete Belohnung bleibt aus). Die Wahrscheinlichkeit weiter abstinenz zu bleiben, wird damit gesenkt. Die Verstärkung des initialen Suchtmittelkonsums und die Stabilisierung der Konsummuster können somit erklärt werden. Operante Verstärkung kann dabei ebenso

durch stellvertretendes Lernen am Modell erfolgen. Die Änderungsresistenz von Suchtverhalten kann ebenfalls vor dem Hintergrund der operanten Konditionierung erklärt werden. Aversive Konsequenzen des Suchtverhaltens treten häufig später auf als die angenehm erlebte direkte oder konditionierte Drogenwirkung. Starke, aber zeitlich verzögert auftretende aversive Konsequenzen wirken weniger verhaltenssteuernd als kurzfristig erfolgende positive Konsequenzen, sogar wenn diese von schwächerer Intensität sind. Aversive mittel- bis langfristige Konsequenzen des Suchtmittelabusus können wiederum zu Stimuli für erneuten Suchtmittelkonsum werden (Teufelskreismodell). Eine intermittierende Reduktion der Trinkmenge und der Trinkhäufigkeit führt nicht zur Löschung des Suchtverhaltens, sondern kann im Sinne intermittierender Verstärkung sogar zu einer Lösungsresistenz führen. Für die Veränderung von Suchtverhalten sind daher der Zugang zu alternativen Verstärkern und der Aufbau alternativer Verhaltenskontingenzen wichtiger als das direkte Reduzieren des Suchtmittelkonsums.

Craving als erlernter Zustand

Die beschriebenen Lernprozesse haben gemeinsam, dass sie ein intensives, subjektiv kaum kontrollierbares Craving auslösen können, dass die automatisierte Konsumneigung und damit das Rückfallrisiko erhöht. Craving wird psychologisch als ein Konglomerat von subjektiven Begleitscheinungen konditionierter Reize verstanden, die eine Konsumerwartung oder Entzugserscheinungen auslösen können. Craving macht sich auf physiologischer, emotionaler und kognitiver Ebene, besonders in der Phase der Abstinenz, bemerkbar und kann erneuten Suchtmittelgebrauch auslösen, sodass erneut aufrechterhaltende Konditionierungsprozesse auftreten. Craving beschreibt damit das innere Erleben, dass den zwanghaften Konsum triggert. Der Craving-Begriff wurde verschiedentlich theoretisch erweitert, z.B. wird betont, dass die appetitiven Eigenschaften konditionierter Anreize und nicht die aversiven Qualitäten im Vordergrund des Craving stehen (Rist u. Watzl, 1999).

4.1.4.5. Erweiterte verhaltenstherapeutische Sichtweisen: Verfahren der 3. Welle

In den letzten Jahren haben Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie zunehmend Einfluss auf die Behandlungskonzepte von Suchtkranken gewonnen:

- In der Akzeptanz-Commitment-Therapie (ACT) werden sowohl Akzeptanz- und Achtsamkeitsstrategien als auch Strategien der Verhaltensänderung und des engagierten Handelns eingesetzt. Das übergeordnete Ziel ist, die psychische Flexibilität zu erhöhen, die für ein wertorientiertes Leben unter ständig wechselnden inneren und äußeren Lebensbedingungen erforderlich ist. Psychische Flexibilität bedeutet, dass eine Person in vollem Kontakt mit dem gegenwärtigen Moment steht und ihr Verhalten ändern oder beharrlich beibehalten kann – je nachdem, was die aktuelle Situation und die selbst gesetzten wertebezogenen Ziele erfordern.
- Schematherapie ist ein integrativer Ansatz zur Behandlung verschiedenster langanhaltender emotionaler und zwischenmenschlicher Schwierigkeiten (maladaptive Schemata und Modi), deren Entstehungsbedingungen in Kindheit und Jugend durch Nichterfüllung zentraler Grundbedürfnisse liegen. Patienten sollen in der Behandlung Zugang zu ihren maladaptiven Schemata gewinnen und lernen sozial kompatibles und der jeweiligen Situation angemessenes Verhalten aufzubauen. Im Rahmen von moduspezifischen Interventionen kombiniert dieser therapeutische Ansatz Techniken aus unterschiedlichen therapeutischen ‚Schulen‘. So finden sich in der Schematherapie neben der Psychoedukation emotionsaktivierende Techniken wie Imaginationen und Stühle-Techniken, kognitive Techniken oder die Vermittlung von Fertigkeiten. Diese Interventionen ruhen auf einer besonderen therapeutischen Beziehung, der Nachbeelterung (limited reparenting), die es dem Therapeuten ermöglicht, zu Beginn der Therapie Defizite in der Bedürfnisbefriedigung auszugleichen und im weiteren Verlauf der Behandlung als Modell gesunder Beziehungsgestaltung wie auch einer adäquaten Bedürfnisbefriedigung zu fungieren.



4.1.4.6. Systemische Ansätze

Die systemische Therapie, die unserer Kurzzeit- und Kombibehandlung zugrunde liegt, begreift Verhalten im Kontext zwischenmenschlicher Beziehungen, lebensphasischer Rollen und Aufgaben sowie im Kontext von Tradition und Kreation (Thau, 1996; Thau u. Zemlin, 1997; Zemlin, Thau, Herder, Bürgel, Pinocy, Schopf, Schreiber, 1999). Ein suchtkranker Mensch ist so verstanden ein Delegierter eines zwischenmenschlichen Systems. Verhalten, auch problematisches Verhalten wie z.B. Suchtverhalten, wird seinem konstruktiven Sinn nach zu verstehen versucht:

- Wie trägt Suchtverhalten zum Gleichgewicht in einem System bei?
- Welches Risiko entsteht für ein gewachsenes, an Traditionen orientiertes System, wenn ein Verhalten neu gelernt bzw. verändert wird?
- Wie ist jedes Mitglied des Systems daran beteiligt und wie wirkt sich die Veränderung eines Verhaltens auf Einzelne aus?

Eine systemische Konzeptualisierung über Verhalten betrachtet vorrangig interaktionelle Verhaltensmuster und betont die Dimensionen ‚Zeit‘ und ‚Bedeutung‘ insofern, als die zentrale (ätiologische wie pragmatische) Frage des Erkennens lautet:

- Welchen Sinn hat ein bestimmtes Verhalten innerhalb eines mehrgenerativen Entwicklungskontextes? (Thau, 1999)

Die zentrale Frage der Behandlung lautet:

- Welche Impulse brauchen einzelne Systemmitglieder, um ihre persönliche Entwicklung wieder aufzunehmen und wie wird dies mit dem Beziehungsnetz im Familiensystem oder anderen sozialen Systemen abgestimmt?

4.1.4.7. Neuropsychologischer Ansatz: Belohnungssystem und Suchtgedächtnis

Neurowissenschaftliche Studien der letzten Jahre haben die zentrale Bedeutung des Belohnungssystems und des Frontalhirns in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit belegt. Suchtmittel nehmen Einfluss auf die neurobiologische Balance zwischen unbewussten, automatisierten-reizgetriebenen Prozessen des Belohnungssystems und bewussten Kontrollfunktionen des Frontalhirns. Konditionierungsprozesse (unbewusstes Lernen) koppeln alle körperlichen und emotionalen/motivationalen Wirkungen einer Droge an innere und äußere Reize, die mit dem Konsum einhergehen (Suchtgedächtnis). Auch wenn die Droge, z.B. bei Abstinenz, gar nicht mehr präsent ist, reagiert das Gehirn auf diese Reize, als würde ein Konsum unmittelbar bevorstehen. Diese reizgetriebenen, automatisierten Reaktionen (Suchtreflex) lösen starken Suchtdruck aus und arbeiten gegen die bewussten Abstinenzabsichten des abhängigen Patienten. Im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung können diese Prozesse zunehmend schwerer durch die bewusst kontrollierende und bewertende Funktion des Frontalhirns reguliert werden, auch weil dieser Teil des Gehirns durch die toxische Wirkung der Droge weiter geschwächt wird, sodass sich während der Chronifizierung des Substanzkonsums ein zunehmendes Ungleichgewicht zwischen Suchtgedächtnis und Frontalhirn zugunsten unbewusster, automatisierter Prozesse entwickelt. Diese neueren neurowissenschaftlichen Erkenntnisse können sehr gut erklären, warum Suchtpatienten trotz der Überzeugung und des Willens zur Abstinenz durch eine automatisiert-unbewusste Konsumneigung, die starken Suchtdruck und zwanghaften oder impulsiven Konsum auslösen kann, wiederholt rückfällig werden. Therapieansätze sollten deshalb vermehrt eine gezielte Rückfallprävention enthalten, in der bewusst-kontrollierende Prozesse des Frontalhirns gestärkt und unbewusst reizgetriebene Prozesse des Suchtgedächtnisses geschwächt werden, indem die Bewältigung der individuellen Risikosituationen wiederholt realitätsnah trainiert wird.

4.1.5. Persönlichkeit

Das Konzept einer Alkoholikerpersönlichkeit konnte niemals wissenschaftlich belegt werden, weder im Sinne einer prämorbiden Suchtpersönlichkeit, noch im Sinne von eindeutigen Risikoprofilen, die im Sinne einer Typologie formulierbar wären. In Querschnittuntersuchungen zeigen sich gehäuft erhöhter Neurotizismus und erhöhte Impulsivität, wobei schwer einzuschätzen ist, ob diese Anteile bereits prämorbid vorlagen oder Konsequenz des Konsums und der Abhängigkeitsentwicklung sind. Leichte Irritierbarkeit, negative Gefühlszustände und impulsives Verhalten scheinen aber in bestimmtem Ausmaß Temperamenteigenschaften zu sein, die eine Suchtproblematik begünstigen. Die von Cloninger et al. (1988, 1993) beschriebenen Persönlichkeitsdimensionen, nämlich ausgeprägte Suche nach Stimulierung, geringe Schadensvermeidung und Unfähigkeit, Belohnungen aufzuschieben, scheinen ebenfalls Faktoren zu sein, die zur Erklärung einer Alkoholabhängigkeitsentwicklung beitragen können. Alkoholranke können nach Cloninger dem Typ I (Erkrankungsalter über 25, eher relative Unfähigkeit zur Abstinenz, ausgeprägte Risikovermeidung; eher Anreizmeidend, ängstlich und belohnungsabhängig) und dem stärker genetisch determinierten Typ II (Erkrankungsalter unter 25, Impulsivität und leichte Erregbarkeit, überwiegend männlich, starker Drang nach neuen Erfahrungen, hohe Konsummengen; eher Anreiz suchend, nicht ängstlich, belohnungsunabhängig, häufig antisoziales Verhalten) zugeordnet werden. Überschneidungen des Typ II mit der antisozialen Persönlichkeitsstörung sind wahrscheinlich.

4.1.6. Soziokulturelle Bedingungen der Abhängigkeitsentwicklung

Ebenso wenig wie es eine Alkoholikerpersönlichkeit gibt, existiert eine wissenschaftlich akzeptierte integrierende Theorie über die gesellschaftlichen Wurzeln der Sucht bzw. ein integrierendes soziologisch akzentuiertes Ätiologiemodell der Sucht. Gesellschaftliche bzw. soziokulturelle Faktoren und

ihre individuelle Ausformung können aber eine wichtige Rolle bei der Abhängigkeitsentwicklung haben, z.B. ist der Einfluss von Nichtsesshaftigkeit, Arbeitslosigkeit und ähnlichen, belastenden und stigmatisierenden Erfahrungen in vielen Untersuchungen nachgewiesen. Man kann soziokulturelle, soziodemographische Ansätze und Sozialisierungstheorien unterscheiden (Arend, 1994).

Soziokulturelle Theorien beleuchten Unterschiede in Suchthäufigkeit und Suchtformen über Kulturen und Subkulturen und machen den Einfluss von kollektiven Einstellungssystemen im Sinne von Lernbedingungen transparent. Für die Erklärung einer Suchtentwicklung können eine Reihe soziokultureller Faktoren herangezogen werden, die nicht als suchtgenuine Erklärungsansätze verallgemeinert werden können. Dazu gehören kulturell und subkulturell beeinflusste Grundeinstellungen gegenüber dem Alkoholkonsum, die beispielsweise Bedingungsfaktoren für ritualisiertes Trinkverhalten sein können, die Griffnähe beeinflussen oder das Suchtverhalten sozial verstärken und kulturell vermittelte Wirkungserwartungen, die Konsumgewohnheiten beeinflussen oder z.B. eine Selbstmedikation mit bedingen können.

Soziodemographische Ansätze untersuchen den Zusammenhang von soziodemographischen bzw. soziostrukturellen Variablen und Trink- bzw. Suchtverhalten, wobei die Variablen Geschlecht, Alter und Beruf Zusammenhänge zeigen, deren Erklärungswert aber aufgrund der überwiegend retrospektiv und rein deskriptiv angelegten Untersuchungen eingeschränkt ist. Geschlechterrollen bzw. geschlechtsspezifische Rollenfunktionen können ebenso wie geschlechtsgebundene, traumatisierende Erfahrungen bei der Genese der Abhängigkeitsproblematik eine wichtige Rolle spielen und sind in der Behandlung durch spezifische Angebote zu berücksichtigen.

Das Alter wird psychologisch unter dem Aspekt unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben in unterschiedlichen Altersstufen relevant und dies ist auch ein wichtiger Aspekt im Zusammenhang mit Suchtverhalten (Jugendalkoholismus, Altersalkoholismus). Belastende Arbeitsbedingungen bzw. Risikoberufe können ebenfalls eine Abhängigkeitsentwicklung mit bedingen.

Als bedeutsam für die Erklärung individuellen Suchtverhaltens im Behandlungskontext haben sich die Sozialisationstheorien erwiesen. Zusammenhänge zwischen spezifischen Lernbedingungen in ‚abhängigen Familien‘ und Trink- bzw. Suchtverhalten wurden in zahlreichen Untersuchungen nachgewiesen, wobei es auch inkonsistente Befunde gibt. Die Gleichaltrigengruppe ist ein weiterer wichtiger Sozialisationsfaktor. Ihre Bedeutung für initiales Trinken und den regelmäßigen Gebrauch von Suchtmitteln wurde mehrfach aufgezeigt. Schule und Beruf repräsentieren weitere wichtige Sozialisationsinstanzen, deren Einfluss auf das Konsumverhalten untersucht wurde. Der mögliche Einfluss der wichtigsten Sozialisationsfaktoren auf die individuelle Abhängigkeitsentwicklung erschließt sich in vielfältiger Hinsicht erst in der Verhaltensanalyse bzw. der systemischen Analyse.

4.1.7. Psychische Komorbidität

Die psychische Komorbidität zwischen Substanzabhängigkeit und anderen psychischen Störungen ist insgesamt deutlich erhöht. Die amerikanische NESARC Studie fand zum Beispiel, dass 22 % aller Individuen mit einer affektiven Störung und 19 % mit einer Angststörung eine komorbide Substanzabhängigkeit aufweisen (Conway, 2006). Hierbei beeinflussen sich die psychischen Komorbiditäten gegenseitig negativ und verschlechtern das Behandlungsergebnis (Kessler, 1996) und erhöhen die Rückfallwahrscheinlichkeit (Najt, 2011; Bradizza, 2006).

Die Komorbidität zwischen Alkoholabhängigkeit und depressiver Störung liegt aus verschiedenen Studien zwischen 10 und 60 % und ist damit überzufällig hoch (Raimo, 1998). Komorbide Patienten mit Alkoholabhängigkeit und Depressionen weisen größere Beeinträchtigungen und eine geringere Therapie-Response auf.

Für die Diagnose einer depressiven Episode bei Substanzabhängigkeit ist es wichtig zu unterscheiden, ob die Depression substanzinduziert ist oder komorbid besteht (Preuss, 2015). Substanzinduzierte depressive Episoden remittieren innerhalb weniger Wochen nach Konsumende, sodass diese

Unterscheidung letztendlich nur im Rahmen einer längerfristigen Abstinenz von der Substanz getroffen werden kann. Deshalb sollte eine Diagnostik und eine Behandlungsentscheidung erst 3-4 Wochen nach dem Entzug getroffen werden. Die Kombination von kognitiver Verhaltenstherapie und antidepressiver Medikation bei komorbid auftretender mittelschwerer/schwerer Depression und Alkoholabhängigkeit wird empfohlen. Ob eine gemeinsame/integrierte Behandlungsform der sequentiellen Behandlung beider Störungen überlegen ist, ist nicht abschließend geklärt (siehe AWMF S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen).

Bei bipolaren Störungen ist die Rate komorbider Alkoholkonsumstörungen und Drogenabhängigkeit mit 58 % bzw. 38 % am höchsten (Conway, 2006), wobei ein bis zu 14-fach erhöhtes Risiko für Alkoholkonsumstörungen bei bipolaren Patienten festgestellt wurde (Bega, 2012). Eine komorbide Alkoholkonsumstörung beeinflusst den klinischen Verlauf einer bipolaren Störung negativ. Es sollte eine integrierte/gleichzeitige Behandlung in Kombination mit Phasenprophylaktika und kognitiver Verhaltenstherapie zur Besserung beider Störungen angeboten werden (siehe AWMF S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen).

Auch Angststörungen treten gehäuft bei Substanzabhängigkeit auf, wobei besonders die soziale Phobie, PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung) und Panikstörung, aber auch die generalisierte Angststörung damit assoziiert sind. Prävalenzraten für diese Erkrankungen von bis zu 40 % bei alkoholabhängigen Patienten in Behandlung wurden berichtet (Mann, 2015). Sie sind bei komorbider Alkoholabhängigkeit mit einem schlechteren Ansprechen auf therapeutische Angebote (Bradizza, 2006) und höheren Rückfallraten assoziiert (Driesen, 2001). Es wird empfohlen, die beiden Störungen integriert zu behandeln oder die Behandlung angemessen zu koordinieren (siehe AWMF S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen).

Die Komorbidität von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und Abhängigkeitserkrankungen ist ebenfalls hoch. Ungefähr die Hälfte

aller Patienten mit einer Psychose entwickelt im Laufe des Lebens eine Substanzabhängigkeit (Regier, 1990). Ob eine integrierte/gleichzeitige Behandlung beider Störungen zu einem besseren Behandlungserfolg führt, ist nicht abschließend geklärt, wird jedoch empfohlen (siehe AWMF S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen).

Die erhöhte Prävalenz von Achse-II-Störungen bei Patienten mit Substanzabhängigkeit ist schon seit langem bekannt, jedoch sind systematische Studien selten. Jedoch konnten alle großen epidemiologischen Studien, die Substanzgebrauch in der Allgemeinbevölkerung untersuchten zeigen, dass Persönlichkeitsstörungen (besonders dissozial, emotional-instabil, histrionisch und dependent) bei Individuen mit einer Substanzkonsumstörung häufiger anzutreffen sind (Regier, 1990; Lenzenweger, 2007; Grant, 2004). Bei Patienten mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung war die Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit bzw. einer Drogenabhängigkeit sogar um das 8- bzw. 18,5-fache erhöht (Grant, 2004). Auch bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung sind die Prävalenzraten für eine Substanzabhängigkeit besonders in klinischen Populationen deutlich erhöht (Kienast, 2014).

Die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Störung (ADHS) beginnt immer im Kindesalter und setzt sich bei bis zu zwei Drittel der Patienten bis ins Erwachsenenalter fort. Die ADHS im Kindes- und Jugendalter geht mit einem deutlich erhöhten Risiko für Abhängigkeitserkrankungen einher (Lee, 2011). In einer aktuellen Schweizer Untersuchung an über 5.500 jungen Männern mit den Symptomen einer Erwachsenen-ADHS lag die Häufigkeit einer Alkoholabhängigkeit bei 20,8 %, die Prävalenz von Alkoholmissbrauch bei 38,9 % (Estevez, 2014). Eine Meta-Analyse zur Häufigkeit von ADHS bei Suchtpatienten kam auf eine Prävalenz von über 20 % (van Emmerik-van Oortmerssen, 2012), was durch eine große europaweite prospektive Studie mit über 1.100 untersuchten Patienten aus Suchtkliniken bestätigt wurde (van de Glind, 2014). In einer deutschen Untersuchung in einer Akut-Psychiatrie wurde bei 33,3 % der erwachsenen Alkoholabhängigen in stationärer Therapie eine ADHS diagnostiziert (Ohlmeier, 2008).

Diese prognostisch problematische Subgruppe der Alkoholabhängigen wird jedoch häufig nicht identifiziert und ihr dadurch eine effektive medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung vorenthalten. Hierbei sollte die jeweilige Schwere der ADHS oder der Abhängigkeitserkrankung entscheiden, in welcher Reihenfolge die Störungsbilder behandelt werden. Ein pharmakologischer Therapieversuch sollte angeboten werden (siehe AWMF S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen).

Insgesamt ist anzunehmen, aber nicht evident bewiesen, dass Behandlungsprogramme für Abhängigkeitserkrankungen, die die Behandlung von psychiatrischen Zweitdiagnosen einschließen, sowohl bei den gemessenen Erfolgskriterien zum Suchtverhalten als auch bezüglich der Zweitdiagnose bessere Ergebnisse aufweisen als Programme, die nicht auf die Zweitdiagnose fokussieren (Moggi et al., 1999).

4.1.8. Körperliche Folgeschäden

Hirnschädigungen bei Alkoholabhängigen erfassen kortikale und subkortikale Strukturen. Chronisch Alkoholranke können in der Merkfähigkeit, dem Kurz- und Langzeitgedächtnis, der Aufmerksamkeit und Konzentration, dem Abstraktionsvermögen und der Problemlösefähigkeit sowie in der Psychomotorik beeinträchtigt sein (Soyka, 1995). Das amnestische Syndrom (Korsakow-Syndrom) und die alkoholbedingte Demenz sind dabei von subtileren kognitiven Defiziten im Bereich der Exekutivfunktion und der Mnestic abzugrenzen, die bei vielen chronisch Alkoholabhängigen zu finden sind.

Neben den erwähnten mnestischen und kognitiven Störungen finden sich organisch bedingte Störungen im affektiven Bereich sowie Akzentuierungen präorbider Persönlichkeitszüge bis hin zu organischen Persönlichkeitsstörungen.

Unter Abstinenzbedingungen werden über die Zeit Verbesserungen der psychischen Leistungen erreicht. Einige kognitive Funktionen können durch gezieltes Training verbessert werden (Steingass, 1999). Es gibt einige Hinweise darauf, dass Alkoholiker mit kognitiven Defiziten eine ungünstigere



Therapieerfolgsprognose haben, die Integration in Therapieprogramme ist häufig eingeschränkt. Neben den schädigenden Auswirkungen chronischen Alkoholkonsums auf das ZNS sind auch periphere Neuropathie, weiterhin kardiotoxische und schädigende Einflüsse auf das gastrointestinale System, insbesondere Leber und Pankreas, Störungen des Protein-, Kohlehydrat- und Fettstoffwechsels, Störungen des Vitamin und Elektrolythaushaltes und der endokrinen Funktionen, Schädigungen des Immunsystems, Auswirkungen auf Muskulatur und Skelettsystem sowie eine krebserregende Wirkung nachgewiesen (vgl. Seitz, Lieber, Simanowski, 1995; Singer u. Teysen, 2005).

Diese Störungen und Schädigungen sind häufig sozialmedizinisch bedeutsam bzw. sind therapeutisch relevante Sachverhalte in der Rehabilitation Suchtkranker.

Eine Klinik muss daher neben den psychologischen und soziotherapeutischen Behandlungsmethoden auch ein breites Spektrum ärztlich-medizinischer Diagnostik und Behandlungsmethoden vorhalten, die Physiotherapie, Rehabilitationssport sowie Ernährung und Gesundheitsberatung einschließen (Schneider, 2013).

4.1.9. Spezielle soziale Problemlagen: Arbeitslosigkeit

Seit Beginn der 90er-Jahre liegt die Arbeitslosenquote Abhängigkeitskranker in der medizinischen Rehabilitation bei 35-40 % (Henkel, 2008). Etwa die Hälfte der arbeitslosen Rehabilitanden sind bei Antritt der Reha über ein Jahr durchgehend arbeitslos.

Rehaverlaufs- und Katamnesestudien zeigen, dass der größere Teil der arbeitslosen Rehabilitanden auch nach der Entwöhnungsbehandlung arbeitslos bleibt (Henkel, 2008). Dies wird transparenter

vor dem Hintergrund, dass in Relation zur hohen Prävalenz von Suchtproblemen in der Gruppe der ALG II-Beziehenden die Zahl der Vermittlungen sehr klein und zudem seit 2010 rückläufig ist, wie eine Analyse der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) zeigt. DSHS-Daten und weitere Datenquellen zeigen, dass die Integration in existenzsichernde Arbeit nur in Ausnahmefällen gelingt (Henkel u. Zemlin, 2013). Gleichzeitig kann als erwiesen gelten, dass Arbeitslosigkeit mit erhöhten Rückfallquoten einhergeht (Henkel, Zemlin, Dornbusch, 2008). Der Reintegration in Arbeit kommt daher auch unter diesem Aspekt besondere Bedeutung zu, so dass es zum Aufgabenspektrum einer Rehaklinik gehört, Maßnahmen zur Verbesserung der beruflichen Reintegrationschancen zu entwickeln und zu applizieren, die auf die anschließende Tätigkeit der Arbeitsverwaltung vorbereiten (Zemlin, Bornhak, Nickl, 2008) und die Vernetzung mit Agenturen und Jobcenter zu unterstützen (Zemlin u. Gnam, 2008). Dies korrespondiert mit den Zielsetzungen der beruflich orientierten Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), wobei allerdings zur Kenntnis genommen werden muss, dass die medizinische Rehabilitation zwar an den individuellen Partizipationshindernissen arbeitet, nicht aber an den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Reintegration arbeitsloser Suchtkranker, die unverändert ungünstig sind, wie auch die SGBII-Studie gezeigt hat (Henke, Henkel, Nägele, Pagels, Wagner, 2009).

4.1.10. Implikationen für die Behandlung

Da es keine integrierende Theorie der Abhängigkeitserkrankung und ihrer Behandlung gibt, muss die Behandlung relevante ätiologische Faktoren aus den skizzierten Bereichen berücksichtigen und dabei empirisch gesichertes therapeutisches Wissen nutzen. Deshalb fokussieren wir auch auf stabilisierende Ressourcen, die nicht nur bei Abhängigkeitserkrankungen, sondern auch bei anderen psychischen Erkrankungen eine Art Schutzfunktion haben (vgl. z.B. Küfner, 1999) und sich in verhaltensmedizinischen Konzepten niederschlagen:

- Soziale Kompetenzen im Sinne von Problemlöse-, Kommunikations- und Konfliktbewältigungsfähigkeiten werden als stabilisierende Ressourcen für die Aufrechterhaltung eines abstinenten Lebensstiles angesehen.
- Positives rationales Denken scheint gegenüber schädigenden Erfahrungen abzuschirmen bzw. die Bewältigung derselben zu erleichtern und ermöglicht eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld.
- Die Fähigkeit, sich bzw. dem eigenen Verhalten in realistischem Ausmaß eine Veränderungswirkbarkeit zuzuschreiben bzw. an positive Effekte des eigenen Verhaltens zu glauben, scheint die Bewältigung von schwierigen Problem- bzw. Lebenslagen zu begünstigen.
- In diesem Zusammenhang wirkt sich die Fähigkeit, sein Leben längerfristig zielbezogen zu gestalten und ihm eine sinnhafte Bedeutung zuzuschreiben, positiv auf die Lebensbewältigung aus.
- Empathie und emotionale Intelligenz erleichtern die soziale Bindungsfähigkeit, begünstigen eine zufriedenstellende soziale Interaktion und wirken sich positiv auf die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines sozialen Stützsystems aus.
- Sowohl die Kontrolle belastender Gefühlsreaktionen und die Fähigkeit, sich emotional distanzieren zu können, als auch ein angemessenes, sozial akzeptiertes Ausleben von Emotionen scheinen gesundheitsfördernd zu sein.
- Eine realistische Bewertung der Anforderungen des Lebens im Allgemeinen, der täglichen Anforderungen und Chancen in Beruf, Familie und sozialem Leben sowie der eigenen Fähigkeiten begünstigt eine zufriedenstellende und gesündere Lebensweise.
- Ein ausgeglichener Lebensstil, der Belastungen, Entspannung und Bedürfnisbefriedigung in ein balanciertes dynamisches Gleichgewicht bringt, scheint die Rückfallgefährdung zu reduzieren.
- Eine gesunde Lebensführung im Sinne von gesunder Ernährung und regelmäßiger aerober Bewegung und gesunden genussvollen Ritualen scheint nicht nur das Immunsystem zu stabilisieren und chronischen Krankheiten vorzubeugen, sondern auch die Belastungsfähigkeit gegenüber psychischen Erkrankungen zu erhöhen.

Eine Behandlungsstrategie hat daher sowohl identifizierbare und für die weitere Entwicklung bedeutsame ätiologische Bedingungen des Suchtverhaltens zu berücksichtigen, als auch in die Zukunft gerichtete Ressourcen zu entwickeln und zu stärken, die künftige Lebensaufgaben bewältigen helfen und dabei die systemischen, insbesondere die familiären und beruflichen Bedingungen zu beachten und möglichst zu nutzen.

Im Rahmen einer interdisziplinär organisierten Behandlung geschieht dies in den verschiedenen Disziplinen Psychotherapie und Psychoedukation, Familientherapie, medizinische Behandlung, Sozialtherapie, Kunsttherapie, Sporttherapie, Physiotherapie und Ernährungs- und Gesundheitsberatung. Die integrierende therapeutische Haltung ist verhaltenstherapeutisch/verhaltensmedizinisch: wir legen Wert auf eine aktive Beteiligung des Patienten, fördern Veränderungsbereitschaft, verstehen Behandlung vorrangig als Hilfe zur Selbsthilfe und vermitteln bzw. aktivieren Kompetenzen und Ressourcen, die eine erfolgreiche Bewältigung von Lebensaufgaben, wie z.B. die Wiederaufnahme und Stabilisierung der Erwerbstätigkeit, sowie eine Reduktion von künftigen Erkrankungsrisiken ermöglichen. Zentrale therapeutische Grundhaltungen und Behandlungsmethoden innerhalb des interdisziplinären Behandlungsmodelles sind deshalb verhaltenstherapeutisch fundiert. Die Selbstmanagementtherapie von Kanfer (Kanfer, Reinecker u. Schmelzer, 1990; Kanfer, 1994), die kognitiv verhaltenstherapeutischen Ansätze, wie sie beispielsweise von Beck et al. (1992, 1993, 1997) beschrieben werden sowie auf der sozial-kognitiven Lerntheorie basierende Behandlungsansätze sind für unsere Arbeit von besonderer Bedeutung.





4.2. Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1. Indikationen

1. Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch von Alkohol (F 10.1, F 10.2) und Medikamenten (Sedativa und Hypnotika: F 13.1, F 13.2; Opioide: F 11.1, F 11.2)
2. Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Cannabinoiden (F12.1, F12.2), Kokain (F14.1, F14.2), Amphetaminen und amphetaminähnlichen Substanzen (F15.1, F15.2), Halluzinogenen (F16.1, F16.2) sowie multipler Substanzgebrauch (F19.1, F19.2), soweit eine Abhängigkeit bzw. schädlicher Gebrauch von Alkohol oder Medikamenten im Vordergrund steht
3. pathologisches Spielen (F63.0)
4. psychische Störungen, sofern als Hauptindikation eine Abhängigkeit oder schädlicher Gebrauch von Alkohol/Medikamenten vorliegt:
 - leichtgradige organische Störungen (F0) die keine die Refahfähigkeit beeinträchtigenden kognitiven, emotionalen oder behavioralen Defizite bedingen
 - affektive Störungen (F3), wobei schwere Krankheitsbilder (schwere depressive Episode oder manische Episode) nur nach Teil- bzw. Vollremission aufgenommen werden können
 - neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
 - Essstörungen (F50), nichtorganische Schlafstörungen (F51)
 - Persönlichkeitsstörungen (F60-F61)
 - Erwachsenen-ADHS (F90.0)

4.2.2. Kontraindikationen

1. höhergradige organische Störungen wie Demenzen (F00-F03), amnestisches Syndrom (F10.6), organische Halluzinosen oder schizophreniforme Störungen (F06) oder organische Persönlichkeitsstörungen (F07)
2. Schizophrenie (F20)
3. Intelligenzminderung (F7)
4. akute Suizidalität
5. körperliche Erkrankungen, die die Therapiefähigkeit maßgeblich beeinträchtigen
6. symptomatisches Glücksspielverhalten im Rahmen psychiatrischer Erkrankungen, bei denen eine Behandlung in unserer Klinik nicht indiziert ist.

4.2.3. Aufnahmevoraussetzungen

Arztbericht, Sozialbericht und Kostenzusage müssen vorliegen. Die Behandlung muss suchtmittelfrei angetreten werden. Sofern notwendig, ist vorab eine Entgiftungsbehandlung durchzuführen. Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim gewährleistet in allen Programmen und Spezialisierungen auf den einzelnen Patienten abgestimmte Therapiepläne mit spezifischen Behandlungsangeboten und individuellen Therapiedauern.

Um diese Differenzierung optimal zu nutzen, bitten wir deshalb unsere Partner bei den Leistungsträgern, Beratungsstellen und Kliniken, die folgenden Zuweisungsempfehlungen zu beachten.

4.2.4. Zuweisungsempfehlungen

Individualisiertes Programm

Hier gelten keine über die Bewilligungskriterien der Leistungsträger hinausgehenden Zuweisungskriterien. Wir behalten uns aber vor, bei spezifischen Problemkonstellationen Vorgespräche durchzuführen, z.B. zur Abklärung komorbider Störungen, zur Überprüfung der Behandlungsmöglichkeit bei Behinderung oder bei Straffälligkeit, zur Prüfung der Verständigungsmöglichkeiten bei ausländischen Mitbürgern etc.

Kurzzeitprogramm

Die Kurzzeitbehandlung als fokussierte und komprimierte Behandlung ist für Patienten geeignet, die über eine ausreichende Veränderungsbereitschaft und Introspektionsfähigkeit verfügen. Die Patienten sollten noch einen Arbeitsplatz haben bzw. ihre wirtschaftliche Situation sollte überschaubar sein. Ihre Familien sollten kooperieren, indem sie sich zu mehreren Familiengesprächen bereit finden. Darüber hinaus sollten beim Patienten keine gravierenden medizinischen Behandlungsmaßnahmen notwendig sein. Die für eine Kurzzeitbehandlung vorgesehenen Patienten sollten eine ausreichende ambulante Therapievorbereitung erfahren haben.

Kombinationsbehandlung (Kombi-Behandlung)

Die Kombi-Behandlung erfordert eine gute Abstimmung zwischen dem stationären und ambulanten Behandlungsabschnitt (Zemlin, 1999). Auf den Patienten wirkt es sich positiv aus, wenn es den Behandlern an den Schnittstellen gelungen ist, den Patienten ‚abzugeben‘ bzw. auf ein Bündnis mit dem nächsten Behandler einzustimmen. Prinzipiell tauchen hier wenigstens zwei Schnittstellen auf: nämlich nach der ambulanten Vorbereitung und nach der stationären Phase. Es erscheint in diesem Prozess günstig, wenn der vorbereitende Behandler (also derjenige, der die selektive Indikation stellt) auch derjenige ist, der nach Entlassung aus der Klinik die ambulante Behandlung weiterführt. Die Fortsetzung erfolgt nahtlos. Wünschenswert ist, dass der Patient das nachfolgende ambulante Setting bereits bei der ambulanten Vorberei-

tung erläutert bekommen hat. Die Aufnahme von Patienten mit einem hohen medizinischen Versorgungsaufwand ist im Kombi-Programm nicht indiziert. Es sollten hier vorrangig Patienten behandelt werden, die Unterstützung brauchen, um eine ambulante Rehabilitation besser nutzen zu können. Für die stationär/gantztägig ambulante Kombibehandlung gelten diese Empfehlungen gleichermaßen.

Wiederholerbehandlung

In der Wiederholerbehandlung wird mit besonderen Programmschwerpunkten auf Problemstellungen rückfälliger Patienten eingegangen. Die Behandlung wird entweder in einer spezifischen Bezugsgruppe oder im Rahmen des Kurzzeit- bzw. Individualisierten Programms durchgeführt. Wir entscheiden dies anhand der uns vorliegenden Aufnahmeunterlagen zum bisherigen Krankheitsverlauf. Hilfreich sind deshalb spezifische Angaben über Verlauf, Bedingungen und Folgen des Rückfalls in den Berichten der Vorbehandler.

Auffangbehandlung

Keine über die Bewilligungskriterien der Leistungsträger hinausgehende Kriterien.

Raucherentwöhnung

Wir bieten eine rauchfreie Wohn- und Sozialumgebung. Damit wir die zusätzlich zur Entwöhnung von Alkohol bzw. Medikamenten angebotenen Maßnahmen einer Raucherentwöhnung gewährleisten können, wünschen wir uns bereits im Vorfeld der Aufnahme, Angaben über die Absicht der Patienten daran teilnehmen zu wollen.

AGIL (Seniorenbehandlung)

Das AGIL-Programm (Ackermann et al., 2010) richtet sich an alkohol- oder medikamentenabhängige Männer und Frauen ab ca. 55 Jahre, die berentet sind oder kurz vor der Berentung stehen und die eher von einer altershomogenen Gruppentherapie im Kontrast zu einer altersgemischten profitieren.

20-Wochen-Regelung bei Alkohol- plus Drogenabhängigkeit

Besteht neben der Alkohol- auch eine Drogenabhängigkeit, und ist für diese Patienten aufgrund ihrer Sozialisation eine Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige indiziert, so kann eine budgetneutrale Behandlungsdauer von 20 Wochen in Anspruch genommen werden, um dem erhöhten Behandlungsbedarf gerecht zu werden.

Junge Erwachsene

Junge Erwachsene mit einem Mindestalter von 18 Jahren und einem Höchstalter von 30 Jahren werden in einer altershomogenen Bezugsgruppe behandelt. Bei diesen jungen substanzabhängigen Rehabilitanden bestehen aufgrund von früh einsetzender Suchtentwicklung und/oder einem (sucht-)belasteten familiären Umfeld häufig ausgeprägte Sozialisationsdefizite und komorbide psychische Störungen, die einen erhöhten Behandlungsbedarf begründen. Zudem beobachten wir bei diesen jungen Patienten häufig komplexe Suchtmuster, wobei nicht selten eine Abhängigkeit von mehreren Substanzen besteht. Deshalb nehmen wir in indizierten Fällen die 20-Wochen-Regelung (s.o.) in Anspruch.

Pathologische Glücksspieler (m/w)

Unser Behandlungsangebot für diesen Indikationsbereich folgt den Empfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger für die medizinische Rehabilitation bei Pathologischem Glücksspielen (2001). Wir behandeln:

- Pathologisches Glücksspielen (Männer und Frauen) mit zusätzlicher stoffgebundener Abhängigkeit wie Alkohol und/oder Medikamente
- Pathologisches Glücksspielen in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung (Männer: narzisstische oder dissoziale oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung; Frauen: narzisstische oder emotional instabile Persönlichkeitsstörung)
- Pathologisches Glücksspielen (Männer und Frauen) in Kombination mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Frauen mit pathologischem Glücksspielen werden in einer gemischt geschlechtlichen Gruppe mit einer Bezugstherapeutin behandelt, wobei der Anteil der Frauen annähernd paritätisch, mindestens aber ≥ 3 betragen soll und die Patientinnen zusätzlich bei entsprechender Indikation mit frauenspezifischen indikativen Gruppenangeboten behandelt werden (vgl. Kapitel 4.7.4.2.).

Pathologisches Glücksspielen in Kombination mit einer psychischen Störung, die für sich genommen eine psychosomatische Rehabilitation erfordert, wird in unserer Klinik nicht behandelt.



4.3. Rehabilitationsziele

4.3.1. Allgemeine übergeordnete Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbsfähigkeit und eine lebensbejahende, selbstverantwortliche Lebensführung ohne Suchtmittel. Auf dieses Gesamtziel sind folgende Prozessziele ausgerichtet:

- Erlangen und Konsolidieren einer persönlichen Abstinenzentscheidung
 - Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und Förderung der Änderungsmotivation
 - Körperliche Rehabilitation im Sinne einer Verbesserung der Partizipation/Teilhabe sowohl im Bereich der selbstständigen Lebensführung sowie auch des beruflichen Lebens
 - aktive Einbeziehung des Rehabilitanden in den Prozess der Zieldefinition
 - Aufbau von Selbstkontrolle und dauerhafter Abstinenzfähigkeit
 - Aufbau von Rückfallbewältigungskompetenz
 - Aufbau von Konflikt- und Krisenbewältigungskompetenzen
 - Berufliche Orientierung, berufliche Wiedereingliederung bzw. Stabilisierung
 - Körperliche Rehabilitation
 - Stabilisieren und Aktivieren des sozialen Unterstützungssystems
 - Aktives Auseinandersetzen mit bestehenden psychischen, körperlichen und sozialen Problembereichen
 - Verbesserung der Bewältigungskompetenz bei komorbiden Störungen
 - Aufbau und Unterstützen einer eigenverantwortlichen und gesundheitsfördernden Lebenshaltung
 - Fördern der Bereitschaft zur Nachsorge
- Bezogen auf diese übergeordneten Zielsetzungen werden in den einzelnen Behandlungsprogrammen und Spezialisierungen, auf der Grundlage einer umfassenden Diagnostik, spezifische und individuelle Behandlungsziele vereinbart.

4.3.2. Rehabilitationsziele nach ICF

Die ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) definiert Komponenten von Gesundheit und mit Gesundheit zusammenhängende Komponenten. Diese werden unter den Gesichtspunkten des Körpers, des Individuums und der Gesellschaft eingeteilt: Körperstrukturen und -funktionen (worunter auch geistige und seelische Funktionen zu sehen sind), Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe = Einbezogenheit in eine Lebenssituation wie z.B. Beruf, Familienleben, Freizeit) sowie Kontextfaktoren (umweltbezogene und personbezogene). Kontextfaktoren sind fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt, aber auch Einflüsse der Person selbst. Es handelt sich daher um ein umfassendes bio-psycho-soziales Modell. Die ICF erweitert somit die Klassifikation von Krankheiten (ICD) um den Bereich Auswirkungen von Gesundheitsstörungen für das Individuum (Funktionsfähigkeit). Sie ist deshalb auch ein Instrument zur Planung von Rehabilitation (Benennung von Rehabilitationszielen) und deren Ergebnisbewertung. Bereits im Jahre 2000 konnte für 6 Kliniken der damaligen AHG, u.a. die damalige AHG Klinik Wilhelmsheim dargestellt werden, dass die dort erbrachten therapeutischen Leistungen zu einem hohen Anteil die 8 Aktivitätskapitel und die 9 Partizipationskapitel der ICDH-2-Beta-2, der Vorläuferversion der ICF, adressieren (Zemlin et al., 2000). Alle therapeutischen Leistungsbereiche weisen demnach sinnvolle und charakteristische Bezüge zur ICDH-2 auf.

In der Klinik werden schon bei der Aufnahme durch Arzt und Therapeut, aber auch im Verlauf, Schädigungen und Beeinträchtigungen von Körperstrukturen und -funktionen erfasst und hieraus resultierende Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe beurteilt. Gemeinsam mit dem Patienten werden gezielt für diese Bereiche Rehabilitationsziele erarbeitet und benannt. Hierfür dient auch die Indikationskonferenz, wo in der ersten Phase der Therapie mit dem Patienten individuell indikative Gruppen festgelegt werden, sowohl für den somatischen als auch den mentalen Bereich.

Einen Schwerpunkt bilden Einschränkungen der Teilhabe im beruflichen Bereich. Sollte sich hier sozialmedizinische Relevanz bei der Beurteilung des Leistungsvermögens ergeben, dann soll die Mini-ICF-APP zum Einsatz kommen. Die therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden für die Verwendung entsprechend geschult.

4.3.3. Rehabilitationsziele nach BORA-Zielgruppen

4.3.3.1. Beschreibung der BORA-Zielgruppen

Rehabilitanden in Arbeit

Hierzu zählen Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige, Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (LTA):

BORA-Zielgruppe 1:

Diese Gruppe umfasst Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen. Diese Patientengruppe kehrt nach Beendigung der medizinischen Rehabilitation wieder zu den bisherigen Bedingungen ohne gravierende Leistungseinschränkungen an den alten Arbeitsplatz zurück. Hierzu zählen Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige, Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (LTA).

BORA-Zielgruppe 2:

Diese Gruppe umfasst Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Dies können Patienten sein, die wieder an ihren erhaltenen Arbeitsplatz zurückkehren, wobei aus verschiedenen Gründen eine Änderung der Arbeitsbedingungen oder eine Umsetzung innerhalb des Unternehmens angezeigt ist, oder Patienten, bei denen eine Fortsetzung der beruflichen Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber aus medizinischen oder therapeutischen Gründen nicht realisierbar erscheint und die einen neuen, leistungs- und leidensgerechten Arbeitsplatz benötigen.

Rehabilitanden ohne Arbeit

Bei vorliegender Arbeitslosigkeit zu Rehabilitationsbeginn ist es wegen der unterschiedlich ausgeprägten Entstrukturierungsfolgen bei Abhängigkeitserkrankungen möglich, zwischen Kurzzeit- und Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden, weil die Rehabilitanden hinsichtlich ihrer erwerbsorientierten Restrukturierungserfordernisse unterschiedliche therapeutische Interventionen benötigen:

BORA-Zielgruppe 3:

Diese Gruppe umfasst arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III, d.h. Patienten im Bezug von Arbeitslosengeld 1 (ALG I). Auch Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden, zum Beispiel durch die Beendigung eines befristeten Arbeitsvertrages, Auflösungsvertrag o.ä. werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Hierbei handelt es sich um Patienten, die als grundsätzlich vermittelbar gelten, da sie z.T. erst kurz vor Beginn oder im Verlauf der stationären Behandlung arbeitslos geworden sind. Diese Patientengruppe verfügt in der Regel über aktuelle berufliche Qualifizierungen und es liegen keine gravierenden körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen vor.

Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse aussteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4:

Diese Gruppe umfasst Nicht-Erwerbstätige und arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II, die sich somit formal im Bezug von Arbeitslosengeld 2 (ALG II) befinden. Diese Patientengruppe ist seit mehr als einem Jahr nicht mehr in das Erwerbsleben integriert, verfügt über diverse Vermittlungshemmnisse wie mangelhafte oder fehlende formale Qualifikationen, gravierende soziale Einschränkungen oder sozialmedizinisch relevante körperliche und/oder psychische Einschränkungen und zeigt Bedarf an vermittlungsunterstützenden Hilfen.

BORA-Zielgruppe 5:

Hierzu zählen zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, befristet berentete Patienten und sonstige nichterwerbstätige Rehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Bei folgenden Patientengruppen besteht in der Regel kein Bedarf an Maßnahmen zur beruflichen Reintegration:

- Altersruhegeldempfänger
- Patienten, die eine unbefristete Erwerbsunfähigkeitsrente erhalten und für die eine berufliche Tätigkeit von wirtschaftlichem Wert dauerhaft nicht mehr in Betracht kommt
- Hausfrauen/-männer, die aufgrund ihrer familiären Situation einen Eintritt ins Erwerbsleben auf absehbare Zeit nicht anstreben

4.3.3.2. Bedarfsgerechte Zielplanung nach BORA

BORA-Zielgruppen 1 und 2:

Bei Patienten, die an ihren bisherigen Arbeitsplatz zurückkehren bzw. bei denen eine betriebsinterne Umsetzung angezeigt ist, ist das primäre Ziel die Vorbereitung auf die Wiederaufnahme der Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz, ggf. unter geänderten Bedingungen, und die Verhinderung von Arbeitslosigkeit.

Ist eine Rückkehr an den bisherigen Arbeitsplatz und ggf. die Schaffung eines Ersatzarbeitsplatzes im Sinne einer innerbetrieblichen Umsetzung nicht möglich, so dass eine Trennung vom bisherigen Arbeitgeber unvermeidbar ist, bildet die Reintegration in den Arbeitsmarkt, d.h. ggf. eine berufliche Neuorientierung und die Vorbereitung der Stellensuche nach einer realistischen berufsbiografischen Potentialanalyse den Schwerpunkt der Intervention.

BORA-Zielgruppen 3, 4, 5:

Bei den grundsätzlich vermittelbaren Patienten der BORA-Zielgruppe 3 ergeben sich die Behandlungsziele aus den i. d. Regel verfügbaren aktuellen Berufserfahrungen und beruflichen Qualifizierungen.

Es liegen keine wesentlichen berufsbezogenen körperlichen, psychischen oder sozialen Einschränkungen vor und das Ziel der Interventionen ist die baldige Reintegration und Vermittlung in den ersten Arbeitsmarkt, sodass die Stellensuche, evtl. unterstützt durch ein Bewerbungscoaching, unmittelbar vorbereitet werden kann. Bei den Patienten, die nicht ohne weiteres als vermittelbar eingestuft werden, hierzu gehören Rehabilitanden der BORA-Zielgruppen 4 und 5, ist das vorrangige Ziel die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bezogen auf das konkrete Berufsziel, die Beseitigung von Vermittlungshemmnissen und der Aufbau bzw. die Stabilisierung der Motivation, eine berufliche Integration anzustreben. Dies kann zur Zielerreichung auch die Vermittlung in Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes bedeuten und/oder kann durch externe betriebliche Belastungserprobungen, die eine aktuelle berufliche Referenzerfahrung ermöglichen, unterstützt werden.

4.3.3.3. Spezielle Rehabilitationsziele für Arbeitslose (BORA-Zielgruppen 3-5)

Wie kann die medizinische Rehabilitation in der Fachklinik einen Beitrag zur schnelleren und besseren beruflichen Teilhabe leisten und die weitergehende Betreuung durch Job-Center und Arbeitsagenturen im Vorfeld unterstützen und vorbereiten? Was ist durch bessere Vernetzung erreichbar? Unter diesen Fragestellungen wurde in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim das ‚Jobinitiative-Programm‘ für arbeitslose Suchtkranke entwickelt, das Zielsetzungen verfolgt (vgl. Zemlin, Bornhack und Nickl, 2008), in denen sich in einer von der ICF inspirierten Denkweise explizit die BORA-Zielsetzungen für die BORA-Zielgruppen 3, 4 und 5 widerspiegeln:

• Berufsbiografische Kompetenzbeschreibung und Potentialanalyse

Da im Zusammenhang mit der – und verursacht durch – die Suchterkrankung bei den Patienten häufig unzureichende berufliche Ausbildungsvoraussetzungen, häufige Stellenwechsel und unterbrochene Erwerbsbiografien vorliegen und dies insgesamt die berufliche Reintegrationsper-



spektive erschwert, ist es zunächst von vorrangiger Bedeutung, die individuellen beruflichen und lebenssituationsbezogenen Voraussetzungen zu erheben und mit Blick auf ihre berufliche Verwertbarkeit zu ordnen.

- **Hinführung zur Auseinandersetzung mit den Arbeitsmarktanforderungen**

Ein Teil der arbeitslosen Klientel hat, ebenfalls bedingt durch die Suchterkrankung, die Auseinandersetzung mit der Entwicklung und Veränderung der Anforderungen des Arbeitsmarktes versäumt oder aufgegeben, so dass häufig diffuse oder unrealistische Einschätzungen der persönlichen Beschäftigungsfähigkeit zu konstatieren sind. Zur Präzisierung und Korrektur bedarf es einerseits aktueller Informationen über Bedingungen regionaler Arbeitsmärkte und der Bestimmungen im Bereich der Arbeitsverwaltung, andererseits ist von vorrangiger Bedeutung:

- **Herstellen eines Bewusstseins über die persönliche Beschäftigungsfähigkeit**

Dies setzt eine differenzierte Auswertung der eigenen beruflichen Kenntnisse und Erfahrungen und ein Bilanzieren von individuellen berufsbezogenen Stärken und Defiziten voraus. Dabei kann auch eine im Rahmen eines betrieblichen Praktikums erworbene Referenzerfahrung hilfreich sein, die eigenen Potentiale einzuschätzen und mit den Anforderungen des Erwerbslebens zu vernetzen.

- **Erarbeiten bzw. Vorbereiten von möglichen Integrationsansätzen**

Auf der Grundlage der berufsbiografischen Potenzialanalyse und einer fundierten Einschätzung der Beschäftigungsmöglichkeiten müssen geeignete Vorgehensweisen geplant werden, die einen Zugang zu Beschäftigungsmöglichkeiten öffnen, z.B. durch geeignete Bewerbungstechniken und/oder einen niedrigschwelligen Zugang zu Beschäftigung z.B. über Praktika oder Zeitarbeit.

- **Fördern einer positiven Orientierung**

Langfristig mit ausschlaggebend für erfolgreiche Bewerbungen ist ein kontinuierliches persönliches Engagement. Grundlage dafür ist eine positive Einstellung zur Erwerbsarbeit, eine stabile Motivation bei der Arbeitssuche auch angesichts der zu erwartenden Frustrationen bei der Stellensuche sowie die erforderliche Frustrationstoleranz, um den „Marathonlauf“ bei der Stellensuche durchzuhalten, einschließlich der Fähigkeit, Misserfolge nicht der eigenen Unfähigkeit zu attribuieren.

- **Förderung von Eigeninitiative**

Da die Arbeitsverwaltung derzeit nur eingeschränkt in der Lage erscheint, eine effiziente Stellenvermittlung für Langzeitarbeitslose mit mehreren Vermittlungshemmnissen in einen ohnehin sehr begrenzten Stellenmarkt zu gewährleisten, ist vor allem Eigeninitiative gefragt. Dazu gehört das Wissen um den Zugang zu Stellenangeboten, Initiative zur Nutzung informeller Informationskanäle, Mut zur Initiativbewerbung und die Kompetenzen zur Selbstvermarktung.

- **Persönliche Alternativen zur Erwerbsarbeit im Sinne einer sinnerfüllten Teilhabe am Leben außerhalb einer Erwerbstätigkeit**

Angesichts der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen muss davon ausgegangen werden, dass viele Patienten auch bei stabilem Engagement ohne Erwerbsarbeit bleiben. Für diese Gruppen wird es vorrangig wichtig sein, sich auch von der Erwerbsarbeit unabhängige Quellen von Sinnerfüllung und sozialer Anerkennung zu erschließen. Dies setzt eine sorgfältige Analyse der persönlichen Neigungen und der sozialen Bezüge voraus.

- **Rückfallprävention**

Da Arbeitslose nach den Ergebnissen der ARA-Studie (Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P, 2008) in erheblich höherem Maße rückfallgefährdet sind als Erwerbstätige, muss besonderer Wert auf die Vermittlung von Rückfallpräventions- und Rückfallbewältigungskompetenzen gelegt werden. Dabei sind neben den bewährten Trainingsinhalten (vgl. z.B. Körkel u. Schindler, 2003; Körkel, 1998) die mit der Arbeitslosigkeit verbundenen Motivationskrisen und Lebensprobleme besonders zu berücksichtigen (vgl. Körkel, 2008).

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer in allen Programmen ist – mit Ausnahme der Spezialisierung Alkohol- plus Drogenabhängigkeit (A+) – budgetiert und kann – bei Einhaltung des Gesamtbudgets – nach Indikation verkürzt oder verlängert werden.

Übersicht über die stationäre Rehabilitationsdauer in den Behandlungsprogrammen		
Behandlungsprogramm	Spezialisierung	Dauer
Individualisierte Langzeitbehandlung (A+M)	-	15-16 Wochen
	Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit plus Drogenabhängigkeit (A+)	20 Wochen
	Wiederholer-/Auffangbehandlung	8-15 Wochen
	Junge Erwachsene	15-16 Wochen
	AGIL (Senioren)	8-15 Wochen
	Pathologische Glücksspieler mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit	12 Wochen 15 Wochen
Kurzzeitbehandlung	-	8 Wochen
Kombibehandlung	-	8 Wochen

Tabelle 2: Übersicht über stationäre Behandlungsdauern

Die Behandlungsdauer richtet sich grundsätzlich nach dem Bewilligungsbescheid des zuständigen Leistungsträgers und soll dabei die Rahmenbedingungen unseres jeweiligen Behandlungsprogrammes berücksichtigen. Bei Abweichungen der Kostenzusage von unseren im Therapiekonzept ausgewiesenen Behandlungsdauern behalten wir uns vor, die jeweils notwendige Behandlungsdauer über schriftliche/fernmündliche Absprache mit

dem zuständigen Leistungsträger oder über einen Antrag auf Budgetwechsel beim Leistungsträger an unseren Behandlungsrahmen anzupassen. In Einzelfällen kann beim zuständigen Leistungsträger eine Budget neutrale Verlängerung der Behandlungsdauer beantragt werden.

Bei besonderen Problemlagen, z. B. bei Langzeitarbeitslosigkeit, Fehlen jeglicher sozialen Stützfaktoren oder bei erheblichen komorbiden Störungen aus dem Bereich der F-Diagnosen behalten wir uns vor auch bei Langzeitpatienten statt der üblichen Nachsorge eine nahtlos anschließende ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung zu beantragen.

Wenn eine Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit und zusätzlich eine Drogenabhängigkeit besteht, kann aufgrund der zusätzlichen Behandlungsbedarfe eine Behandlungsdauer von 20 Wochen in Anspruch genommen werden.

Insbesondere bei jungen Erwachsenen mit Alkohol bzw. Medikamentenabhängigkeit plus Drogenabhängigkeit wird es aufgrund eines frühen Einsetzens der Abhängigkeitsproblematik und der damit zusammenhängenden gravierenden Sozialisationsdefizite notwendig sein, die Behandlungsdauer von 20 Wochen zu nutzen.

Die tatsächliche individuelle Behandlungsdauer richtet sich nach der Schwere der Gesamtproblematik und den individuellen Therapieverläufen im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele. Im Langzeitprogramm wird dies nach unserem Indikationsprozedere der selektiven, adaptiven und interkurrenten Indikation bestimmt (siehe 4.5.). In der Kurzzeit- und Kombibehandlung erfolgt die Überprüfung der selektiven Indikation im Rahmen der Auswertung der diagnostischen Ergebnisse in den ersten 2 Behandlungswochen. Der Rehabilitand wird im Rahmen der dafür notwendigen Diagnostik, der Rückmeldung der diagnostischen Ergebnisse und deren Implikation für die Behandlungsplanung in Indikationskonferenzen und Einzelgesprächen grundsätzlich einbezogen. Wenn keine Übereinkunft zwischen der Klinik und dem Rehabilitanden hinsichtlich der notwendigen Behandlungsdauer erzielt werden kann, behalten wir uns vor, die Behandlung vorzeitig zu beenden.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

Grundlage der individuellen Behandlungsplanung ist die medizinische Abklärung, die Diagnostik der Suchtproblematik und komorbider psychischer Störungen sowie der psychosozialen Probleme, die bereits in der Aufnahmewoche einsetzt, interkurrent im weiteren Behandlungsverlauf fortgeführt wird und mit der Abschlussdiagnostik in der letzten Behandlungswoche endet.

Anhand der somatischen und psychischen Symptome und der dadurch bedingten Funktionsstörungen werden unmittelbar nach der Aufnahme bis zur Indikationskonferenz in der 3. Behandlungswoche die konkreten individuellen Rehabilitationsziele mit dem Patienten vereinbart, wie auch die therapeutischen Maßnahmen, wodurch diese Ziele zu erreichen sind. Diese werden im Rahmen der nachfolgenden Teambesprechungen regelmäßig evaluiert.

Das Vorgehen im Einzelnen gestaltet sich wie folgt:
Medizinische Diagnostik und ICF-basiertes Rehabilitationsmanagement

Sie umfasst die routinemäßige Anamneseerhebung und die Aufnahmeuntersuchung am ersten Tag der Behandlung einschließlich Routine-Labordiagnostik und Routine-EKG, sowie im Verlauf individuelle, spezifische Maßnahmen zur diagnostischen Abklärung wie Belastungs-EKG, Sonographie, Dopplersonographie, Spirometrie und Medikamenten- bzw. Drogenscreenings. Am Ende der Rehabilitation erfolgt die Entlassuntersuchung einschließlich der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung. Die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten ergänzt die Diagnostik bei allen wichtigen medizinischen Fragestellungen.

In den ersten drei Tagen nach Aufnahme findet darüber hinaus eine psychiatrische Aufnahmevisite statt, die bei Indikation durch weitere psychiatrische Termine ergänzt wird, die sowohl Diagnostik, Beurteilung des psychischen Leistungsvermögens als auch Therapie umfassen können.

Das RMK-Assessment

12 Seiten/34 Fragen/220 Items

Substanzbezogene Dimension

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Alkohol-Abstinenz-Selbstwirksamkeits-Erwartung (AASE- Versuchung)
- Anzahl vorangegangener Entzugsbehandlungen

Psychische Dimension

Psychische Symptomatik	Persönliche Ressourcen
- Trait-Angst (STAI-X2)	- Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartungen (SWE)
- Schwere der Depression (BDI-II)	- Aktive Copingstrategien (COPE)
- Klinische Symptome (SCL-90/SCL-9)	- Lebenszufriedenheit (SOEP-Item)

Soziale Dimension

Erwerbsproblematik	Soziale Unterstützung
- Alter und Arbeitslosigkeit	- Praktische Unterstützung
Arbeitsbezogenes Erleben und Verhalten	und Emotionale Unterstützung (F-SozU)
- Erfolgserleben im Beruf und	
Offensive Problembewältigung (AVEM)	

3

CHARITÉ UNIVERSITÄT MEDIZINISCHES KLINIKUM

Verordnungsgymnastik und Grundlagen der Qualitätssicherung in der Rehabilitation

Abbildung 2: RMK-Assessment



In Anlehnung an die ICF-Konzepte wird in unserer Klinik im medizinischen Bereich das ICF-basierte Rehabilitationsmanagement (Reinert, 2014) eingesetzt, unter dem übergeordneten Rehabilitationsziel der Verbesserung der Partizipation/Teilhabe insbesondere im Beruf mit Erhalt/Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit.

Diagnostik der psychischen und psychosozialen Probleme

Nach dem psychotherapeutischen Erstgespräch am Aufnahmetag findet in den darauffolgenden zwei Tagen eine umfassende Anamnese statt, der sich suchtspezifische und klinische Analysen anschließen. In der ersten Woche findet das RMK-Assessment (Spyra K et al., 2011) statt, eine umfassende Computer gestützte Selbsteinschätzung des Patienten, die sowohl das Suchtverhalten als auch behandlungsrelevante bio-psycho-soziale Parameter erhebt und etablierte Instrumente (SCL-90-R (Franke, 2002), BDI-II (Hautzinger et al., 2006), AASE (DiClemente et al., 1994), AVEM (Schaarschmidt, Fischer, 1996, 1997), STAI (Laux et al., 1981), AUDIT (Rumpf et al., 2001), SWE (Schwarzer u. Jerusalem, 2002), F-SozU (Fydrich et al., 1999) enthält. Dessen Ergebnisse werden nach einem EDV-hinterlegten Algorithmus in einem Ergebnisbogen zusammengefasst und im Einzelgespräch durch den Bezugstherapeuten mit dem Patienten besprochen. Ergänzend dazu werden weitere psychologische Fragebogenverfahren per PC-gestützter Diagnostik eingesetzt und die Ergebnisbögen dem Gruppentherapeuten zur Behandlungsplanung zur Verfügung gestellt.

Begleitend erfolgt eine umfassende Verhaltensanalyse sowie die Analyse familiärer und sonstiger Systembedingungen. Bei entsprechendem Verdacht findet im Verlauf aufgrund der Zu-

sammenschau von Anamnese, Fremdanamnese, Soziobiographie und Verhaltensbeobachtung eine individualisierte Persönlichkeitsdiagnostik, kognitive Leistungsdiagnostik bzw. neuropsychologische Diagnostik statt.

Die Sozialanamnese erhebt u.a. die Berufs- und Ausbildungssituation, die wirtschaftliche Absicherung, Renten- und Versicherungsfragen und die Wohnsituation. Durch eine weitere soziotherapeutische Abklärung werden Probleme und Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz identifiziert, die Voraussetzungen für berufliche Reintegrationsmaßnahmen untersucht und direkte berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen sondiert. Ergänzend zum beschriebenen Vorgehen im medizinischen, psychiatrischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Bereich setzen wir das Mini-ICFAssessment ein.

Behandlungsplanung im individualisierten Programm

Die Behandlungsplanung im individualisierten Programm wird unterstützt durch die systematisierte Selbsteinschätzung des Patienten entlang des RMK-Assessments, dessen Ergebniszusammenfassung Vorschläge für die Behandlungsplanung enthält als auch durch ein interdisziplinär abgestimmtes strukturiertes klinikinternes Verfahren, das Inventar zur Therapieplanung für Alkohol- und Medikamentenabhängige – ITA (Zemlin, Missel, Deichler, Schend, Schreiber, Kolb, 2008), das die Befunderhebung und -gewichtung im Sinne eines Expertenratings anleitet und zu Vorschlägen für Behandlungsinhalte und Behandlungsdauer führt. Auf diese Weise werden systematisch Patienten-Selbsteinschätzung und Experten-Einschätzung zusammengeführt.

Die Befunderhebung des ITA erfolgt entlang der folgenden diagnostischen Bereiche bzw. Skalen und wird durch den Bezugstherapeuten und den Bezugsarzt durchgeführt:

- **Abstinenzfähigkeit, Schwere der Abhängigkeit und Rückfallbewältigungskompetenz**

Diese Skala beinhaltet Items, die überwiegend im Sinne der sozialkognitiven Rückfalltheorien Gegenstand der Therapie Abhängigkeitskranker sind sowie Items zur Schwere der Abhängigkeit, die gleichzeitig Zielbereiche der Behandlung definieren.

- **Berufliche (Re-)Integration**

Die Skala beinhaltet eine Einschätzung therapie-relevanter Sachverhalte zum Bereich Erwerbstätigkeit/Arbeitslosigkeit und damit zu einem zentralen Zielbereich der medizinischen Rehabilitation.

- **Soziale Probleme und eingeschränkte soziale Partizipation**

Dieser Bereich erhebt soziale Probleme, die in der Behandlung berücksichtigt werden müssen, weil sie entweder den Reha-Auftrag direkt oder indirekt betreffen und die zusätzliche therapeutische Ressourcen binden.

- **Behandlungsrelevante fördernde und hemmende Faktoren des sozialen Umfelds**

Dieser Bereich umfasst Umfeldfaktoren, die den Behandlungsauftrag im Sinne fördernder oder hemmender Faktoren tangieren sowie Partizipation an familiären und anderen sozialen Kontakten.

- **Entwicklungsstörungen/suchtbedingte Sozialisationsdefizite**

Hier werden therapierelevante Sachverhalte im Sinne von Entwicklungsstörungen aufgeführt, die bei der Behandlungsplanung besonders berücksichtigt werden müssen, aber nicht unmittelbar rehabilitationsrelevante Sachverhalte repräsentieren.

- **Abstinenz- und reintegrationsrelevante psychosoziale Ressourcen und Kompetenzen**

Hier werden psychosoziale Kompetenzen aufgelistet, denen in Bezug auf die Suchterkrankung, aber auch auf weitere psychische Störungen eine Art präventive Schutzfunktion zugesprochen werden kann.



- **Psychische Komorbidität**

Die wichtigsten komorbiden psychischen Störungen werden hier erhoben und in ihrer Auswirkung auf die Behandlungsdauer gewichtet.

- **Körperliche Begleit- und Folgeerkrankungen**

Hier werden unmittelbar zum Rehabilitationsauftrag gehörende somatische Erkrankungen, häufig Folgeerkrankungen der Sucht, aber auch rehabilitationsrelevante weitere körperliche Beeinträchtigungen erhoben. Diese werden im Dokumentationsbogen unseres ICF-basierten Rehabilitationsmanagement erfasst.

Alle Befunde werden gewichtet und fließen in ein strukturiertes Entscheidungsverfahren zur Auswahl geeigneter Behandlungsmaßnahmen und der notwendigen Behandlungsdauer ein, das in Kombination mit dem ärztlicherseits verantworteten ICF-basierten Rehabilitationsmanagement und den Ergebnissen des RMK-Assessments zu einer initialen therapeutischen und ärztlichen Behandlungsplanung führt, die wiederum dem Patienten in der Indikationskonferenz vorgestellt wird. Die Indikationskonferenz erfolgt im Langzeitprogramm in der dritten Woche bzw. in der Kurzzeit- und Kombibehandlung in der zweiten Woche. Gemeinsam mit dem Patienten werden hier die aus den Befunden hervorgehenden Behandlungsmaßnahmen diskutiert und vereinbart, aus deren Gesamtheit schließlich ein individualisierter Behandlungsplan resultiert, der die weitere Rehamasnahme steuert. Dieser Behandlungsplan kann interkurrent ergänzt, ausdifferenziert oder korrigiert werden, wenn weitere diagnostische Befunde dies notwendig machen oder Behandlungen nicht den erwarteten Verlauf nehmen.

Behandlungsplanung im Kurzzeit- und Kombiprogramm

Die Behandlungsplanung im Kurzzeit- und Kombiprogramm wird – wie auch im individualisierten Programm – durch die Anamnese, Diagnostik, Verhaltensbeobachtung und die Selbsteinschätzung des Patienten entlang des RMK-Assessments fundiert. Der Therapeut wertet diese Informationen integrierend aus und bespricht auf dieser Basis mit dem Patienten gemeinsam die indizierten Behandlungsmaßnahmen. Diese Bedarfseinschätzung wird ergänzt durch ein Genogramm, das bereits bei der Aufnahme des Patienten, möglichst auf der Grundlage eines ersten Familiengesprächs, erstellt wird.

Dabei wird – auf dem familialen Hintergrund – eruiert, welchen Sinn ein Muster in einem Gesamtgefüge einer Herkunftsfamilie hat, wie sich eine therapeutische Induktion auf dessen Stabilität auswirken würde, welche Konflikte dem Erhalt eines Problemsystems dienen und welche Ressourcen des Systems genutzt werden können, um dem veränderungsbereiten Patienten zu einer angemessenen – seiner Individuation förderlichen – Entwicklung zu verhelfen? In diesem Zusammenhang wird zu klären versucht, mit welchen Widerständen des Hintergrunds-Systems zu rechnen ist und wie ein Klient auf solche Widerstände vorbereitet werden kann. Genogramme liefern somit Informationen, ob eine therapeutisch angestrebte Einstellungs- bzw. Verhaltensänderung im familiären oder sonstigen Kontext Bestand haben kann und zur Problemlösung beiträgt. Das ist besonders wichtig bei der Antizipation von Rückfall-Prozessen. Die Auswahl von Behandlungsmaßnahmen, z.B. indikativer Gruppen sollte also dieser Kontextbezogenheit Rechnung tragen.

So kann die Behandlungsplanung in der Kurzzeit- und Kombibehandlung für den stationären Teil der Behandlung bereits in der zweiten Woche erfolgen, um die kurze Behandlungsdauer von 8 Wochen für die individuell indizierten Behandlungsmaßnahmen und die systemisch induzierte Perspektiven-Anreicherung nutzen zu können.

4.6. Rehabilitationsprogramm

Die Klinik bietet bei insgesamt 212 stationären Behandlungsplätzen folgende Behandlungsschwerpunkte an:

1. Individualisierte Langzeitbehandlung mit folgenden Spezialisierungen

- Wiederholer- und Auffangbehandlung
- Behandlung psychischer Komorbidität
- Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit plus Drogenabhängigkeit (A+)
- Seniorenbehandlung (AGIL-Gruppe)
- Junge Erwachsene
- Behandlung von pathologischen Glücksspielern mit/ohne Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit

2. Kurzzeit- und stationäre Phase der Kombibehandlung (stationär-ambulant; stationär / ganztägig ambulant)

Tabelle 3: Behandlungsschwerpunkte

In allen Behandlungsprogrammen werden auch die üblichen komorbiden psychischen Erkrankungen (siehe dazu Punkt 4.2.) mitbehandelt. Damit bietet die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim im Verbund mit der MEDIAN AGZ Stuttgart alle in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorgesehenen Rehabilitationsprogramme für Alkohol- und Medikamentenabhängige und pathologische Glücksspieler mit Ausnahme der reinen ambulanten Rehabilitation sowie der Adaptionsbehandlung an. In beiden Einrichtungen werden Frauen und Männer ab 18 Jahren behandelt.

4.6.1. Individualisierte Langzeitbehandlung

Das individualisierte Langzeitprogramm mit Behandlungsdauern von 8 bis 20 Wochen, wird in 5 integrierten Wohn- und Therapiebereichen mit jeweils 22-46 Therapieplätzen für Frauen und Männer durchgeführt. Zu einem Therapiebereich gehören jeweils 2-4 Bezugsgruppen mit jeweils 10-12 Patienten. Ein Teil der Bezugsgruppen ist gemischt, mit möglichst gleichen Anteilen von Frauen

und Männern. Das individualisierte Behandlungsprogramm schließt auch die Rehabilitation pathologischer Glücksspieler in zwei spezialisierten Behandlungsgruppen ein.

Die individualisierte Langzeitbehandlung ist integrativ verhaltenstherapeutisch orientiert. In diesem therapeutischen Rahmen haben sich auch systemische, klientenzentrierte, körperorientierte, psychodramatische, hypnotherapeutische und imaginative Methoden bewährt und Eingang in unsere Arbeit gefunden. In den letzten Jahren haben wir – nach einer langen Phase der kognitiven Orientierung im Sinne der zweiten Welle der Verhaltenstherapie – zunehmend Methoden der dritten Welle der Verhaltenstherapie – in unsere Behandlung integriert (vgl. Kapitel 4.1.). Dazu zählen die Akzeptanz-Commitment-Therapie ACT (Hayes, 1999) und die Schematherapie (Young, 2003).

Die Behandlungsdauer ist im Rahmen einer 15-Wochen Budgetierung variabel. Sie basiert auf der Annahme, dass unterschiedliche Schweregrade der Abhängigkeit und unterschiedliche Problemkonstellationen und Behandlungsverläufe in individuellen Behandlungsplänen Berücksichtigung finden sollten. Die Behandlungsdauer wird in der Klinik festgelegt und soll so kurz wie möglich, aber so lange wie nötig sein. Die Behandlungsschwerpunkte werden nach sorgfältiger Diagnostik und Verhaltensbeobachtung in der Indikationskonferenz in einem individuellen Behandlungsplan berücksichtigt. Die Vorteile dieser individualisierten Behandlungsform liegen einerseits in der Vielfalt der Behandlungsangebote und andererseits in der Spezialisierung auf bestimmte Problemlagen, die besonders durch das Programm der indikativen Gruppen gewährleistet wird. Der Patient hat nach Vorgabe seines Behandlungsplans Gelegenheit, verschiedene solcher problemzentrierten Behandlungsangebote wahrzunehmen. Im Rahmen des individualisierten Programms können auch Patienten mit komorbiden Störungen (s.u.) mitbehandelt werden.

Einen Schwerpunkt bilden gezielte Maßnahmen zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und zur beruflichen Reintegration. Das Behandlungsprogramm folgt den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Reha-

bilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Es umfasst psychotherapeutische, medizinische, soziotherapeutische, sport- und bewegungstherapeutische sowie kunst- und gestaltungstherapeutische Methoden und orientiert sich dabei unter expliziter Berücksichtigung motivationaler Verläufe vor allem an der kognitiven und sozial-kognitiven Verhaltenstherapie bzw. der Selbstmanagement-Therapie, die die integrierende theoretische Basis in den Gruppentherapien und Einzeltherapien darstellen. Die Behandlung komorbider Störungen orientiert sich ebenfalls an den genannten verhaltenstherapeutischen Prinzipien. Im Rahmen des individualisierten Behandlungsprogramms besteht auch die Möglichkeit der erweiterten ganztägig ambulanten Entlassform, für Patienten, die von einem stufenweisen Übergang von der stationären zur ganztägig ambulanten Behandlung mit anschließender ambulanter Nachsorge profitieren. Hier ergänzen sich die stationäre und die ganztägig ambulante Behandlungsdauer zu der im Bewilligungsbescheid der DRV definierten Gesamtbehandlungsdauer. Auch eine ambulante Entlassform ist mit der DRV vereinbart. In diesem Fall findet eine direkte Überleitung aus der stationären Reha in die ambulante Reha statt. Der Umfang der ambulanten Reha muss im Verlauf der (verkürzten) stationären Reha beim Leistungsträger beantragt werden. Die Indikation für beide Entlassformen stellt die Fachklinik nach Abstimmung mit der weiterbehandelnden Einrichtung. In indizierten Fällen, d.h. wenn zur Erreichung der Rehaziele eine weitergehende (sucht-)therapeutische ambulante Reha-Behandlung indiziert ist, ist auch eine ambulante Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Rehabilitation möglich. Dies muss während der stationären Behandlung beim Leistungsträger beantragt werden.

4.6.2. Spezialisierungen im individualisierten Langzeitprogramm

Es stehen zusätzliche Spezialisierungen im Langzeitprogramm der Klinik zur Verfügung, die eine indikationsgeleitete Differenzierung der Behandlung Abhängigkeitskranker durch spezifische

Angebotsprofile im Sinne einer individualisierten Behandlungslogik gewährleisten soll (vgl. Zemlin, 1997; Missel u. Zemlin, 1994).

4.6.2.1. Wiederholer- und Auffangbehandlung

In der Wiederholer- und Auffangbehandlung wird mit besonderen Programmschwerpunkten auf Problemstellungen rückfälliger Patienten eingegangen. Die Behandlung wird entweder in einer spezifischen Bezugsgruppe oder im Rahmen des Kurzzeit- bzw. Individualisierten Programms durchgeführt. Wir entscheiden dies anhand der uns vorliegenden Aufnahmeunterlagen zum bisherigen Krankheitsverlauf. Die Dauer der Wiederholerbehandlung richtet sich nach den Budgetvorgaben der Leistungsträger und kann je nach Schwere der Problematik zwischen 8 und 15 Wochen dauern. Methodisch-inhaltliche Schwerpunkte sind Motivational Interviewing und Rückfallprävention nach dem S.T.A.R.-Programm (Körkel u. Schindler, 2003)

4.6.2.2. Behandlung psychischer Komorbidität

In den vergangenen Jahren wurde die Behandlung von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen kontinuierlich weiterentwickelt und findet hauptsächlich im Individualisierten Langzeitprogramm in einer Kombination von Einzeltherapie und indikativen Gruppentherapien statt. Zudem erfolgt bei Indikation eine weiterführende psychiatrische Diagnostik und ggf. eine psychopharmakologische Behandlung. Für die Behandlung der bei Alkoholkranken häufigen depressiven Störungen wurde eine indikative Gruppe ‚Depression‘ in das Behandlungsprogramm aufgenommen (vgl. 4.7.4.1.).

Für Frauen mit PTSD, häufig im Zusammenhang mit Missbrauchserfahrungen bzw. Gewalterfahrung bieten wir die indikative Gruppe ‚Selbstfürsorge für Frauen mit sehr belastenden Lebensereignissen und PTSD‘ an. Diese Gruppe wird unterstützt durch folgende weitere frauenspezifische Indikativgruppen: ‚Körperwahrnehmung für Frauen‘ und ‚Selbstbehauptung für Frauen‘ (vgl. 4.7.4.1.).

Fakultativer Bestandteil des Individualisierten Programms ist das Raucherentwöhnungsprogramm (vgl. Zemlin, Cabanis, Prexl-Mager, Stahl,

Burkhart, Herder u. Kolb, 1996), welches aus zwei indikativen Gruppen und einer Reihe von supportiven Maßnahmen besteht. In einer ‚Rauchfrei-Vorbereitungsgruppe‘ werden Raucher bei der Entscheidungsfindung auf dem Weg zur Abstinenz begleitet. Dabei werden die individuellen Risiken des Weiterrauchens analysiert, persönliche Hindernisse des Klienten, das Rauchen aufzugeben eruiert und positive Aspekte des Nichtrauchens aufgezeigt. Diese Maßnahme endet mit einer persönlichen Entscheidung für oder gegen die Nikotinabstinenz. In der ‚Rauchfrei-Stabilisierungsgruppe‘ werden Patienten, die sich zum Aufhören entschlossen haben, bei der Umsetzung der Abstinenz unterstützt. Atemgymnastik, Entspannungstechniken und Nikotinersatzmittel helfen bei der Umsetzung des Abstinenzvorhabens (vgl. Kröger, Flöter u. Piontek, 2007). Dieses intensivierte, aufeinander abgestimmte, Raucherentwöhnungsprogramm ist notwendig, weil alkoholabhängige Raucher als Problemgruppe in der Tabakentwöhnung angesehen werden können, die spezifischer zusätzlicher Unterstützung bedarf (siehe S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen: S. 208-223). 80 % der alkoholabhängigen Rehabilitanten sind auch tabakabhängig und beide Erkrankungen zusammen begründen ein signifikant erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Zudem weisen sie eine größere Schwere ihrer Tabakabhängigkeit und eine geringere Zahl an Abstinenzversuchen und erfolgreichen Entwöhnungsversuchen auf. Auch befinden sie sich seltener in Therapien gegen ihre Tabakabhängigkeit, sodass solche Therapien im Rahmen einer stationären Alkoholentwöhnungstherapie angeboten werden sollten. Die Klinik ist zur Unterstützung der gewünschten Rauchfreiheit – mit Ausnahme von definierten Raucherzonen außerhalb des Klinikgebäudes – rauchfrei.

4.6.2.3. Seniorenbehandlung (AGIL-Gruppe)

Um den besonderen Bedürfnissen älterer Abhängigkeitskranker Rechnung zu tragen, wurde eine altershomogene Bezugsgruppe für Patienten ab ca. 55 Jahren eingerichtet, die sich auf die speziellen Lebens Themen dieser Altersgruppe konzentriert, wie z.B. den Wegfall von Erwerbstätigkeit als Sinn-

und Strukturgebung, die verstärkte Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Einschränkungen, Krankheit und Tod, die Änderung familiärer Strukturen und die Einsamkeit. Auch die Adjuvanttherapien wie Sporttherapie und Kunsttherapie wurden auf die Voraussetzungen und Themen dieser Altersgruppe angepasst (Ackermann, Kolb, Zemlin, 2010). Die Seniorenbehandlung berücksichtigt in allen Modulen die alters- und störungsbedingten Voraussetzungen der Rehabilitanden.

4.6.2.4. Junge Erwachsene

Mit einer Bezugsgruppe für junge Erwachsene (Mindestalter 18 Jahre, Maximalalter 30 Jahre) tragen wir der Tatsache Rechnung, dass sich junge Erwachsene mit ihren spezifischen Lebenswelten und Lebensthemen in einer altershomogenen Gruppentherapie in ihren spezifischen Bedürfnissen besser berücksichtigt fühlen als in altersgemischten Bezugsgruppen. Dies bezieht sich auf die in dieser Altersgruppe häufigen Entwicklungsaufgaben, den häufigen Beikonsum von anderen Suchtmitteln als auch auf spezifische Sozialisationsdefizite aufgrund einer bereits in der Adoleszenz manifest gewordenen Suchtentwicklung. Suchtmittelabhängige junge Erwachsene sind in ihrer Vergangenheit oft belastenden und überfordernden Lebensbedingungen ausgesetzt worden. Häufig gab es ungünstige und wenig unterstützende Vorbilder (Elternteile waren abhängig, gewalttätig, vernachlässigend oder abwesend). Der frühe Beginn des Suchtmittelkonsums hat oft die Auseinandersetzung mit altersspezifischen Themen und Aufgaben be- oder verhindert (z.B. berufliche Orientierung, Erreichen eines ausgewogenen Verhältnisses zwischen Eigenständigkeit und Bindung, Verantwortungsübernahme für das eigene Leben, Entwicklung tragfähiger Bindungen). Wichtige altersspezifische Themen in dieser Bezugsgruppe sind häufig das Entwickeln eines eigenen Wertesystems, die Gestaltung des eigenen Lebens, der Partnerschaft, die berufliche Zukunftplanung, das Erlangen von Eigenständigkeit sowie Unabhängigkeit von den Eltern. Anstehende Lebensentscheidungen (u.a. berufliche, familiäre Zukunft) können in einer geschützten Atmosphäre überdacht werden.

4.6.2.5. Behandlung von pathologischen Glücksspielern

Das Behandlungsprogramm für pathologische Glücksspieler (Zemlin u. Kolb, 2009) orientiert sich an dem Vulnerabilitätsmodell von Petry (1996b, 2003), wonach bei pathologischen Glücksspielern eine innere Bedürftigkeit nach Selbstwertsteigerung, Gefühlsabwehr und distanzierter Beziehungsgestaltung in der Glücksspielaktion eine unmittelbare Ersatzbefriedigung findet. Dieser integrative Ansatz, der sowohl suchttheoretische wie psychodynamische Ansätze integriert, legt dem Störungsbild ein triadisches Bedingungsmodell von Selbstwertproblematik, Gefühlsdysregulation und Beziehungsstörung zugrunde. Hieraus wurde ein multimodaler Behandlungsansatz entwickelt. Dieser verbindet die symptomatische Behandlung im Rahmen suchttherapeutischer, nicht konfrontativer Abstinenzmotivierung (Miller u. Rollnick, 2005) und Methoden der sozialkognitiven Rückfallprävention (Marlatt u. Donovan, 2005) mit Methoden der kognitiven Therapie süchtigen Verhaltens (Beck et al., 1997). Mitbehandelt werden des Weiteren die zugrunde liegende schwere Selbstwertproblematik und die korrespondierenden Störungen der Gefühlsregulation und Beziehungsbildung mittels einzel- und gruppentherapeutischer Verfahren, die behaviorale, körperbezogene und gruppendynamische Elemente umfassen.

4.6.3. Kurzzeit- und Kombibehandlung

Die 8-wöchige Kurzzeitbehandlung sowie die dem Kurzzeitbereich angegliederte 8-wöchige Kombibehandlung erfolgen in einem Therapiebereich mit 33 Therapieplätzen für Frauen und Männer, aufgeteilt in drei gemischte Bezugsgruppen. Die 8-wöchige Kombibehandlung ist Teil der kombinierten stationär/ambulanten Kombinationsbehandlung. Ebenfalls zum Kurzzeitbereich gehört die stationär/ganztägig ambulante Kombinationsbehandlung.



4.6.3.1. Kurzzeitbehandlung

Die Kurzzeitbehandlung ist als verdichtete Behandlung von 8 Wochen Dauer konzipiert (die in Einzelfällen verlängert werden kann) und integriert systemische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen (vgl. Thau, 1996; Zemlin, Thau, Herder, Bürgel, Pinocy, Schopf u. Schreiber, 1999; Thau u. Zemlin, 1997; Lieb, 1995). Der inhaltliche Schwerpunkt der Behandlung liegt in der Bearbeitung der Abhängigkeitsproblematik und der Aktivierung der sozialen Systeme, in die der Patient eingebunden ist. Verhaltenstherapeutische Auffassungen und Herangehensweisen werden in der Kurzzeitbehandlung um systemische Dimensionen ergänzt: die funktionale Verhaltensanalyse wird um eine Sinn-Rekonstruktion des Problemverhaltens unter den Aspekten Delegation und Loyalität erweitert; neben die Analyse von Reiz- und Verstärkerbedingungen und Verhaltenskontingenzen treten das Verstehen von und die Auseinandersetzung mit familialen Regeln, Traditionen und Tabus; individuelles Coping wird auf seine systemische Passung überprüft; Verhaltensänderung wird unter dem Aspekt der Entwicklungsaufgabe in einem System transparent.

Wenn in der Verhaltenstherapie der Aufbau von in der Problemanalyse als notwendig erkannten Kompetenzen fokussiert wird, dann strebt die systemische Therapie die Anregung einer erweiterten Selbstorganisation an. Aufgrund der kurzen Behandlungsdauer fokussiert die Behandlung auf die Ressourcen des Klienten bzw. Klientensystems, versucht in erster Linie die brachliegenden Kräfte des Klienten zu mobilisieren und zu nutzen, stimuliert Lösungen und bereitet ihre Umsetzung vor. Dem Klienten wird verstärkt Gelegenheit gegeben, eigene Anstrengungen anhand bereits vorhandener oder therapeutisch induzierter Verhaltensmöglichkeiten zu unternehmen. Die lösungsorientierte Bearbeitung von Problemen berücksichtigt und fördert die Bereitschaft des Klientensystems von Problemsichtweisen zu Lösungssichtweisen zu

kommen und neue Regeln des Handelns zu vereinbaren. Die Kurzzeitbehandlung kann die gesamte Breite therapeutischer Angebote der MEDIAN Klinik nutzen, konzentriert sich dabei aber auf die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung in ihren systemischen Bezügen. Um die Vorteile vorhandener sozialer Integration zu nutzen, kommt gerade der therapeutischen Arbeit mit den engsten Bezugspersonen eine besondere Bedeutung zu. Einen Schwerpunkt bilden daher familientherapeutische Maßnahmen wie Familiengespräche und Systemaufstellungen (von Familien, Arbeitsplätzen und anderen Beziehungsnetzen).

4.6.3.2. Stationär/ambulante Kombibehandlung

Die stationär/ambulante Kombibehandlung (vgl. Zemlin, 1999) besteht aus einer 8-wöchigen stationären Entwöhnungstherapie in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, an die sich nahtlos eine 6- bis 12-monatige ambulante Behandlungsphase in anerkannten ambulanten Rehabilitationseinrichtungen anschließt. Seit Juni 2005 haben wir unsere Kombibehandlung nach dem konzeptuellen Verständnis unseres Kurzzeitprogramms in dieses integriert. Im Dezember 2005 wurde dafür eine dritte Gruppe dem Kurzzeit-Bereich zugeordnet, in der speziell Kombi-Patienten behandelt werden. Aufgrund der gestiegenen Nachfrage nach Kombibehandlungen, die durch eine Bezugsgruppe nicht mehr gedeckt werden kann, behandeln wir mittlerweile in allen drei Bezugsgruppen sowohl Kombi- als auch Kurzzeitpatienten. Die Intensität, mit der der zuständige Bezugstherapeut mit den nachbehandelnden ambulanten Bezugstherapeuten Kontakt aufnimmt, wurde beträchtlich erhöht. Die Kombibehandlung ist auch als stationär/ganztägig ambulante Kombibehandlung im Verbund mit unserer Tagesklinik in Stuttgart möglich. In allen Behandlungsprogrammen werden auch die üblichen komorbiden psychischen Erkrankungen (siehe dazu Punkt 4.2.) mitbehandelt.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1. Aufnahmeverfahren

Das medizinische und therapeutische Aufnahme-procedere in der individualisierten Langzeitbe-handlung, der Kurzzeit- und Kombibehandlung wird differenziert und umfassend in den Abbildun-gen 1 bis 3 im Anhang operationalisiert.

Die ärztliche Anamnese mit anschließender kör-perlicher Untersuchung findet am Aufnahmetag statt und wird in einem standardisierten medizi-nischen Aufnahmebogen dokumentiert. Anhand der erhobenen Befunde wird die eventuelle medikamentöse Therapie festgelegt; außerdem wird die Sport- und Bewegungstherapie eingeleitet mit entsprechender schriftlicher Dokumentation in der medizinischen Akte. Im weiteren Verlauf werden die Therapien regelmäßig überprüft und im Bedarfsfall den individuellen Gegebenheiten der Patienten angepasst. Der ärztlich-therapeuti-sche Aufnahmebefund fließt in unser ICF-basiertes Rehabilitationsmanagement ein und dient als Arbeitsgrundlage für die individuelle und interdiszi-plinäre Behandlung unserer Patienten.

Ebenfalls am Aufnahmetag findet ein therapeuti-sches Erstgespräch mit dem Patienten statt, das in der Regel in den folgenden beiden Tagen im Sinne einer ausführlichen psychosozialen und suchtspe-zifischen therapeutischen Anamnese fortgesetzt wird. Die Befunde der therapeutischen Anamnese bilden zusammen mit den medizinische Befunden und der Sozialanamnese die Grundlage für die initiale Behandlungsplanung (vgl. dazu 4.7.2.).

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

4.7.2.1. Ärztliche Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik

Die ärztliche Eingangsuntersuchung wird durch eine Basisdiagnostik (standardisierte breit an-gelegte Laboruntersuchung, Routine-EKG, Urin-untersuchung) ergänzt. Die Befunde werden im Rahmen der oberärztlichen Neuaufnahmevisite mit dem Patienten besprochen, und dienen der Formulierung der somatischen Therapieziele und

der Therapieplanung inklusive der physikalischen Therapie. Des Weiteren findet ein psychiatrisches Aufnahmegespräch durch den Chefarzt oder den psychiatrischen Oberarzt statt.

Je nach begleitenden Komorbiditäten werden spezielle laborchemische oder apparative Unter-suchungen klinikintern (Belastungs-EKG, Sonogra-phonie, Dopplersonographie, 24-Stunden-Blutdruck-messung, 24-Stunden-EKG Aufnahme, Spirometrie sowie Medikamenten- und Drogenscreenings) oder konsiliarisch-extern im Rahmen einer engen Zusammenarbeit mit niedergelassenen Fachärzten geplant.

Die somatischen Befunde wie auch das Erreichen der vereinbarten Therapieziele werden zusammen mit den Patienten regelmäßig im Rahmen der ärzt-lichen Visiten besprochen und gegebenenfalls an die Bedürfnisse und Notwendigkeiten angepasst. Die ärztliche Abschlussuntersuchung überprüft das körperliche Befinden der Patienten insbe-sondere in Bezug auf den Eingangsbefund, zieht kritisch Bilanz bezüglich der erreichten Ziele und wird durch das Erstellen der sozial-medizinischen Epikrise abgeschlossen.

4.7.2.2. Psycho- und soziotherapeutische Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik

Nach dem psychotherapeutischen Erstgespräch am Aufnahmetag findet in den ersten Tagen eine umfassende psychosoziale und suchtspezifische Anamnese durch den Bezugstherapeuten statt, der sich weitere suchtspezifische und klinische Analysen anschließen, wie unter Kap. 4.5. beschrie-ben. Dann erfolgt eine umfassende Verhaltensana-lyse sowie die Analyse familiärer und sonstiger Systembedingungen. Zusätzlich finden indikations-geleitet eine spezifische Persönlichkeits- und/oder kognitive Leistungsdiagnostik bzw. eine neuropsy-chologische Abklärung statt.

Die Sozialanamnese erhebt u.a. die Berufs- und Ausbildungssituation, die wirtschaftliche Absiche-rung, Renten- und Versicherungsfragen und die Wohnsituation. Durch weitere soziotherapeutische Diagnostik werden Probleme und Belastungsfak-toren am Arbeitsplatz identifiziert, die Vorausset-zungen für berufliche Reintegrationsmaßnahmen untersucht und direkte berufliche Wiedereinglie-

derungsmaßnahmen sondiert. Alle psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Befunde fließen in unser standardisiertes Vorgehen zur Behandlungsplanung ein, wie unter Kap. 4.5. ausführlich beschrieben.

Im Verlauf der Behandlung werden die Veränderungen entlang der Therapieziele regelhaft überprüft und in Einzelgesprächen und in der Gruppentherapie rückgemeldet.

In den letzten beiden Behandlungswochen findet die psychotherapeutische und soziotherapeutische Abschlussdiagnostik statt. Hierzu wird das bereits beschriebene RMK-Assessment wiederholt, um die vom Patienten erlebte Veränderung gegenüber der Aufnahmephase festzustellen und weitere Maßnahmen der spezifischen Nachbehandlung planen und einleiten zu können. Im therapeutischen Abschlussgespräch werden die Fortschritte entlang der Therapieziele resümiert und Empfehlungen für die weitere Stabilisierung durch Nachsorge, evtl. ergänzt durch spezifische Nachbehandlungsvorschläge, ausgesprochen.

4.7.3. Medizinische Therapie

Unser ärztliches Team besteht aus dem Chefarzt (Psychiater), 2 Oberärzten (Psychiater bzw. Internist) sowie 5 weiteren Teamärzten (davon eine Fachärztin für Allgemeinmedizin sowie eine Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Zusatzbezeichnung Suchtmedizin und Ernährungsmedizin). Das ärztliche Personal versteht sich als aktive Begleiter der verhaltenstherapeutisch-basierten Suchttherapie mit besonderen Aufgaben in der Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins unserer Patienten, aber auch als aktive Teampartner für die Patienten mit begleitenden psychischen und körperlichen Erkrankungen.

Eine optimale Behandlung unserer Patienten ist nur mit intensivem fachlichen Austausch und Absprache der unterschiedlichen Berufsgruppen zu erreichen. Täglich trifft sich das ärztliche Team unter oberärztlicher/internistischer Fachaufsicht und Anleitung. Regelmäßig finden Besprechungen mit den Sporttherapeuten, Physiotherapeuten und mit den Diätassistenten statt.

Wie auch unter den Punkten 4.7.1. und 4.7.2. aufgeführt, wird die ärztliche Einganguntersuchung durch eine zeitnahe, von der Oberärztin durchgeführte, Neuaufnahmevisite ergänzt. Weitere regelmäßige Oberarztvisiten finden im vierwöchigen Rhythmus statt. Hierbei visitiert die Oberärztin zusammen mit der jeweiligen Teamärztin die Patienten. Zudem halten die Teamärzte reguläre Visiten im zweiwöchigen Rhythmus vor. Im Bedarfsfall, abhängig von der jeweiligen Erkrankung, finden noch spezielle Sprechstunden der Teamärztin ggf. der Oberärztin statt. Zur Behandlung eventueller interkurrenter Erkrankungen finden zweimal wöchentlich offene Sprechstunden der Teamärzte statt. In den Visiten wird der Verlauf der somatischen Erkrankungen besprochen und dokumentiert und gegebenenfalls auch in den Teambesprechungen und in der sozialmedizinischen Fallbesprechung thematisiert.

Darüber hinaus findet für jeden Patienten eine psychiatrische Chefarzt- bzw. Oberarztvisite bei Aufnahme statt, an die sich bei entsprechender Indikation (psychische Komorbidität, psychopharmakologische Behandlung, diagnostische Abklärung) weitere Einzelvisiten anschließen.

Auf diese Weise ist gesichert, dass alle Patienten mindestens 14-tägig ärztlich und/oder psychiatrisch gesehen werden, Patienten mit behandlungsbedürftigen psychischen und körperlichen Erkrankungen jedoch weitaus häufiger.

Das Spektrum der behandelten Erkrankungen wurde durch zusätzlich erworbene Qualifikationen und der Erweiterung der diagnostischen Ausstattung kontinuierlich verbessert. Grundsätzlich können alle Folge- und Begleiterkrankungen der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit wie alle Stadien der Leberzirrhose, chronische Bauchspeicheldrüsenentzündungen mit deren Folgen bis zur Einstellung eines pankreopriven Diabetes mellitus und neurologische Krankheitsbilder mit Polyneuropathie oder Koordinationsstörungen diagnostiziert und behandelt werden. Besonders erfolgreich können wir Stoffwechselerkrankungen inkl. eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus behandeln, weil sich gerade in diesem Bereich die langen Therapiezeiten mit engmaschiger Betreuung der Patienten sehr positiv auswirken.

Auch orthopädische Erkrankungen können unter Einsatz von Ergo- und Physiotherapie sowie Akupunktur, ergänzend auch medikamentös, häufig adäquat behandelt werden.

Für spezielle Fragestellungen wird die engmaschige Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen gepflegt.

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Im Folgenden sollen die wichtigsten psychotherapeutischen, psychoedukativen, soziotherapeutischen und kunsttherapeutischen Gruppenmaßnahmen nach inhaltlichen Schwerpunkten beschrieben werden. Für jeden Patienten verbindlich sind die Gruppentherapien in der Bezugsgruppe, die themenzentrierte Gruppe, die Kunst- bzw. Gestaltungstherapie sowie die suchtspezifische Vortragsreihe und die alltagspsychologischen Vorträge (letzteres nur im Kurzzeitprogramm). Besonders die Bezugsgruppe stellt ein interaktionelles Lern- und Erfahrungsfeld dar, das es Patienten ermöglicht, gewohnte, aber oftmals blockierende kognitive Haltungen und Verhaltensmuster zu reflektieren und zu modifizieren.

4.7.4.1. Psychotherapeutisch orientierte Basisangebote

Im folgenden werden die für alle Patienten verbindlichen psychotherapeutischen Basisangebote dargestellt:

Gruppentherapie in der Bezugsgruppe

Sie erfolgt nach einem verhaltenstherapeutisch orientierten Konzept mit folgenden suchtspezifischen Schwerpunkten (vgl. z.B. Petry, 1996b): Analyse des Sucht- und Problemverhaltens, Informationen über die Abhängigkeit, Lebensbilanz, Klärung von Therapie- und Lebenszielen, rationale und emotionale Abstinenzentscheidung, Aufbau von Verhaltensalternativen, Rückfallprävention und -bearbeitung, berufliche Reintegration bzw. Stabilisierung, Analyse und Lösung sozialer Probleme, Lebensplanung, Freizeitplanung.



Für die Gruppentherapie ist der Bezugstherapeut des Patienten zuständig, der den Patienten während des gesamten Behandlungszeitraumes begleitet. In den ACT- bzw. schematherapeutisch spezialisierten Teams werden diese Zielbereiche und Methoden in gleichem Umfang, aber ACT-spezifisch bzw. schematherapeutisch akzentuiert und angewendet.

Themenzentrierte Gruppe

Die themenzentrierte Gruppe findet unter therapeutischer Aufgabenstellung nach einer kurzen Einführung des Bezugstherapeuten aber ohne sein weiteres Beisein statt. Themen der Gruppentherapie, z.B. die Auseinandersetzung mit der Suchtgeschichte oder die Analyse von Risikosituationen, werden weitergeführt. Außerdem werden soziale Aktivitäten der Gruppe geregelt und Freizeitaktivitäten und Gemeinschaftsaufgaben koordiniert. Die themenzentrierte Gruppe verstehen wir auch als Vorbereitung auf spätere Selbsthilfgruppenaktivitäten.

Vorträge zur Abhängigkeitserkrankung und -behandlung und verhaltensmedizinische Vorträge

In den ersten 4 Wochen der individualisierten Behandlung finden Vorträge zu folgenden Themen statt: normales bzw. normabweichendes Trinken, Abhängigkeitsentwicklung und Abwehrmechanismen, Suchtgedächtnis I und II, Alkohol und seine Wirkungen im Körper, Alkoholfolgeerkrankungen I und II, Medikamentenabhängigkeit, Drogenabhängigkeit, Cannabis, Abhängigkeitstherapie und Therapieschritte, Rückfall und Rückfallprävention, Rehabilitation, chronischer Schmerz, Depression I und II, HIV, AIDS, Hepatitis C, Sport und Bewegung, Gesunde Ernährung, Stoffwechselstörungen, Entspannung. Jeder Patient der Langzeitbehandlung kann an bis zu 16 solcher Vorträge teilnehmen, die grundlegende Informationen für das Störungsverständnis und für die Ausrichtung der weiteren Behandlung gewährleisten.

Alltagspsychologische Vorträge

Im Sinne psychoedukativer Beiträge oder philosophisch- spiritueller Impulse werden im Kurzzeit- und Kombiprogramm morgendliche Kurzvorträge von 20 Minuten Dauer gehalten, die eine Auseinandersetzung mit wichtigen Lebensthemen stimulieren und die Selbstreflexion fördern sollen.

Einzelgespräche/ Einzeltherapie

Weitere individuelle Behandlungsmaßnahmen im psychotherapeutischen Bereich stehen als einzeltherapeutische Angebote zur Verfügung. Dies betrifft psychotherapeutische Einzelgespräche und Einzeltherapien, Beratungsgespräche der Sozialberatung sowie Sprechstunden. Für jeden Patienten verbindlich sind Anamnesegespräche und Gespräche zur Vorbereitung des Behandlungsplanes sowie das therapeutische Abschlussgespräch. Außerdem dienen Einzelgespräche der Bearbeitung individueller Problemstellungen, einer Bilanzierung der zwischenzeitlich erreichten individuellen Therapieziele, der Begleitung therapeutischer Maßnahmen, der Vor- bzw. Nachbereitung von Heimfahrten und therapeutischen Aufgaben. Einzeltherapie im Sinne einer auf definierte Zielbereiche bezogenen Sequenz von mehreren Einzelgesprächen findet hauptsächlich bei komplexen motivationalen und interaktionellen Problemkonstellationen, bei der Behandlung komorbider psychischer Störungen sowie zur Überwindung von Krisen statt. Für die Einzelgespräche und -therapien sind überwiegend die Bezugstherapeuten, aber auch die Psychiater und auf bestimmte Problembereiche spezialisierte Therapeuten aus dem Gesamtteam zuständig. Neben der Verhaltenstherapie einschließlich der Akzeptanz- Commitment-Therapie, der Schematherapie und der dialektisch-behavioralen-Therapie werden selektiv systemische Methoden, Psychodrama, Hypnosetherapie und Gesprächstherapie nach Rogers eingesetzt. Die beiden folgenden Gruppenangebote werden in den beiden auf ACT und Schematherapie spezialisierten interdisziplinären Teams angeboten und sind als in die jeweiligen Spezifika der beiden Therapieschulen einführende Angebote gedacht. Alle Patienten, die sich in den ersten 4 Behandlungswochen befinden, nehmen an diesen Angeboten teil:

Basisgruppe ACT

Die Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT) hilft, offen für den Augenblick und für das Erleben auch schmerzlicher Momente zu werden, dabei herauszufinden, was uns wirklich wichtig ist und dieses Wissen zu nutzen, um Ziele und Handlungen nach persönlichen Werten auszurichten. Mit dieser Gruppe werden die Patienten des auf ACT spezialisierten Behandlungsteams in vier Sitzungen in das ACT-Matrix-Modell eingeführt. Das behaviorale Basismodell der MATRIX von Webster bietet Patienten ein Koordinatensystem zur Ausrichtung ihres Verhaltens an persönlich relevanten Werten. Die Patienten erlernen Techniken, wie Sie unerwünschtes Verhalten unterbrechen können und sich auf ihre Werte ausrichten können. Die Patienten erhalten ein Arbeits- und Übungsheft, das die Konzepte in anschaulicher Weise verdeutlicht.

Basisgruppe Schematherapie

In 4 Sitzungen als geschlossene Gruppe werden Patienten des schematherapeutisch spezialisierten Behandlungsteams ab der 2. Behandlungswoche in die grundlegenden Konzepte (Grundbedürfnisse, maladaptive Schemata, dysfunktionale Bewältigungsstrategien) und Vorgehensweisen der Schematherapie eingeführt. Dabei wird initial der YSQ-S2 (Young, Brown, Berbak, Grutschpalk, 2003), ein Fragebogen zur Identifizierung maladaptiver Schemata, durchgeführt und nachfolgend in der Gruppentherapie oder im Einzelgespräch besprochen.

4.7.4.2. Psychotherapeutisch orientierte Indikationsgruppen

Das Programm der Indikativen Gruppen gewährleistet, dass individuelle Therapieschwerpunkte gesetzt und psychische Komorbiditäten psychotherapeutisch adressiert werden können. Indikative Gruppen sind spezifische psychotherapeutische, soziotherapeutische oder kunst- bzw. gestaltungstherapeutische Therapiegruppen sowie psychoedukative Gruppenangebote und werden auf der Grundlage der Diagnostik und Verhaltensbeobachtung individuell vereinbart. Die indikativen Gruppen stehen in allen unseren stationären Behandlungsprogrammen zur Verfügung.

gung, jedoch können sie aufgrund der längeren Behandlungsdauer im individualisierten Programm stärker genutzt werden. Die indikativen Gruppen umfassen in der Regel 8 Therapieeinheiten, die im Verlauf von 4 Wochen absolviert werden. In der Regel können 2-3 indikative Gruppen parallel besucht werden. Je nach Behandlungsdauer ergibt sich daraus eine Vielzahl von möglichen indikativen Gruppenmaßnahmen. Das Programm der indikativen Gruppen umfasst die in den Tabellen

(Tab. 4 bis 6) dargestellten Maßnahmen, die allen Patienten je nach individueller Problemlage und Indikation zugänglich sind.

Expositionstraining

Diese Indikativgruppe richtet sich vor allem an Patienten, die wiederholt einen unkontrollierbaren Suchtdruck verspüren, der wohlmöglich bereits in der Vergangenheit zu Rückfällen führte oder zukünftig eine subjektive Rückfallgefahr darstellt.

Gemischtgeschlechtliche Gruppen, Psychotherapie			
IG	ETM	CTL	Indikationshinweis
Expositionstraining	2	G611P	Konfrontation mit Suchtdruck, Erlernen von Bewältigungsstrategien
Abhängigkeit bzw. Abusus von illegalen Drogen	2	G679N	Zusätzliche(r) Drogenabhängigkeit bzw. Drogenmissbrauch
Rückfallprävention	2	G673Q	Rückfallbewältigungsdefizite
Depression	2	G612N	Depressive Problematik
Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (Erwachsenen-ADHS)	9	C806L	Erwachsenen-ADHS
Achtsamkeit und Skills	2	G606N	Suchtdruck, Gefühlsüberflutungen und Stress-Situationen besser regulieren
Denken-Fühlen-Handeln	2	G601N	Dysfunktionales Denken ändern, emotional angemessen reagieren
Selbstmanagement in Risikosituationen	2	G673P	Suchtspezifische Introspektionsfähigkeit und Selbstmanagement fördern
Motivierung 1	3	C620N	Förderung von Abstinenzmotivation
Motivierung 2	3	F582N	Förderung von Abstinenzmotivation
Genuss und Genießen	3	F581N	Fehlen positiver Verstärkerquellen
Neurokognitives Training	3	F620F u. C	Bewältigung von Versuchungssituationen
Hirnleistungstraining (CogPac)	3	F620L	Kognitive Folgeschäden
Rauchfrei: Vorbereitung	6	F578K	Nikotinabhängigkeit; Motivierung
Rauchfrei: Stabilisierung	6	F578K	Nikotinabhängigkeit; Entschluss, Rauchen aufzugeben
Achtsamkeitsmeditation	7	F619F	Verbessern der Selbst- und Gefühlswahrnehmung
Kunsttherapie und Selbsterkenntnis	11	F703Q	Stärken und Schwächen erkennen, Selbstbild bewusst machen
Lebenskompass	12	D593N	Wertvorstellungen klären und Lebenszufriedenheit verbessern
Pathologisches Glücksspiel	2	G671N	Pathologisches Glücksspiel

Tabelle 4: Gemischtgeschlechtliche Gruppen, Psychotherapie

In Anlehnung an die Suchtgedächtnisvorträge in unserem Vortragsprogramm werden individuelle Trigger (z.B. Stimmungszustände, Alkoholflasche, Objekte) gesammelt, die eine automatische Belohnungserwartung auslösen (z.B. ein Kiosk kündigt Trinken an) und deswegen zu Suchtdruck führen. In der Gruppe werden die Patienten mit den Triggern konfrontiert und ein Verlangen soll bewusst ausgelöst werden. Ziel ist es, den Suchtdruck maximal ohne Ablenkung wahrzunehmen bis er deutlich absinkt. Dadurch wird erlernt, dass Suchtdruck über die Zeit abnehmen wird und somit kontrollierbar ist. Die Belohnungserwartung wird korrigiert und die automatisierte Konsumneigung reduziert. Die Konfrontation kann sowohl imaginativ als auch in der Realität erfolgen und wird bestenfalls, nach ausreichend Anleitung und Übung, vom Patienten selbst durchgeführt und in der Gruppe besprochen, kann aber auch in die Einzeltherapie überführt werden.

Abhängigkeit bzw. Abusus von illegalen Drogen

Patienten mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit und zusätzlicher Abhängigkeit bzw. Missbrauch von illegalen Drogen erhalten im Rahmen eines indikativen Angebotes mit psychoedukativer Orientierung Informationen zu den neurochemischen, neurobiologischen, psychologischen und sozialen Wirkungen von illegalen Drogen. Die Gruppe soll darüber hinaus Gelegenheit geben, spezifische Aspekte der Drogenabhängigkeit, die in der von der Alkoholproblematik dominierten Bezugsgruppentherapie nicht ausreichend thematisiert werden können, zu vertiefen und damit die Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation fördern.

Rückfallprävention

Diese Indikativgruppe ist besonders bei erlebter Hilflosigkeit gegenüber dem Verlangen nach Suchtmitteln und damit verbundener übermäßiger Vermeidung entsprechender Situationen indiziert. Sie orientiert sich an den Modulen des S.T.A.R.-Programms von Körkel und Schindler (2003) und beinhaltet Grundinformationen über Rückfälligkeit, eine persönliche Bilanz von Pro und Kontra der Abstinenz, die Einschätzung von Hochrisikosituationen, die Sensibilisierung für und Bewältigung von

unangenehmen Gefühlen, die Auseinandersetzung mit kontrolliertem Trinken, die Gestaltung eines ausbalancierten Lebensalltags und den konkreten individuellen Umgang mit Rückfällen. Dazu werden unter anderem ein persönlicher Notfallpass und ein individueller Risikokalender erarbeitet und individuelle Nachsorgemaßnahmen antizipiert.

Depression

Diese Indikativgruppe richtet sich an Patienten mit einer komorbiden depressiven Störung. Ziele sind die Vermittlung eines konstruktiven Erklärungsmodells auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, die Befähigung zu Situationsanalysen, die Identifikation und Veränderung ungünstiger Kognitionen und irrationaler Denkmuster, die kontinuierliche Aktivierung und der Aufbau angenehmer Aktivitäten, von praktischen, positiven Erfahrungen durch Genussstraining, die Vermittlung praktischer Strategien im Umgang mit Grübeln, eine Einführung in Selbstachtsamkeit, das Identifizieren von Frühwarnsymptomen, eine Rückfallprophylaxe und das Entwickeln von Krisenplänen und hilfreichen Krisenbewältigungsstrategien.

Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitätsstörung (Erwachsenen-ADHS)

Diese Gruppe richtet sich an Patienten mit einer Erwachsenen-ADHS. Zusätzlich zu der diagnostischen Abklärung eines ADHS-Verdachts und einer medikamentösen Behandlung, die in der Klinik erfolgen kann, führt die psychotherapeutische Behandlung dieser Störung häufig zu einer Verbesserung des Umgangs mit den beeinträchtigenden Symptomen dieser Erkrankung.

Dabei werden folgende Themen in der Gruppe behandelt:

1. Psychoedukation:

- Was ist ADHS und wie entsteht ADHS?
- Welche Symptome liegen vor?
- Wann beginnt die Symptomatik und wie ist der Verlauf?
- Welcher Zusammenhang besteht zu anderen psychischen Erkrankungen, besonders zum Substanzkonsum?
- Wie kann man ADHS behandeln?

2. Wie gehe ich mit meinem ADHS um? Welche positiven und negativen Auswirkungen hat es auf mein soziales und berufliches Leben?

3. Selbstmanagement und Selbstregulation: wie kann ich problematisches Verhalten besser erkennen und verändern?

- Verbesserung der Unaufmerksamkeit
- Verbesserung der Organisation im Alltag
- Stressmanagement
- Stimmungsregulation
- Kontrolle der Impulsivität
- Umgang mit innerer Unruhe/Rastlosigkeit und Zappeligkeit

Achtsamkeit und Skills

Ziel der Gruppe ist es, mithilfe von neuen oder auch schon bewährten Strategien bzw. Fertigkeiten (sogenannte Skills) Suchtdruck, Gefühlsüberflutungen und Stress-Situationen besser regulieren zu können. Dazu soll jeder Teilnehmer eine eigene Liste von ‚Skills‘ erarbeiten, die es ihm ermöglicht mit schwierigen Situationen und unangenehmen Gefühlen besser und geduldiger umzugehen. Wichtig ist es dabei zu lernen, die eigenen Anspannungszustände besser wahrzunehmen. Die Einführung in das Thema Achtsamkeit soll helfen, gewohntes bzw. automatisiertes Verhalten zu erkennen und diesen eine achtsame Haltung entgegenzusetzen. Die Achtsamkeitsübungen helfen im ‚Hier und Jetzt‘ wieder einen Zugang zu bewussten Entscheidungen und auch wieder einen Zugang zu den eigenen Kraft- und Energiequellen im Alltag aufzubauen.

Denken-Fühlen-Handeln

Diese Gruppe basiert auf den Grundlagen der Rational-Emotiven-Verhaltenstherapie (REVT). REVT ist ein ganzheitlich handlungsorientierter Psychotherapieansatz mit dem Ziel emotionalen Wachstums: die Teilnehmer werden ermutigt, Gefühle bewusst zu erleben und auszudrücken, wobei der Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln betont wird.

Dabei werden Gefühlszustände, wie z.B. Ärger, Niedergeschlagenheit, Angst und Schuld, als das Ergebnis dysfunktionaler Gedankenprozesse betrachtet. Indem die Patienten lernen, diese zu

verändern, entwickeln sie größere Fähigkeiten, mit anstehenden Problemen umzugehen und dabei emotional angemessen zu reagieren.

Selbstmanagement in Risikosituationen

Die Konsumneigung verläuft oft automatisiert und eine Rückfallsituation wird oft zu spät erkannt, obwohl sie sich (unbewusst) schon länger ankündigte. Patienten, die diese Erfahrungen gemacht haben, wird diese Gruppe mit dem Ziel angeboten, ihr Konsum begünstigendes Verhalten (Gedanken, Gefühle, Körperprozesse) besser wahrnehmen und beobachten zu können. Mittels Selbstbeobachtungsprotokollen, Achtsamkeitsübungen aber auch konfrontativen Elementen sollen sowohl die Introspektionsfähigkeit gefördert als auch Frühwarnzeichen identifiziert und beobachtbar gemacht werden. Gleichzeitig werden alternatives Verhalten, kognitive Techniken und gezielte Fertigkeiten (Skills) individuell erarbeitet, die in Risikosituationen dem Suchtdruck und automatisiertem Konsumverhalten entgegenwirken können.

Motivierung

In der indikativen Gruppe Motivierung stehen die Förderung von Störungseinsicht, Veränderungsbereitschaft und Selbstverantwortlichkeit im Mittelpunkt. Diese Gruppe richtet sich vor allem an Patienten, die erst beginnen, sich mit dem eigenen Trinkverhalten kritisch auseinanderzusetzen und bei denen die Veränderungsbereitschaft noch gering ausgeprägt ist. Den Betroffenen wird Unterstützung angeboten, eigene Abwehrmechanismen und Ambivalenzen zu erkennen, zu verstehen und abzubauen. Ein weiteres Ziel dieser Gruppe besteht in der Entwicklung und Konkretisierung persönlich attraktiver Therapieziele und -inhalte, um die Behandlung optimal nutzen zu können. Diese Gruppe ist als Ergänzung zu den Vorträgen zur Abhängigkeitserkrankung und -behandlung zu verstehen, deren Inhalte je nach individuellem Bedarf aufgegriffen und vertieft werden.

Genuss und Genießen

Bei Suchtpatienten finden wir oftmals eine Einengung der Sinneswahrnehmung und eine Einschränkung natürlichen positiven Erlebens. Pa-

tienten erleben es als befreiend und bereichernd, wenn verschüttete Quellen positiven Erlebens wieder zugänglich gemacht werden können. Zwanghafte, depressive und einseitig leistungsorientierte Patienten, aber auch Schmerzpatienten und selbstunsichere Patienten profitieren besonders von diesem ressourcenorientierten Training positiven Erlebens (Lutz, 1983), in dessen Mittelpunkt das praktische Erproben der Sinne Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Fühlen und Tasten steht. Neue Verstärkerquellen werden erschlossen und die Erfahrung vermittelt, dass Genießen ein legitimer und notwendiger Bereich menschlichen Erlebens ist.

Neurokognitives Training (Cognitive Bias Modification)

Suchtpatienten weisen einen unbewussten Automatismus auf, auf Reize, die mit dem Konsum gekoppelt sind, zu reagieren, auch wenn sie es dem Abstinenzwillen entsprechend nicht wollen. Diese automatisierte Konsumneigung macht sich in unbewussten Assoziationen (Konsumreize werden präsentiert), unbewussten Aufmerksamkeitszuwendungen (die Reize werden fokussiert) und unbewussten Annäherungstendenzen (Verhalten, das den Konsum begünstigt) bemerkbar. Die zugrundeliegenden Automatismen können in einem PC-gestützten Training abgebildet werden, indem Patienten Konsum-assoziierte Bilder (Bierflasche, Tresen) i.Vgl. zu neutralen Bildern bevorzugter und schneller mit einem Joystick zu sich heranziehen als wegschieben, obwohl sie nur instruiert werden, auf einen suchtspezifischen Reiz zu reagieren (Bild wegschieben, wenn es im Querformat ist; Bild heranziehen, wenn es im Hochformat ist). In dem sogenannten neurokognitiven Training kann diese automatisierte Konsumneigung reduziert werden, indem die Testbedingung am Computer derart verändert wird, dass Konsum-assoziierte Bilder nur im Querformat erscheinen und per Instruktion weggeschoben werden müssen und neutrale Bilder (z.B. Wasserflasche) nur im Hochformat erscheinen und herangezogen werden müssen. Damit werden die jahrelang erlernten Automatismen (Konsumneigung) umgekehrt und es wird implizit über eine Gegenkonditionierung

ein neues, gewünschtes Verhalten erlernt (Distanzierung von Konsum-assoziierten Reizen). Diese Therapieform wurde in einer deutschen Reha-Klinik überprüft und zeigte eine Verbesserung der Rückfallraten (Wiers et al., 2011; Eberl, 2013; Eberl, 2014).

Hirnleistungstraining

Angesichts der negativen Auswirkungen des Alkoholabusus auf die kognitive Fähigkeiten wird ein PC-gestütztes Training zur Verbesserung von Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit und anderen berufsnahe kognitiven Fähigkeiten eingesetzt (COGPACK), das Patienten dabei unterstützt ihre mentalen Fähigkeiten auf spielerische Weise zu trainieren. Das Trainingsprogramm kann an individuelle Bedürfnisse angepasst werden. Auswertungsroutinen stellen sicher, dass Einzelergebnisse und Leistungsentwicklung pro Übung, Übungszeiten und Trainingsdauer ausweisbar sind. Die Patienten trainieren dreimal wöchentlich unter therapeutischer Anleitung sowie selbständig in weiteren Übungseinheiten.

Rauchfrei: Vorbereitungsgruppe und Stabilisierungsgruppe

Wie Untersuchungen belegen, sind Alkoholabhängige generell weniger erfolgreich bei der Raucherentwöhnung als ‚Normaltrinker‘. Die Raucherentwöhnung in einer Suchtfachklinik wird zusätzlich erschwert durch den Umstand, dass das soziale Leben sich innerhalb einer Majorität von Rauchern abspielt. Deshalb haben wir den gesamten Innenbereich der Klinik rauchfrei gestaltet und führen ein begleitendes Raucherentwöhnungsprogramm durch, das aus einem Motivierungsprogramm für noch nicht ausreichend abstinenzmotivierte Patienten und einem verhaltenstherapeutischen Entwöhnungsprogramm incl. Nikotinersatztherapie besteht.

Achtsamkeitsmeditation

Achtsamkeits- und Meditationsübungen sollen den Zugang zur eigenen Befindlichkeit schulen und bei regelmäßiger Anwendung als Rückfallpräventionstechnik fungieren.



Kunsttherapie und Selbsterkenntnis

Als Ergänzung zu der Kunsttherapie in der Bezugsgruppe können sich die Patienten in dieser Gruppe über gestalterische Übungen und Themen besser kennenlernen. Oft fällt dies mit Gestaltung leichter als im Gespräch.

Dabei werden mit gestaltungstherapeutischen Methoden folgende Themen bearbeitet:

- Wer bin ich – wo habe ich meine Stärken und Schwächen?
- Wie wirke ich auf Andere?
- Meine Sucht ist für mich wie... was setze ich ihr entgegen...?
- Gefühle... was sind das eigentlich?

Die Patienten arbeiten dabei für sich alleine oder setzen ihre kreativen Ideen im Team mit Anderen um.

Lebenskompass

Erwerbstätigkeit und Aufgaben in der Familie (Kindererziehung, Pflege Angehöriger u.ä.) können das Leben strukturieren und Quellen sozialer Kontakte, persönlicher Befriedigung und positiven Selbsterlebens sein. Bei Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Veränderungen innerhalb der Familie aber auch nach dem Eintritt in die Altersrente sind diese Quellen sozialer Verstärkung häufig nicht mehr verfügbar. Dann ist es hilfreich, diese ‚Lücke‘ auf andere Weise sinnstiftend zu füllen. Die Indikativgruppe ‚Lebenskompass‘ möchte Patienten darin unterstützen, ihrem Alltag (wieder) mehr Struktur und Richtung zu geben, engagiert im Sinne ihrer Werte zu handeln und ihr Leben ohne Suchtmittel erfüllend zu gestalten. Sie bietet Gelegenheit, persönliche Wertvorstellungen zu klären und das eigene Verhalten entsprechend auszurichten. Auf diese Weise können wichtige Grundlagen der eigenen Lebenszufriedenheit verbessert werden. Dabei geht es um folgende Fragen:

- Was bzw. wer ist mir wichtig im Leben?
- Wofür soll mein Leben stehen?

- Was ist mein Glück?
- Wo(bei) blühe ich auf?
- Was möchte ich mit meiner Zeit und meiner Energie anfangen?
- Was kann ich ab sofort dafür tun?
- Was will ich mir vornehmen?

Die Gruppe beruht auf der Akzeptanz- und Commitment- Therapie (ACT). Es kommen verschiedene Achtsamkeitsübungen zum Einsatz, teilweise werden therapeutische Aufgaben auch zwischen den Sitzungen bearbeitet.

Pathologisches Glücksspiel

Diese Gruppe ist nur für Patienten und Patientinnen vorgesehen, die ein ausgeprägtes Problem mit ihrem Glücksspielen haben, unabhängig davon ob sie eine spezifische Behandlung des Pathologischen Glücksspielens durchlaufen oder ob im Verlauf der stoffgebundenen Suchtbehandlung eine Glücksspielproblematik offenkundig wird. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, sich mit anderen auszutauschen, die ein ähnliches Problem haben. Es werden Themen bearbeitet, die sich in der Behandlung von Glücksspielern als wichtig erwiesen haben, wie z.B.:

- Geldmanagement
- Steuerung innerer Unruhe und Anspannung
- Wahrnehmung und Bewältigung von Gefühlen
- Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen
- Rückfallvorbeugung

Für pathologische Glücksspieler kann diese Gruppe während des gesamten Behandlungsverlaufes angeboten werden.

Körperwahrnehmung für Frauen

Körperorientierte, auf den Gruppenprozess abgestimmte Übungen aus konzentrativer Bewegungstherapie, Gestalttherapie und Bioenergetik fördern gezielt die Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen und damit größere Selbstakzeptanz. In Übungen, in denen es darum geht, eigene Interessen zu vertreten, können Frauen erleben, wo ihre Stärken liegen und wie sie Anderen Grenzen setzen können. Gruppengespräche greifen Themen auf, die sich daraus entwickeln und fördern – u.a. durch Konfrontation mit Fremdwahrnehmungen – ein realistisches positives Selbst und Körperbild.

Frauenspezifische Gruppen, Psychotherapie			
IG	ETM	KTL	Indikationshinweis
Körperwahrnehmung für Frauen	2	G606Q	Erkennen emotionaler Blockaden
Selbstfürsorge für Frauen	2	G619P	Selbstfürsorge bei Mehrfachbelastung
Selbstbehauptung für Frauen	2	G603Q	Abgrenzung bei Mehrfachbelastung

Tabelle 5: Frauenspezifische Gruppen, Psychotherapie

Männerspezifische Gruppen, Psychotherapie			
IG	ETM	KTL	Indikationshinweis
Selbstsicherheit und Kontakt	3	G602N	Selbstsicherheitsdefizite

Tabelle 6: Männerspezifische Gruppen, Psychotherapie

Selbstfürsorge für Frauen mit belastenden Lebensereignissen und PTSD

Die indikative Gruppe ‚Selbstfürsorge für Frauen‘ ist ein Angebot für Frauen die durch traumatisierende Lebensereignisse belastet und beeinträchtigt sind und teilweise dadurch eine PTSD entwickelt haben. Auch wenn belastende Lebensereignisse und Traumatisierungen schon lange zurückliegen, sind sehr häufig dysfunktionale bzw. maladaptive Bewältigungsstile zu beobachten, die zu einem Verharren in einem Zustand des Schmerzes führen. Dies geht häufig einher mit dem Ignorieren eigener Bedürfnisse und wirkt damit Heilungsprozessen entgegen. Die Gruppe beinhaltet ein Stabilisierungsprogramm und ist konsequent ressourcenorientiert ausgerichtet. Der Fokus liegt dabei auf den Zielbereichen emotionale Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und Förderung von Selbstfürsorge sowie konstruktive Bewältigungsstile von Belastungssituationen.

Selbstbehauptung für Frauen

Eine Indikation für diese Gruppe besteht dann, wenn Frauen ihre Bedürfnisse an Selbstverwirklichung und Partnerschaft reflektieren und sich in ihrem privaten und persönlichen Umfeld besser durchsetzen lernen wollen. Die Gruppe besteht aus übenden und reflektierenden Teilen. Dabei soll auf frauenspezifische Themen eingegangen werden, wie z.B. Reflexion der Geschlechterrollen-

Identität, Wahrnehmung und Formulierung eigener Interessen angesichts Mehrfachbelastung, Abgrenzung und Konfliktfähigkeit in der Partnerschaft und Selbstbewusstsein im Beruf.

Selbstsicherheit und Kontakt

Eine Indikation für diese Gruppe besteht dann, wenn entweder ein ängstlich-gehemmtes oder ein aggressiv überschießendes Verhalten zugunsten eines eindeutigen, situationsangemessenen und verantwortungsbewussten sozialen Handelns verändert werden soll. Der Betreffende soll lernen, sich Rechte zuzugestehen, diese erfolgreich und wirkungsvoll umzusetzen und sich dabei selbstbewusst zu erleben. Folgende Themen stehen im Vordergrund:

- für die eigenen Wünsche und Forderungen eintreten
- übertriebene Forderungen Anderer ablehnen
- auf Kritik wirkungsvoll reagieren
- Gespräche beginnen und in Gang halten

Mit Hilfe von Rollenspielen werden die neuen Verhaltensweisen anhand bedeutsamer Alltagssituationen der Teilnehmer eingeübt.

4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeitsbezogene Interventionen sind ein zentraler Bestandteil unserer Konzeption und betreffen mit Ausnahme der Nichterwerbspersonen alle Patienten. Ein Schwerpunkt unserer Konzeption liegt dabei auf Maßnahmen zur Wiedergewinnung der beruflichen Teilhabe arbeitsloser Patienten. Aber auch erwerbstätige Patienten haben spezifische Bedarfe der Regulation und Adjustierung an (veränderte) Arbeitsbedingungen, denen unser Behandlungskonzept Rechnung trägt. Als Basisdiagnostik wird für alle Patienten der SIMBO -C eingesetzt und für Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Arbeitslose) ausgewählte AVEM-Skalen, die im RMK-Assessment enthalten sind. Aber auch andere Routinediagnostika sind relevant für die Bewertung von beruflich erforderlichen Kompetenzen, wie z.B. der Unsicherheitsfragebogen (Behzadi, 1985) für beruflich erforderliches sozial kompetentes Interaktionsverhalten.

4.7.5.1. Maßnahmen zur beruflichen Reintegration und zur sozialen Partizipation Arbeitsloser

Das Jobinitiative-Programm der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim für arbeitslose Suchtkranke (Zemlin, Bornhak, Nickl, 2008) orientiert sich explizit an den unter 4.3.3.3. genannten Rehabilitationszielen

für arbeitslose Suchtkranke und enthält sowohl Maßnahmen, die die Stellensuche vorbereiten (Informationsvorträge, Analyse der Berufsbiografie und der Berufschancen, betriebliche Arbeitsbelastungserprobungen, Computer- und EDV-Kurse, Bewerbungstraining) als auch flankierende Maßnahmen, die der Stabilisierung dienen (Rückfallprävention für Arbeitslose, Freizeitplanung):

Vorträge zur beruflichen Reintegration

Bereits in der zweiten und dritten Behandlungswoche werden 2 Informationsveranstaltungen angesetzt, in der Basisinformationen zum Arbeitsmarkt gegeben, Möglichkeiten der Stellensuche aufgezeigt und die dafür notwendigen Voraussetzungen transparent gemacht werden. Diese beiden einführenden Informationsveranstaltungen sind verpflichtend für alle arbeitslosen Patienten. Sie beinhalten: Informationen zum Arbeitsmarkt und Konsequenzen des Arbeitsmarktes für Arbeitsverhältnisse (z.B. Zeitarbeit), die Bedeutung von Schlüsselqualifikationen, Rechte und Pflichten Arbeitsloser incl. Zumutbarkeitsregelungen, Möglichkeiten der Arbeitssuche neben den klassischen Wegen ‚Arbeitsagentur‘ und ‚Zeitung‘ wie z.B. Initiativbewerbungen und Stellensuche im Internet sowie eine detaillierte Vorstellung des Jobinitiative-Programms der Fachklinik.

Arbeits- und Arbeitslosigkeitsbezogene Maßnahmen (Programm Jobinitiative)			
Therapiemaßnahme	ETM	KTL	Indikationshinweis
Bewerbungstraining	5a,b	H842N	Defizite in Bewerbungskompetenzen
Belastungen am Arbeitsplatz	5a,b	G605N	Überbelastung;mangelnde Abgrenzung
ABE-Monitoring	5a,b	E630F	Arbeitsbelastungserprobung
PC-Basiskurs	5a,b	E572S	Fehlende PC-Kenntnisse
PC-Basiskurs Samstag	5a,b	E572M	Fehlende PC-Kenntnisse
PC-Aufbaukurs	5a,b	E572M	Beruflich verwertbare Word-Kenntnisse erwerben und Internet-recherche
Rückfallprävention für Arbeitslose	1	G605P	Erhöhte Rückfallgefährdung

Tabelle 7: Arbeits- und Arbeitslosigkeitsbezogene Maßnahmen (Programm Jobinitiative)

Rehabilitationsberatung

Für Patienten, bei denen eine berufliche Reintegration oder Neuorientierung ansteht, wird eine Rehabilitationsberatung unter Mitwirkung eines Rehaberaters der DRV Baden-Württemberg durchgeführt, die auf die Rückkehr in ein Arbeitsfeld bzw. auf ein neues Arbeitsfeld vorbereitet und Fragen der Ausbildung, Weiterqualifizierung oder Umschulung bzw. sonstige berufsfördernde Maßnahmen klärt und plant. Die Rehabilitationsberatung wird individuell durch die Mitarbeiter der Sozialberatung, den Bezugsarzt, den Psychiater und den Bezugstherapeuten vorbereitet.

PC Basis- und Aufbaukurs

Diese Kurse dienen dazu, die nötigen praktischen Fertigkeiten für die Erstellung von Bewerbungsmappen und für die Stellensuche im Internet zu erwerben und vermitteln darüber hinaus beruflich verwertbare EDV-Kenntnisse. Sie sind auch als berufliche Nachqualifizierungskurse für Personen gedacht, die PC-Kenntnisse auf einfacher Basis erwerben oder wieder auffrischen wollen. Vermittelt werden Betriebssysteme, Textverarbeitung (Word) und die Nutzung des Internets.

Analyse der Berufsbiografie und der Berufschancen

Diese einzeltherapeutische Maßnahme dient der individuellen Bestandsaufnahme und der Weichenstellung für anschließende gezielte Bewerbungsaktivitäten. Zunächst werden formelle und weitere Qualifikationen und informelle Kenntnisse und Erfahrungen erfasst und die eigenen Kompetenzen überdacht und bewertet. Dies bezieht sich auf berufliche und fachliche Kompetenzen, berufsübergreifende Kompetenzen, Sozialkompetenzen und personale Kompetenzen (Schlüsselqualifikationen). Die persönlichen Rahmenbedingungen werden ermittelt, wie z.B. die berufsbezogene Lebenssituation, die körperliche Verfassung, die persönliche Mobilitätsbereitschaft, Gehaltsvorstellungen aber auch die persönlichen Vermittlungshemmnisse. Die Patienten werden angeleitet, ihre Arbeitsmarktchancen zu prüfen, ihren individuellen Suchraum festzulegen und Stellenangebote (Stellenbörsen) zu sondieren. Sie erhalten

Informationen zu Vorgaben der Arbeitsagenturen, z.B. Zumutbarkeitskriterien, überregionale Mobilität, Akzeptanz von Zeitarbeit und geringfügiger Beschäftigung. Sie werden angehalten, ihre berufsbezogenen Erwartungen zu überdenken, die Realisierbarkeit der eigenen Berufswünsche zu bewerten, ihre Gehaltsvorstellungen zu überprüfen und gewünschte und realisierbare Arbeitsbedingungen (z.B. Zeitarbeit, Schichtarbeit) abzugleichen. Es erfolgt eine Bilanz der bisher erfolgten und der erforderlichen Bewerbungsaktivitäten. Ein zentraler Baustein ist die Anleitung zur Nutzung des Internets für die Stellensuche über Jobbörsen, die Suche nach Informationen über Berufsbilder bzw. für die Ermittlung von Informationen über Ausbildungen und Fortbildungen. Ein spezieller Formularsatz unterstützt die Adaption der Ergebnisse der Berufsanalyse in der Arbeitsverwaltung.

Arbeitsbelastungserprobungen (ABE) in externen Betrieben

Für Patienten, bei denen eine berufliche Wiedereingliederung oder Neuorientierung ansteht, bzw. deren Belastbarkeit in einem bestimmten Aufgabenprofil überprüft werden soll, können Arbeitsbelastungserprobungen in externen Betrieben vereinbart werden. Ziel dieser Maßnahmen ist die Vorbereitung auf ein altes oder neues Berufsfeld, die Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit sowie die Motivierung zur Stellensuche. Sie werden in der Regel in einem Zeitrahmen von drei Wochen an 4 Arbeitstagen pro Woche durchgeführt. Am jeweils 5. Wochentag nimmt der Patient an der Gruppentherapie seiner Bezugsgruppe teil, außerdem erfolgt eine Auswertung der Erfahrungen in der ABE-Begleitgruppe. Indikationskriterien für eine Arbeitsbelastungserprobung sind Langzeitarbeitslosigkeit, diffuse berufliche Orientierung oder berufliche Neuorientierung, fragliches vollschichtiges Leistungsvermögen und Ängste vor der Rückkehr ins Arbeitsleben (Versagensängste, soziale Ängste). Am Ende des Praktikums erfolgt ein Bilanzierungsgespräch, um die Erfahrungen mit Blick auf Schlussfolgerungen hinsichtlich beruflicher Orientierung, Belastbarkeit und Motivation zur Stellensuche auszuwerten. Für die ABE konnten ca. 70 Betriebe in einem breiten

Branchenspektrum akquiriert werden, so dass viele Patienten ihrer Berufsausbildung entsprechend berufsnahen Erfahrungen sammeln können. Die Befunde der ABE können in einer komprimierten Darstellung der Arbeitsverwaltung zugänglich

gemacht werden. Abb. 3 stellt den prinzipiellen Prozess der ABE-Vorbereitung für den jeweiligen Patienten dar und Abb. 4 zeigt die Durchführung der ABE.

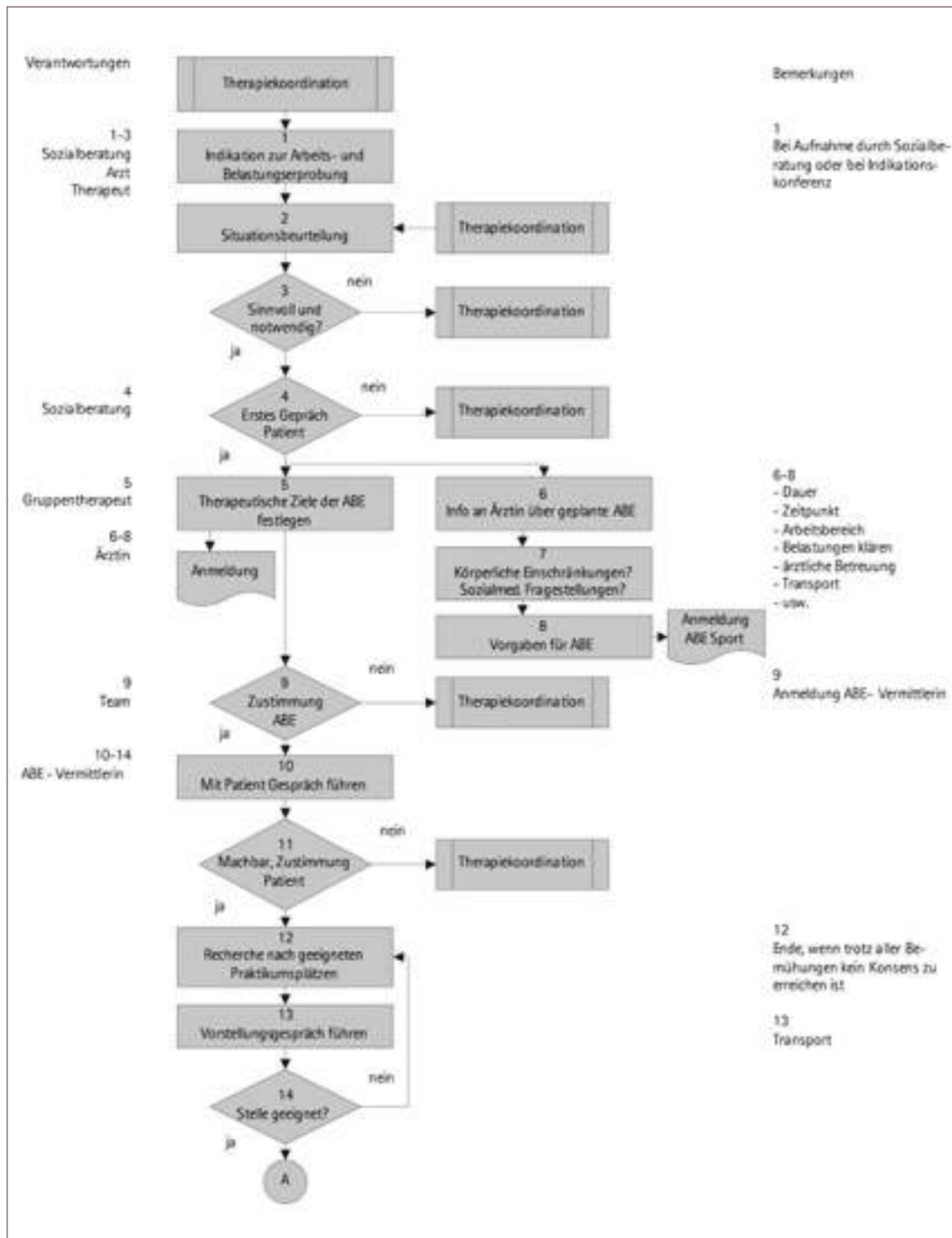


Abbildung 3: Vorbereitung der externen Arbeits- und Belastungserprobung

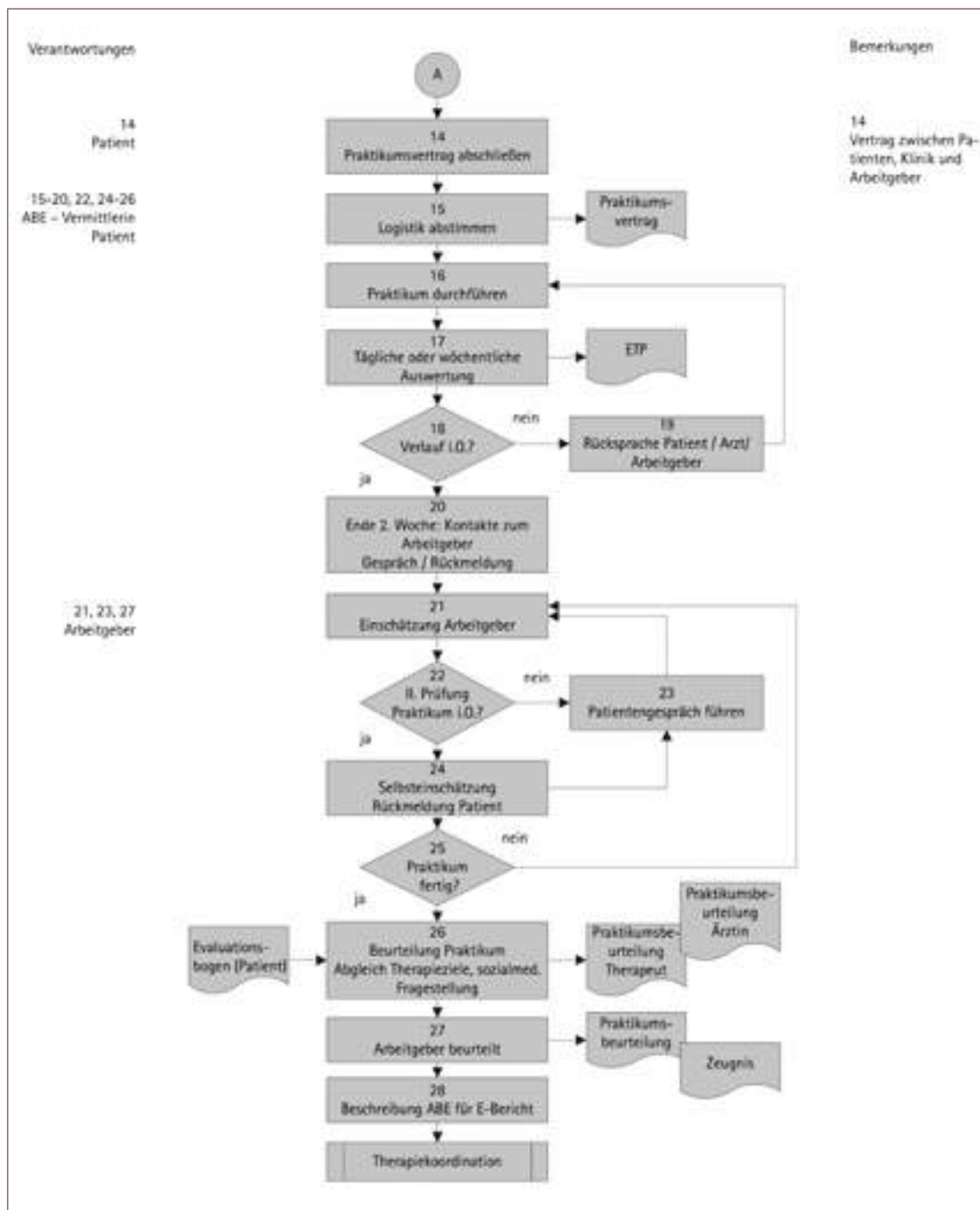


Abbildung 4: Durchführung der externen Arbeits- und Belastungserprobung

IG Bewerbungcoaching

In dieser Indikativgruppe wird das Bewerbungsverhalten optimiert, neue Wege der Stellensuche erarbeitet, komplette Bewerbungsunterlagen erstellt bzw. vorhandene Bewerbungsunterlagen vervollständigt und optimiert, Vorstellungsgespräche vorbereitet bzw. Verhalten in Vorstellungsgesprächen trainiert und konkrete Bewerbungen bereits während der medizinischen Rehabilitation eingeleitet. Materialien für die Bewerbungsmappe werden von der Klinik zur Verfügung gestellt. Bewerbungsfotos können in der Klinik fertig gestellt werden. Am Ende dieser Gruppenmaßnahme verfügt der Patient über eine aussagekräftige Bewerbungsmappe und hat bereits in der Klinik Probebewerbungen durchgeführt bzw. reale Bewerbungen abgeschickt.

Berufliche Integrationsberatung

Die berufliche Reintegrationsberatung für arbeitslose Patientinnen und Patienten findet als Einzelberatung statt. Sie erfolgt auf Zuweisung durch die Sozialberatung oder den zuständigen Gruppentherapeuten und umfasst:

- Klärung der beruflichen Orientierung entsprechend oder individuellen Interessen und Fähigkeiten
- Hilfe bei der Recherche nach Stellen (Printmedien, Online-Stellenbörsen)
- Unterstützung bei der Erstellung von Bewerbungsschreiben und Zusammenstellen der Bewerbungsunterlagen
- Hilfe bei der Recherche nach Ausbildungsplätzen und Weiterbildungsmöglichkeiten
- In diesem Zusammenhang Koordination von Anschlussterminen bei der Arbeitsagentur/Jobcenter

Zum Ende der Behandlung erfolgt eine Rückmeldung an den zuständigen Gruppentherapeuten.

IG Rückfallprävention für Arbeitslose (S.T.A.R. AI)

S.T.A.R. AI (vgl. Körkel, 2008) ist eine Erweiterung des bewährten S.T.A.R.-Programms, speziell adaptiert auf die Rückfallrisiken von Arbeitslosen. Es enthält 15 Module, die im Verlauf einer 6-wöchigen Indikativgruppe absolviert werden:

- Grundinformationen über Rückfälligkeit
- Abstinenz: Pro und Kontra
- Hochrisikosituationen
- Soziale Situationen: Ablehnen von Trinkaufforderungen u. Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
- Unangenehme Gefühle (I): Sensibilisierung
- Unangenehme Gefühle (II): Bewältigung
- Leben ohne Arbeit (I): Belastungen
- Leben ohne Arbeit (II): Bewältigung
- Kontrolliertes Trinken
- Ausbalancierter Lebensalltag
- Ausrutscher und Rückfall
- Umgang mit Ausrutschern und Rückfällen
- Gespräche mit Angehörigen und Freunden zum Thema ‚Rückfall‘
- Nachsorge nach der Reha: Selbsthilfegruppen
- Nachsorge nach der Reha: Weitere Hilfen

Diese Indikativgruppe kann von allen arbeitslosen Patienten in Anspruch genommen werden, ist aber aufgrund des nachgewiesenen höheren Rückfallrisikos Arbeitsloser (Henkel, Zemlin u. Dornbusch, 2008) verpflichtend für Patienten mit sehr ungünstiger beruflicher Reintegrationsperspektive. Die Maßnahmen zur beruflichen Reintegration u. sozialen Partizipation Arbeitsloser werden substantiell ergänzt durch medizinische Maßnahmen und Maßnahmen der Sport- und Bewegungstherapie, wie auch durch Entspannungstechniken und Physiotherapie (vgl. Kap. 4.7.6.) sowie durch Maßnahmen zur Förderung des Freizeitverhaltens (vgl. Kap. 4.7.7.) und sind eingebettet in die Gruppentherapie, die die Ziele der beruflichen und der sozialen Teilhabe regelhaft fokussiert.

4.7.5.2. Maßnahmen zur Stabilisierung der beruflichen Teilhabe für Erwerbstätige

Maßnahmen zur Stabilisierung der beruflichen Teilhabe für Erwerbstätige sind ein zentraler Gegenstand der gesamten Rehabilitationsstrategie und werden interdisziplinär im medizinischen, psychotherapeutischen, psychiatrischen, soziotherapeutischen, sporttherapeutischen und physiotherapeutischen Bereich durchgeführt. Eine eingrenzende Auflistung spezifischer Maßnahmen erscheint daher wenig sinnvoll. Besonders zu erwähnen ist jedoch an dieser Stelle die Indikativgruppe Belastungen am Arbeitsplatz.

IG Belastungen am Arbeitsplatz

Aktivität wird zur Belastung, wenn man in perfektionistische Ansprüche eingezwängt und ständig auf Bestätigung durch die Außenwelt angewiesen ist, Furcht vor Versagen empfindet oder aus Angst vor Nachteilen nicht ablehnen kann. Dies kann vor allem am Arbeitsplatz zur erheblichen Belastung werden. In der Gruppe spüren die Teilnehmer solchen oft sehr früh erlernten Grundeinstellungen und Verhaltensweisen nach, die beibehalten wurden, obwohl sie deutlich destruktiv wirken. Was sind meine Interessen, was hindert mich, diese in den Vordergrund zu stellen und durchzusetzen? Diesen Fragen wird nachgegangen und es werden entlastende Einstellungs- und assertive Verhaltensalternativen vermittelt, die helfen, Belastungen zu bewältigen und sich angemessen abzugrenzen.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken, Physiotherapie

Für eine gesunde, ausgewogene Lebensweise sowie für den Erhalt, die Verbesserung und die Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit spielt der Rehabilitationssport eine große Rolle. Um dem Rechnung zu tragen, haben wir ein differenziertes Rehabilitationssportprogramm eingeführt. Insbesondere kommen spezifische

Trainingsmaßnahmen nach medizinischer Indikation und ärztlicher Zuweisung zum Einsatz. Schwerpunkt dabei sind verschiedene Wirbelsäulengymnastikgruppen, spezielle Knie- und Schultergruppen, funktionelle Gymnastik, Ergometertraining, Rebounding (Koordinationstraining) und für körperlich stark eingeschränkte Patienten die Schongymnastik. Bereits in der ersten Therapiewoche erfolgt eine Einweisung in das Fitnesstraining, anschließend darf und soll eigenständig in der Freizeit nach den entsprechenden Vorgaben trainiert werden. Die Aktivierung und Anleitung zu eigenverantwortlichem Training, mit dem Ziel, die gelernten Übungen auch nach der Entlassung im Alltag fortzuführen, hat vor allem bei den Patienten mit orthopädischen Erkrankungen und chronischen Schmerzen einen großen Stellenwert. Im Bereich Sport- und Bewegungstherapie können wir zusätzlich zum klinischen Eindruck und den vorliegenden Befunden eine Leistungs- und Belastungsanalyse durch den Einsatz von Back-check und Cardio-check (s.u.) durchführen, die insbesondere bei sozialmedizinischen Fragestellungen weitere Informationen beiträgt. Gleichzeitig erhalten die Patienten eine positive Rückmeldung über das individuelle körperliche Leistungsvermögen. Ein spezielles, daraus abgeleitetes arbeits- und berufsbezogenes Aufbautraining am Mittwochabend bietet den Patienten die Möglichkeit sich aktiv am Gesundheitsprozess zu beteiligen.

Rehabilitationssportprogramm			
Leistung	KTL	Leistung	KTL
Basissport (ein vielseitiges Sportprogramm für Einsteiger)	A569	Wirbelsäulengymnastik für Anfänger	A569
Fitness- und Krafttraining	A561	Wirbelsäulengymnastik für Fortgeschrittene	A569
Sport/Zirkeltraining	A590	Halswirbelsäulengymnastik	A569
Sport/Spiele	A590	Schultergymnastik	A601
Funktionelle Gymnastik	A562	Kniegymnastik	A601
Ergometertraining	A551	Schongymnastik	A601
Rebounding (Koordinationstraining)	A580	Schwimmen (Aquajogging, Wassergymnastik)	A552
Ausdauerlaufen	A620	Fitness mit Musik	A569
Nordic Walking/Skilanglauf	A552		

Tabelle 8: Rehabilitationssportprogramm

Angebotsübersicht der Sport- und Bewegungstherapie						
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	
9:00	HWS-Gymnastik Wirbelsäulengym. Fortgeschrittene	Ausdauerlaufen		Ausdauerlaufen	HWS-Gymnastik Wirbelsäulengym. Fortgeschrittene	
9:15						
9:30						
9:45						
10:00	Sport/ Zirkeltraining					Sport/ Zirkeltraining
10:15						
10:30						
10:45						
11:00		Schultergruppe				
11:15		Kniegruppe				
11:30	Wirbelsäulen- gymnastik (Anfänger)				Wirbelsäulen- gymnastik (Anfänger)	
11:45		Funktions-Gymn., Rebounding, Ergom.		Funktions-Gymn., Rebounding, Ergom.		
12:00						
12:15 bis 12:45 Mittagessen/Mittagspause						
13:00	Sprechstunde (Sportbüro)		Sprechstunde (Sportbüro)	Sprechstunde (Sportbüro)	Sprechstunde (Sportbüro)	
13:15						
13:30	HWS-Gymnastik Wirbelsäulengym. Fortgeschrittene				HWS-Gymnastik Wirbelsäulengym. Fortgeschrittene	
13:45						
14:00						
14:15			Schongymnastik bis 14:45			
14:30	Sport/ Zirkeltraining	Nordic Walking		Sport und Spiele bis 15:30	Nordic Walking	Sport/ Zirkeltraining
14:45						
15:00						
15:15						
15:30		Schwimmen (Aquajogging, Wasser- gymnastik)		Schwimmen (Aquajogging, Wasser- gymnastik)		
15:45						
16:00	Wirbelsäulen- gymnastik (Anfänger)		Basissport bis 17:00			Wirbelsäulen- gymnastik (Anfänger)
16:15						
16:30						
16:45		Einweisung in Fitness für neue Patienten bis 17:30				
17:00	Spezielles Aufbau- und Fitnesstraining				Spezielles Aufbau- und Fitnesstraining	
17:15						
17:30						
17:45						
18:00						
18:15			Spezielles Aufbau und Fitnesstraining			
18:30	Abendessen			Abendessen		
21:00						

Tabelle 9: Angebotsübersicht der Sport- und Bewegungstherapie

Back-check: Rückenanalysesystem

Mehrfunktionales mobiles Messsystem zur Analyse der Kraftfähigkeit der haltungsstabilisierenden Rumpfmuskulatur. Durch chip- und computergesteuerte Messtechnik werden Eingangsuntersuchungen erleichtert und Trainingserfolge erhoben. Die Software identifiziert und quantifiziert vorhandene muskuläre Defizite und Dysbalancen. Die Testergebnisse werden über die Software ausgewertet, beurteilt und dokumentiert. Basierend auf diesen Ergebnissen werden konkrete Empfehlungen für die Trainingsplanung erstellt und der Trainingserfolg kontrolliert.

Cardio-check

Fahrradergometrisch werden über einen Stufentest (IBN-Test/WHO) mit einer Cardio-Software Leistungsparameter ermittelt. So erhält der Patient z.B. die für einen Trainingseffekt notwendige Pulsfrequenz oder die zu erbringende Leistungsstufe in Watt, sodass er sein Trainingsprogramm gezielt danach ausrichten kann.

IG Entspannungstraining

Diese Gruppe richtet sich an Patienten, die zu nah am ‚Aktivitätspol‘ leben (Stichworte: Stress, Anforderungen, Müssen, Sollen, etc.), die nicht abschalten können und darunter leiden; ebenfalls an Patienten mit Schmerzsymptomatik bzw. anderen psychosomatischen Störungen, für die wirkungsvolle Selbstentspannungsmethoden indiziert sind. Als Methode wird die ‚Progressive Muskelentspannung‘ (nach Jacobson), begleitet von Übungen zur Körperwahrnehmung eingesetzt. Ziel ist ein besserer Kontakt zum eigenen Körper, verbesserte Wahrnehmung von Anspannung und Überlastung und die Aneignung einer im Alltag regelmäßig einsetzbaren Entspannungsmethode.

IG Ausdauerlaufen/Nordic Walking/Skilanglauf

Diese Gruppen eignen sich vor allem für Patienten mit negativ getöntem Selbstbild, mit Neigung zu ängstlich depressiven Verstimmungen, mit überhöhtem Leistungsanspruch bzw. geringem Stressbewältigungskompetenzen und dienen zum Aufbau körperlicher Fitness, da diese Indikativgruppen die Ausdauerfähigkeit und das



Herz-Kreislaufsystem stärken und deshalb positive Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Erfahrungsgemäß werden positive Veränderungen in Selbstwahrnehmung, Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens, Selbstverwaltung eigener Fähigkeiten und der Selbstakzeptanz erreicht. Die Auflösung psychischer Spannungen während des Laufens ergibt einen sofortigen Entspannungseffekt, der selbstverstärkend wirkt und gezielt zur Spannungs- bzw. Angstreduktion eingesetzt werden kann. Bei Abhängigkeitskranken wirkt sich diese gut in das Alltagsleben integrierbare Methode emotional stabilisierend aus. Nordic Walking lässt sich nach der Behandlung gut in das Alltagsleben integrieren.

IG Schwimmen

Schwimmen kann entspannend wirken, den Muskelaufbau fördern und ist oft auch für diejenigen geeignet, die z.B. aufgrund von Beschwerden der Wirbelsäule wenig Sport treiben können. Aqua-Jogging und Wassergymnastik stehen ebenfalls auf dem Programm. Es wird zweimal in der Woche im Winter ins Hallenbad nach Backnang gefahren, im Sommer ins Freibad nach Oppenweiler.

Physiotherapie und Krankengymnastik

Sie umfasst ein breites Spektrum der manuellen Therapie wie auch der apparativen Behandlungsmöglichkeiten, medizinische Bäder sowie krankengymnastische Einzel- und Gruppentherapie. Diese werden einerseits im Sinne von Entspannung fördernder Techniken eingesetzt, andererseits werden sie als fester Bestandteil der multimodalen Therapie bei unterschiedlichen orthopädischen und dermatologischen Erkrankungen verordnet.



4.7.7. Freizeitangebote

Zur Förderung von Freizeitkompetenzen werden verschiedene indikative Gruppen aus dem Bereich der Kunsttherapie und der Sporttherapie angeboten. Diese sollen Anregungen für ein stabilisierendes und gesundes Freizeitverhalten bieten, soziale Stützsysteeme erschließen helfen und die Lebensqualität verbessern. Diese Maßnahmen sind eingebettet in eine individuelle Rehabilitationsstrategie, die in der Gruppentherapie und in Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten aber auch im Rahmen der Kontakte zum Bezugsarzt zusammen mit dem Patienten erarbeitet wird und die individuell sinnvolle Freizeitkompetenzen in den Zieiefokus nimmt.

IG Kreativität

Diese kunsttherapeutische Gruppe setzt sich zum Ziel, kreative Potentiale zu fördern und einen Zugang zu kreativer Freizeitbeschäftigung zu bahnen. Dazu werden verschiedene Techniken z.B. aus den Bereichen Malen, Zeichnen und Drucken vermittelt. Die Patienten werden gezielt gefördert, schöpferisch tätig zu werden. Die Gruppe eignet sich zur Aktivierung antriebsarmer ebenso wie zur Reaktivierung von künstlerisch talentierten Patienten.

IG Freizeitkompetenz

In dieser indikativen Gruppe sollen Patienten aktiv an der Gestaltung der Gruppenaktivitäten beteiligt werden. Dabei soll die Fähigkeit und Bereitschaft des Einzelnen, selbstbestimmt und eigenverantwortlich die Freizeit zu gestalten, geübt und geschult werden. Strukturierende und anregende Ideen und Kommentare werden gegebenenfalls von der Therapeutin formuliert. Hauptaugenmerk soll das Erleben von Natur sein, wobei hier Sinne geschult und Mobilität gefördert werden soll und auch Naturkunde eine Rolle spielen kann. Dies soll spielerisch und kreativ erfolgen. Dabei soll jedoch weniger das Künstlerische als der Spaß am Umgang mit Naturmaterialien im Vordergrund stehen. Ziel ist die Fähigkeit, mit Freizeit konstruktiv umgehen zu können, Bewegung und alternative Beschäftigung als Bewältigung von Suchtdruck einzusetzen und dabei zu lernen, welche Vorstellungen von Freizeitaktivität realistisch bzw. unrealistisch sind. Weitere indikative Maßnahmen aus dem sporttherapeutischen Bereich, die stabilisierende und Gesundheit fördernde Zielsetzungen verfolgen, werden in Kapitel 4.7.6. beschrieben und sollen hier nur genannt werden: IG Entspannungstraining, IG Ausdauerlaufen, IG Nordic Walking/Skilanglauf, IG Schwimmen.

Indikativgruppen zum Aufbau von gesundheitsförderndem Freizeitverhalten			
Therapiemaßnahme	ETM	KTL	Indikationshinweis
Kreativität	11	F703N	Aufbau von kreativen Kompetenzen und Freizeitverhalten
Freizeitkompetenz	5a,5b	H730Q	Mangel an Freizeitkompetenzen und Alltagsstrukturierung
Entspannung vormittags	7	F612N	Aufbau von Entspannungsfähigkeit
Entspannung nachmittags	7	F612N	Aufbau von Entspannungsfähigkeit
Ausdauerlaufen	8	A620N	Aufbau von Fitness
Schwimmen	8	A552N	Aufbau von Fitness

Tabelle 10: Indikativgruppen zum Aufbau von gesundheitsförderndem Freizeitverhalten

Auch im Rahmen der Patientenselbstverwaltung bestehen Übungsfelder für Freizeitgestaltung, z.B. durch das Organisieren von Sportturnieren (Tischtennis, Volleyball, Billard) und sozialen Events (z.B. Spieleabende, Musik- und Tanzabende). Dabei gibt es immer auch einen therapeutischen Ansprechpartner, der bei der Vorbereitung und Durchführung verantwortlich ist.

Des weiteren stehen den Patienten Funktionsräume der Kunsttherapie und der Sporttherapie für die Freizeitgestaltung abends und am Wochenende zur Verfügung. Die waldreiche Umgebung bietet darüber hinaus Gelegenheit zur Begegnung mit und zu sportlicher Betätigung in der Natur. Nicht zuletzt bieten auch die in der Klinik regelmäßig stattfindenden Selbsthilfegruppenabende Anregungen für eine selbstreflektierende und an hilfreichen sozialen Stützsystemen ausgerichtete Freizeitgestaltung.

4.7.8. Sozialdienst (Abteilung Sozialberatung)

Die Sozialberatung befasst sich überwiegend mit Fragen der Berufsklärung, Umschulung, Ausbildung und Weiterqualifikation. Sie unterstützt in Wohnungsfragen, Fragen der wirtschaftlichen Absicherung bzw. Schuldnerberatung sowie bei der Planung weiterführender Maßnahmen, z.B. Adaption oder Aufnahme in eine therapeutische Wohngemeinschaft. Weitere Themen sind die Vorbereitung stufenweiser Wiedereingliederung, die Vorbereitung, Begleitung und Auswertung von Arbeitspraktika bzw. Arbeitsbelastungserprobungen, die Arbeitsvermittlung und Arbeitsplatzrückkehrberatung sowie die Klärung rechtlicher Fragen. Weiterhin ist die Sozialberatung in Kooperation mit den Bezugstherapeuten zuständig für die Vorbereitung ambulanter Nachsorge und Betreutes Wohnen und den Kontakt zu und die Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen.

Aufgaben der Sozialberatung			
Beruf	Finanzen	Wohnen	Reha/Gesundheit
<ul style="list-style-type: none"> • Klärung von fachlichen Fähigkeiten • Entwicklung von Zukunftsperspektiven • Motivierung zur Arbeitssuche und -aufnahme • Motivierung und Durchführung zum internen/externen Praktikum • Bewerbungcoaching • Klärung gesundheitlicher Einschränkungen in Bezug auf die zuletzt ausgeführte Arbeit • Kontaktaufnahme zur örtlichen Arbeitsagentur • Vermittlung von Stellenangeboten • Vermittlung in Adaptionseinrichtungen • Berufsanalyse, ABE-Vermittlung • Schnittstellenmanagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Existenzsicherung (Lebensunterhalt, Primärschulden) • Krisenintervention • Vorbereitung zur Schuldenregulierung • Vermittlung in Rechtsberatung • Vermittlung zu Schuldenberatungsstellen • Wohnungssicherung bei Mietschulden • Sichten von Schuldenunterlagen • Unterstützung beim Anfordern von Selbstauskünften bei Amtsgericht/Schufa • Unterstützung bei Verhandlungen mit Gläubigern 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung der Unterkunft • Unterstützung beim Beantragen von Wohnberechtigungsscheinen • Schreiben an Wohnungsämter • Rechtsberatung in Fragen des Mietrechts • Vermittlung in betreutes Wohnen, Adaption • Vermittlung in sozialtherapeutische Einrichtungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung der gesundheitlichen Einschränkungen • Entwicklung von realistischen beruflichen Alternativen bzw. Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten • Vorbereitung und Durchführung der Rehaberatung • Vermittlung in externe ABE zur Klärung von Belastbarkeit und Berufswünschen • Begleitung zum Arbeitgeber bei innerbetrieblicher Umsetzung

Tabelle 11: Aufgaben des Sozialdienstes (Abteilung Sozialberatung)



4.7.9. Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

Ausgehend von der Tatsache dass Abhängigkeitskranke durch ihren Lebensstil ein höheres Risiko zur Entwicklung vieler somatischer und psychischer Erkrankungen haben, bietet unser Patienteninformationsprogramm durch Vorträge, Seminare und Schulungen die notwendigen Inhalte zur gesunden Lebensgestaltung. Alle Patienten nehmen in den ersten 4 Behandlungswochen im Rahmen der medizinischen Vortragsreihe zweimal wöchentlich an den Vorträgen teil. Themen sind: alkoholbedingte körperliche Folgeschäden, Stoffwechselstörungen, HIV und Hepatitis, Chronischer Schmerz, Sport und Bewegung, Entspannung, Gesunde Ernährung.

Für Patienten mit schwerwiegenden Stoffwechselerkrankungen (Adipositas, Fettstoffwechselstörungen, Hyperurikämie/Gicht und Diabetes mellitus) oder alkoholbedingter Leber-/Pankreasschädigung bieten wir in Anlehnung an die aktuellen Empfehlungen des Handbuchs ‚Ernährungsmedizin in der Rehabilitation‘ (Deutsche Rentenversicherung Bund, 2013) besondere Programme mit ärztlichen Vorträgen, Schulungen und Einzelberatungen durch Diätassistenten an, sowie ein spezielles Diabetes-Curriculum mit 4 Vortrags- und 4 Schulungseinheiten.

Ernährungsberatung, Schulungsprogramme und Lehrküche bereiten auf eine entsprechende Lebensführung nach der stationären Behandlung vor. Ernährung und Bewegung sind wichtige Bestandteile einer gesunden Lebensführung. Wir orientieren uns bei unserer Vollkost am Konzept der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE). Darüber hinaus stehen alle für die Folge- und Begleiterkrankungen der Alkoholabhängigkeit sowie sonstigen Erkrankungen und Stoffwechselstörungen erforderlichen Kostformen zur Verfügung: vegetarische Kost, Diabetes-Diät, zuckerreduzierte Kost, fettarme/cholesterinarme Kost, purinarmer Kost, eiweißreduzierte Kost, allergenfreie Kost.

Schließlich ist auch die IG Praktische Ernährungslehre (ETM 10, KTL C119P) ein wichtiges Lern- und Übungsfeld um sich nach der Reha ausgewogen zu ernähren und die dafür notwendigen praktischen Kenntnisse der Nahrungszubereitung zu erwerben. Hier können Patienten, die sich überwiegend sehr einseitig ernährt haben, die keine stabilen oder aber ungesunde Ernährungsgewohnheiten haben oder denen die praktischen Kenntnisse zur Selbstversorgung fehlen, lernen, ausgewogene Ernährungspläne zusammenzustellen und Nahrungsmittel kostengünstig einzukaufen. Weiter erwerben sie Grundkenntnisse im Zubereiten der Speisen.

4.7.10. Angehörigenarbeit

Ein Schwerpunkt jeder Suchtbehandlung ist die Arbeit mit familiären und anderen Bezugssystemen. Im individualisierten Behandlungsprogramm liegt der Schwerpunkt dabei auf Partnerseminaren. Das Kurzzeitprogramm ist auf die Arbeit mit Systemen spezialisiert und bietet jedem Familiensystem eine Sequenz von bis zu drei Familiengesprächen an. Weitere Schwerpunkte systemischer Arbeit sind die Systemaufstellungen (vgl. 4.7.4.1.).

Partnerseminare

In den Therapiegruppen der Individualisierten Langzeitbehandlung werden regelmäßig jeweils eintägige Seminare mit folgenden Schwerpunkten durchgeführt: Analyse der Abhängigkeitserkrankung im jeweiligen Familiensystem; Umgang mit Wünschen, Bedürfnissen und Gefühlen in der Partnerschaft; Auseinandersetzung mit den Erwartungen an die Zukunft der Partnerschaft; Vereinbarung konkreter Veränderungen in der Partnerschaft; Informationen über die Therapie in der Fachklinik und Motivieren der Partner zur aktiven Teilnahme und Unterstützung; Umgang mit dem Rückfall. Jedes Paar soll möglichst an zwei Seminaren teilnehmen.

Systemische Familiengespräche

Am Aufnahmetag wird im Kurzzeit- und Kombiprogramm ein familientherapeutisches Erst-Interview mit der Jetzt- bzw. Herkunftsfamilie durchgeführt, bei dem routinemäßig ein Genogramm erhoben, familiäre Therapiethemen herausgearbeitet und erste Therapieziele benannt werden. Die Befunde dieser Exploration werden am Folgetag anhand des Genogramms in das Behandlungsteam eingebracht. Im zweiten Familiengespräch werden schwerpunktmäßig zwischenzeitliche Veränderungen im Familiensystem sondiert und besondere Ressourcen markiert. Anhand verschiedener systemischer Methoden, wie z.B. zirkulärem Fragen, der Skulpturarbeit, der Entwicklung von interaktionellen Ritualen, werden der Familie Impulse zur schrittweisen Krisenbewältigung und zum Verändern festgefahrener Beziehungsmuster angeboten. Durch systemische Hausaufgaben werden nachhaltige Lösungspotentiale im familialen System eruiert und hinsichtlich weiterer Entwicklungsperspektiven geprüft.

Das Abschlussfamiliengespräch ist in 3 Teile geteilt: Rückblick der Familie und Bilanz der Veränderungen, Rückblick der Therapeuten sowie gemeinsame Vorausschau im Sinne der Erörterung von möglichen Krisen und Bewältigungspotentialen. Außer auf das Familiensystem beziehen sich weitere Maßnahmen auf andere Bezugspersonen bzw. Stützsyste:

Gespräche mit Bezugspersonen

Nach Indikation werden in allen Programmen Gespräche mit Bezugspersonen aus dem familiären, sozialen bzw. beruflichen Umfeld des Patienten durchgeführt.

4.7.11. Rückfallmanagement

Rückfälle sind wesentlicher Bestandteil einer Suchterkrankung. Dabei geschehen Rückfälle zu etwa 5-10 % während der Reha-Behandlung, die meisten jedoch innerhalb der ersten drei Monate nach der Reha-Behandlung (48 % der Rückfälle in der 1-Jahreskatamnese, klinikinterne Auswertung von 2011-2013) in den typischen Risikosituationen.

Abb. 5 veranschaulicht das Vorgehen bei einem Rückfall im Behandlungszeitraum. Das Rückfallmanagement ist wesentlicher Bestandteil der Suchtbehandlung während des gesamten Behandlungszeitraumes:

Rückfallprävention:

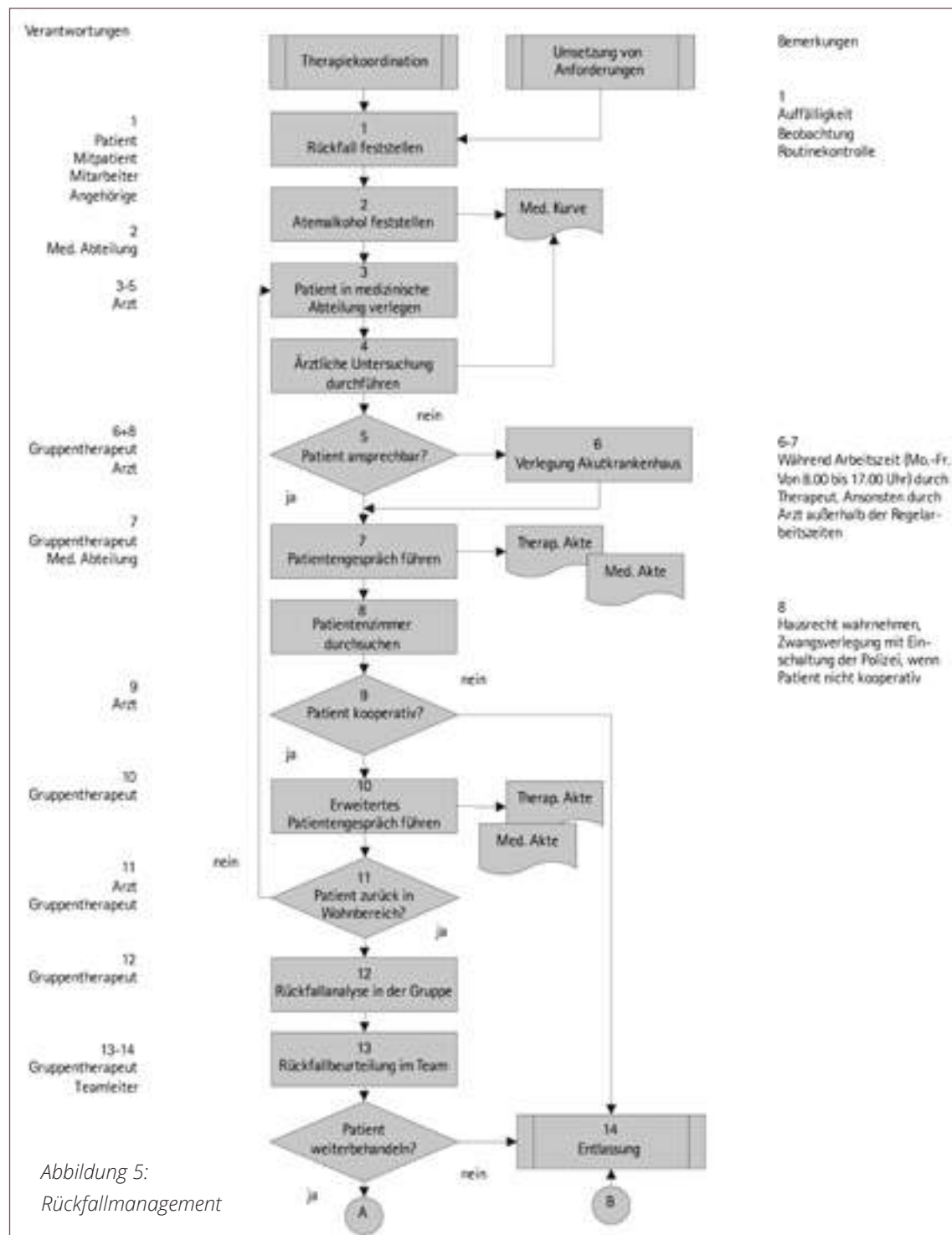
Präventive Maßnahmen zur Rückfallvorbeugung richten sich nach den gängigen Interventionen von Marlatt (1985; s. auch Lindenmeyer, 2005), wonach Rückfallrisikosituationen, Rückfallzeitpunkte und die Dauer typischer Rückfälle (anamnestisch) ergründet und Risikosituationen prognostisch eingegrenzt werden. Ziel dieses festen Therapiebestandteils ist es, Rückfallrisiken bewusst und vorhersagbar zu machen, um in Risikosituationen adäquat reagieren und Rückfälle maximal begrenzen zu können.

Daraus ableitend wird eine Enttabuisierung der Rückfallneigung therapeutisch angestrebt, indem die Selbstöffnung der Patienten zum Thema Rückfall und Konsumneigung durchgängig gefördert wird. Zudem wird das Erlernen einer systematischen Selbstbeobachtung angestrebt, indem (oft unbewusste) internale sowie externale Zustände und Risikofaktoren, die mit Suchtdruck einhergehen, vorhersagbar gemacht werden. Mithilfe der Analyse von Rückfall- oder Risikosituationen werden individuelle Risikoentscheidungen getroffen, woraus hervorgeht, welche Risikosituationen zukünftig gemieden und welche in der Suchtbehandlung trainiert werden müssen. Ablehnungstrainings in Rollenspielen, vorgestellten Szenen (mentales Training) oder realen Umgebungen schließen sich nahtlos an. Abschließend wird ein Notfallplan individuell erarbeitet, der konkrete Maßnahmen zur Überwindung von Risikosituationen und zur Begrenzung eines Rückfalls beinhaltet. Zusätzlich zu den Inhalten der Bezugsgruppentherapie bieten wir vertiefende Indikativgruppen an, die IG Rückfallprävention (vgl. Kap. 4.7.4.2) und die IG Rückfallprävention für Arbeitslose (vgl. Kap. 4.7.5.), wobei letztere der Tatsache Rechnung trägt, dass das Rückfallrisiko bei Arbeitslosen erhöht ist und hier insbesondere auch auf die spezifische Lebenssituation von Arbeitslosen eingegangen werden muss (vgl. Körkel, 2008).

Rückfallerkennung und Rückfallbegrenzung:

Um (verborgene) Rückfälle während der Behandlung frühzeitig erkennen zu können, werden regelmäßige und zufällige Atemalkoholkontrollen, Medikamenten- und Drogenscreenings durchgeführt. Diese Kontrollen erfolgen regelhaft auch bei

der Rückkehr aus einer Heimfahrt oder nach therapeutischer Festlegung. Die angekündigten und unangekündigten Kontrollen haben das Ziel, die Patienten in eine feste, regelhafte Tagesstruktur zu integrieren, die es ihnen vereinfacht, abstinente Tagesabläufe zu etablieren.



Umgang mit Rückfällen in der Behandlungsphase:

Das Vorgehen bei einem Rückfall ist in 4 konkrete Phasen eingeteilt:

1. Medizinische Abklärung: Diese hat Vorrang vor jedem weiteren Vorgehen: Der Grad der Intoxikation, Auswirkungen auf die Stabilität und mögliche Komplikationen werden festgestellt und ggf. behandelt.
2. Ausnüchterung: Der Patient wird in ein separates Überwachungszimmer auf der medizinischen Station verlegt.
3. Wiederherstellung Abstinenz: Hier wird versucht, die Therapiezuversicht zu regenerieren. Der Rückfall wird aufgearbeitet und Versäumnisse auf Patienten- und Behandlerseite identifiziert. Ein Hilfenetzwerk (z.B. helfende Personen) kann aktiviert werden. Probleme, die zu dem Rückfall geführt haben, werden gezielt bearbeitet.
4. Therapieanpassung: Therapieziele und Behandlungsschritte werden an die neue Situation angepasst (z.B. langsames Vorgehen oder Auswahl spezifischer Indikativgruppen).

Therapiefortsetzung nach Rückfall:

Da Rückfälle Bestandteil der Suchterkrankung sind, gelten sie per se nicht als Grund für einen Therapieabbruch. Der Rückfall wird jedoch in der Hinsicht sanktioniert, dass er eine detaillierte Aufarbeitung und konsequente Aufbereitung von Therapieimplikationen seitens des Patienten nach sich zieht. Ist der Patient bereit, an diesen Punkten zu arbeiten, kann eine Weiterbehandlung erfolgen, da in diesem Fall sogar die Möglichkeit für eine bessere Prognose bestehen kann. Andernfalls wird die stationäre Behandlung beendet. Eine Ausnahme von dieser Haltung stellen Rückfälle, die innerhalb des Klinikgebäudes erfolgen, dar. In diesem Fall erfolgt in der Regel die disziplinarische Entlassung. Auch bei wiederholten Rückfällen behalten wir uns unter Abwägung der Compliance des Patienten und der unter diesen Umständen zu erreichenden Therapieprognose eine Entlassung vor.

4.7.12. Gesundheits- und Krankenpflege

Unsere medizinische Abteilung ist 24 Stunden am Tag mit qualifiziertem Pflegepersonal besetzt. Die medizinische Abteilung ist zuständig für abteilungsinterne diagnostische Maßnahmen (EKG/Er-gometrie, Spirometrie, Anlegen des 24-Stunden-Blutdruck oder EKG-Messungen), Umsetzen der ärztlichen Verordnungen inklusive Ausgabe von Medikamenten, verschiedene pflegerische Arbeiten (Anlegen von Verbänden, Schulung und Durchführung von Blutdruck-/Puls-/Blutzuckermessungen), medizinische Organisation und ist vielerlei Hinsicht eine zentrale Anlaufstelle für unterschiedliche Anliegen unserer Patienten. In diesem Sinne wird unser Pflegepersonal regelmäßig im Umgang mit psychisch kranken Patienten intern geschult und von unseren psychiatrischen Fachärzten wird eine bedarfsadaptierte Fallsupervision angeboten.

Des weiteren übernimmt das Pflegepersonal im Auftrag der behandelnden Teams (Ärzte und Gruppentherapeuten) die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit mittels der Atemalkoholkontrollen und der unterschiedlichen Drogen- oder Medikamentenscreenings.

Außerdem bietet das Pflegepersonal im Sinne einer Steigerung der Patientenautonomie und des Gesundheitsselbstbewusstseins Einweisungen zur Durchführung einfacher pflegerischer Maßnahmen an (Inhalationen, Wärme- oder Kälteapplikationen, Einreibungen etc). Dazu versuchen wir bei den Patienten, soweit medizinisch vertretbar, Selbstkontrolle und Compliance z.B. bezüglich einer notwendigen Medikamenteneinnahme oder dem Umgang mit Blutdruck- und Blutzuckermessgeräten zu fördern, das Pflegepersonal weist die Patienten nach ärztlicher Anordnung in die korrekte Handhabung ein.

Eine kurzfristige pflegerische Versorgung ist bei Akuterkrankungen möglich inklusive engmaschiger Überwachung im Bedarfsfall, dauerhaft pflegebedürftige Patienten können wir jedoch nicht betreuen. Die Fähigkeit zur weitgehend selbstständigen Lebensführung wie Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Ankleiden, Wegebewältigung, auch

mit Hilfsmitteln, setzen wir voraus. Es stehen 2 Behindertenzimmer mit entsprechender Ausstattung zur Verfügung, Barrierefreiheit ist im ganzen Haus gewährleistet; für stark übergewichtige Patienten (bis 180 Kg) wurde ein Zimmer entsprechend umgebaut.

4.7.13. Weitere Leistungen

Berufliche Reintegration arbeitsloser Suchtkranker

Als Fachklinik, die seit langem einen thematischen Schwerpunkt auf die Behandlung arbeitsloser Suchtkranker setzt und in diesem Zusammenhang spezielle BORA-Behandlungsschwerpunkte im Rahmen des sog. Jobinitiative-Programms aufweist (vgl. z.B. Zemlin, Bornhak u. Nickl, 2008), unterhalten wir enge Kontakte zur Arbeitsverwaltung, um eine Reintegration arbeitsloser Abhängigkeitskranker in das Erwerbsleben zu fördern. Arbeitslose Patienten werden prinzipiell angehalten, bereits während der Behandlung den Kontakt zum zuständigen Sachbearbeiter bei der Arbeitsverwaltung zu suchen, um eine nahtlose Anschlussbetreuung zu gewährleisten. Allerdings stehen diesem Bemühen die Organisationsstrukturen und Arbeitsabläufe der Arbeitsverwaltung entgegen, die häufig erst eine Kontaktaufnahme nach abgeschlossener Reha ermöglichen (vgl. Henkel, 2008; Henke et al., 2009).

Um eine prinzipielle Sensibilisierung der Mitarbeiter der Arbeitsverwaltung für die Belange suchtkranker Arbeitsloser in medizinischer Reha zu fördern, beziehen wir regelmäßig auch die Mitarbeiter von Jobcentern und ARGEN in Tagungen und Arbeitskreise ein und haben auch bereits umfassende Schulungsangebote für diesen Personenkreis auf regionaler Ebene organisiert.

Aufrechterhaltung der beruflichen Teilhabe

Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, werden während der Therapie darauf vorbereitet, anlässlich einer Heimfahrt Kontakt zum Arbeitgeber zu suchen, um die Rückkehr an den Arbeitsplatz vorzubereiten und eventuelle Absprachen zur Wiedereingliederung in den Betrieb zu treffen.

Reha-Beratung

Im Rahmen der Rehabilitationsberatung mit dem federführenden Rentenversicherungsträger, die monatlich in der Fachklinik stattfindet, werden individuelle Lösungen für unsere Rehabilitanden gesucht, die eine rechtzeitige Einleitung weiterführender Maßnahmen aus dem Leistungskatalog der Deutschen Rentenversicherung ermöglichen.

Ambulante Nachsorge

Bezüglich der nahtlos anschließenden Nachsorge verpflichten wir unsere Patienten, während der Behandlung einen bestehenden Kontakt zur Suchtberatungsstelle weiter zu pflegen oder aber – wenn dieser Kontakt noch nicht besteht – Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle am Wohnort des Patienten aufzunehmen.

Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform nach einer stationären Rehabilitation

In indizierten Fällen kann darüber hinaus bei der Deutschen Rentenversicherung oder den gesetzlichen Krankenkassen auch während einer Langzeitbehandlung ein Wechsel in eine anschließende ambulante Reha bei einer anerkannten ambulanten Behandlungsstelle beantragt werden, wenn aus fachlicher Sicht die übliche Nachsorge nicht ausreicht. Dies ist dann der Fall, wenn sich Veränderungen oder neue Erkenntnisse im Verlauf der stationären Behandlung ergeben, die zu neuen Behandlungszielen führen, die speziell im Rahmen einer ambulanten Reha bearbeitet werden können und sollten. Tritt dieser Fall ein, wird diese Einschätzung mit dem Patienten besprochen und bei Einverständnis Kontakt mit der zuständigen Beratungsstelle aufgenommen und ein Antrag auf Modulwechsel bei der zuständigen DRV oder GKV gestellt.

Ambulante bzw. ganztägig ambulante Entlassungsform

Bei entsprechender Indikation kann ein Wechsel in eine vom Rentenversicherungsträger zugelassene ambulante bzw. ganztägig ambulante Reha angezeigt sein, um die individuellen Therapieziele des Rehabilitanten optimal erreichen zu können. Wichtig hierbei ist, dass im Gegensatz zum

„Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform“ (siehe vorheriger Abschnitt) die Gesamtdauer der Leistung nicht die Bewilligungsdauer des Erstbescheides überschreiten darf.

Der Wechsel in eine ambulante Einrichtung ist nur bis zum Ablauf von 8 Wochen nach Beginn der stationären Reha-Maßnahme möglich und wird spätestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung durch unsere Klinik nach Rücksprache mit der zuständigen ambulanten Einrichtung beantragt. Die ganztägig ambulante Entlassungsform muss spätestens vier Wochen vor dem geplanten Entlassungstermin begonnen werden und muss deshalb entsprechend rechtzeitig davor beantragt werden. Sie kann nicht auf eine Kurzzeittherapie erfolgen. Grundvoraussetzung für beide Entlassformen ist die Wohnortnähe der ambulanten Einrichtung für den Rehabilitanden, das Vorliegen einer positiven Rückfallprognose, die die Notwendigkeit eines erneuten stationären Aufenthaltes unwahrscheinlich macht und die Fähigkeit des Rehabilitanden, in dieser ambulanten Therapieform seine Therapieziele vorzugsweise erreichen zu können.

Adaptionsbehandlung

Eine Adaptionsbehandlung als Anschlussperspektive kann in bestimmten Fällen den Übergang in das Leben nach der Reha und die künftige berufliche und gesellschaftliche Teilhabe unterstützen. Die Fachklinik arbeitet seit vielen Jahren mit anerkannten Adaptionseinrichtungen zusammen.

Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen

Jeder Patient wird in der Behandlung im Rahmen der Gruppen- und Einzeltherapie auf die Sinnhaftigkeit und die Vorteile eines Selbsthilfegruppenanschlusses angesprochen und aufgefordert, möglichst bereits während der Behandlung den Kontakt zu einer wohnortnahen Selbsthilfegruppe zu bahnen. Diesen Motivierungsprozess unterstützen wir durch wöchentliche regionale Selbsthilfegruppentreffen in der Klinik, bei denen sich die Patienten über die Arbeitsweise der jeweiligen Gruppen informieren können. Jeder Patient hat Gelegenheit, an mehreren solcher Selbsthilfegruppenvorstellungen teilzunehmen, um sich für eine für ihn geeignete Gruppe entscheiden zu können.

4.7.14. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Im Rahmen der regelmäßigen Teambesprechungen werden die bevorstehenden Entlassungen hinsichtlich des Ablaufs der Rehabilitationsmaßnahme und des Erreichens der Therapieziele des Rehabilitanden besprochen. Dabei werden auch die weiteren Nachsorgeleistungen im Anschluss an die Rehabilitation erörtert und ggf. eingeleitet. Anschließend werden dem Rehabilitanden die Termine für noch anstehende Untersuchungen (z.B. Entlasslabor) sowie für die Abschlussuntersuchungen mitgeteilt.

Die medizinische Entlassuntersuchung fokussiert auf die Reevaluation der initialen Beschwerden sowie eventueller interkurrenter Erkrankungen. Außerdem werden dem Rehabilitanden die Ergebnisse der laborchemischen Entlassuntersuchung erläutert. In der Zusammenschau sämtlicher Befunde werden insbesondere die sozial-medizinisch relevanten Aspekte mit Bezug auf Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit dem Rehabilitanden abschließend thematisiert, wobei hier noch einmal zu betonen ist, dass die sozial-medizinische Komponente als dynamischer Prozess während der gesamten Rehabilitationsmaßnahme regelmäßig überprüft und angepasst wird. Eine schematische Darstellung der medizinischen Entlassung zeigt die Abbildung 6.

Im therapeutischen Abschlussgespräch wird das Erreichen der Therapieziele bilanziert und die konkrete Anschlussperspektive hinsichtlich Nachsorge oder ambulanter Weiterbehandlung im Suchthilfesystem oder – bei komorbiden Problemstellungen – im Bereich der psychotherapeutischen-psychiatrischen Versorgung sowie hinsichtlich der beruflichen Reintegrationsperspektive für Arbeitslose im Bereich der Arbeitsverwaltung besprochen. Diese weiterführenden Perspektiven sind zum Zeitpunkt des Abschlussgesprächs durch vorangehende Einzelgespräche bereits vorbereitet.

Auch im Rahmen der Sozialberatung werden die dort bearbeiteten Therapieziele abschließend resümiert und weiterführende Empfehlungen und Vereinbarungen getroffen.

Unsere internen Vorgaben bezüglich der Erstellung der Entlassungsberichte nach dem Leitfaden der DRV sehen eine zeitnahe interdisziplinäre Teamarbeit vor, welche spätestens 7 Tage nach Entlassung des Patienten abgeschlossen sein sollte.

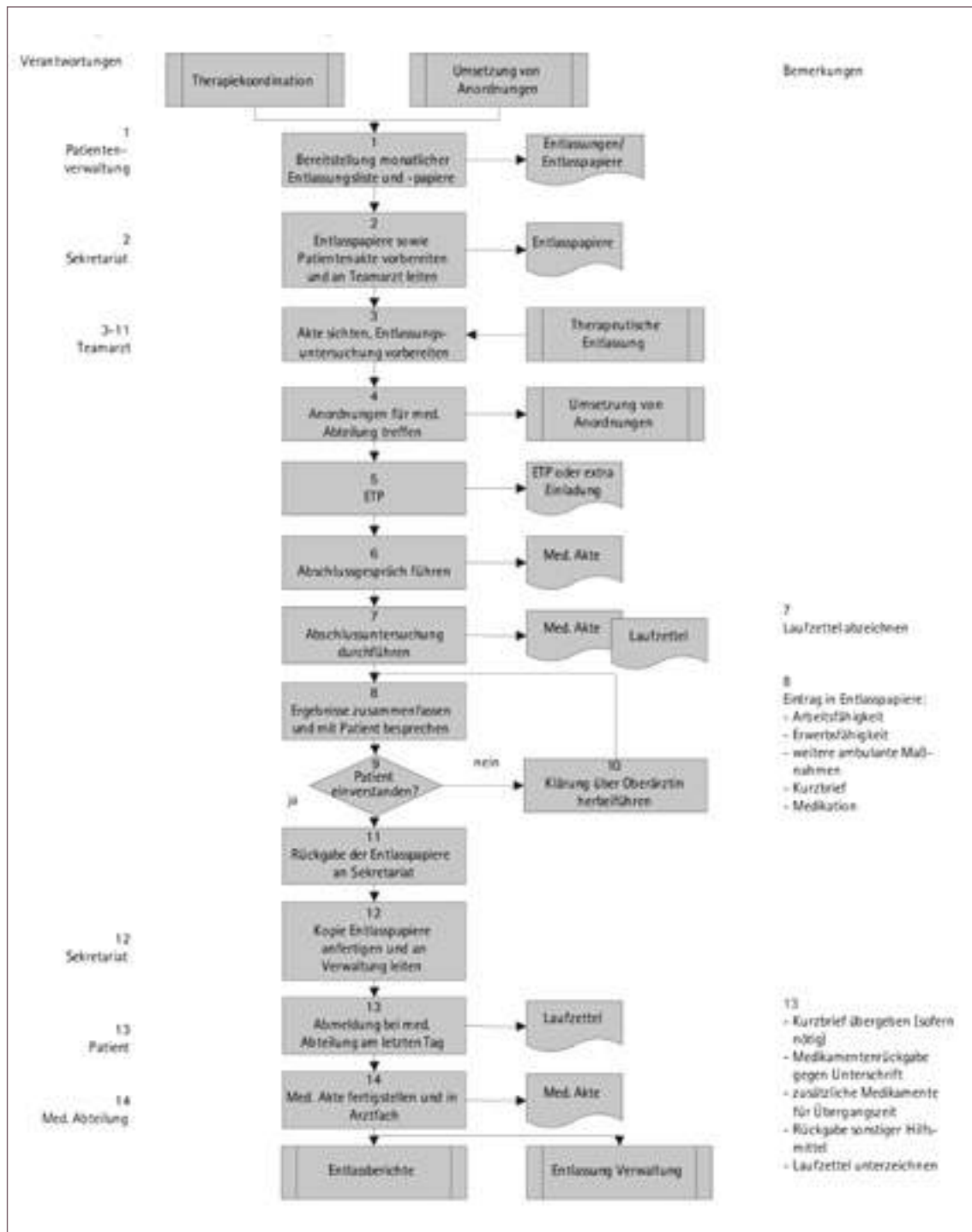


Abbildung 6: Medizinische Entlassung

5. Personelle Ausstattung

Das Personal zur Durchführung der konzeptionell festgelegten Rehabilitationsleistungen wird in Quantität und Qualität vorgegeben und erfüllt. Grundlage hierfür sind die allgemeinen Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur personellen Ausstattung für die stationäre Entwöhnung, zudem und insbesondere die mit dem federführenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung Bund, abgestimmte Personalausstattung. Für die Mitarbeiterschaft im medizinisch-therapeutischen Bereich erfolgt regelmäßig ein Abgleich zwischen Personalstands-Soll und -Ist mit der Deutschen Rentenversicherung

Baden- Württemberg und der Deutschen Rentenversicherung Bund. Zusätzlich zu den beruflichen Qualifikationen, der Berufspraxis, dem Beginn der Beschäftigung, dem Stellenmerkmal und -umfang, welche dem Federführer bei Einstellung eines Mitarbeiters mitgeteilt und/oder nachgewiesen wird, wird der Deutschen Rentenversicherung Bund jede Änderung, sonderlich weitere berufliche Qualifikationen, mitgeteilt. Durch eine vorausschauende Personalpolitik sichert die Klinik die Stellenbesetzungen.



6. Räumliche Gegebenheiten

Patientenzimmer

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim hat insgesamt 163 Zimmer für Patienten, davon 106 Einzelzimmer und 57 Doppelzimmer. Alle Zimmer sind mit Bett, Kleiderschrank, Regal und einem Schreibtisch pro Patient ausgestattet. Jedes Zimmer verfügt über eine eigene Nasszelle mit WC, Dusche und Waschbecken. Jedes Zimmer verfügt über eine Notrufanlage.

Barrierefreiheit

Die Patienten- und Therapiehäuser mit Wohn-, Pflege-, Speise- und Therapiebereichen sind barrierefrei, eine ausreichende Zahl an Patientenzimmern sind behindertenfreundlich bzw. behindertengerecht ausgestattet.

Funktionsräume

Jede Gruppe verfügt über einen eigenen Therapie- raum von ca. 25 m². Aufenthaltsräume und Teeküchen sind gruppenübergreifend auf allen Fluren vorhanden. Diese sind adäquat mit Sesseln, Tischen bzw. mit einer Küchenzeile und einem Kühlschrank ausgestattet. Weiterhin stehen zur Verfügung:

- ein großer zentral gelegener Aufenthaltsraum mit Tischen, Stühlen und separierten PC-Plätzen mit Internetanschluss online und WLAN. Angegliedert daran sind ein Kiosk, in dem Artikel des täglichen Bedarfs erworben werden können, und eine Cafeteria, die zu festen Zeiten bewirtschaftet ist. Im großen Aufenthaltsraum ist auch die Patientenbibliothek untergebracht, die zu definierten Zeiten über die Patientenselbstverwaltung betrieben wird
- ein psychologisches Diagnostiklabor mit 9 Bildschirmarbeitsplätzen für EDV-gestützte Diagnostik
- die Bäderabteilung
- Video- und Fernsehräume
- Kunsttherapieräume mit geeigneter Ausrüstung
- Brennofen für die Kunsttherapie
- ein zusätzlicher Raum für Modellierarbeiten im Rahmen der Kunsttherapie und der Freizeitgestaltung
- eine Sporthalle

- ein Sportplatz
- 2 Gymnastikräume
- eine Sauna
- ein Raum mit 11 Computerarbeitsplätzen für EDV-Kurse, Internetrecherche für Patienten

Im **Freizeitbereich** sind verfügbar:

- Freilandschach
- Bocciabahn
- Tischtennis innen und außen
- Grillplatz
- Billardkeller
- Kraftraum mit Ergometerfahrrädern (videoüberwacht)

Im **medizinischen Bereich** stehen folgende Funktionsräume zur Verfügung:

- Pflegezimmer (Zimmer 120), 24 Stunden an sieben Tagen vom Pflegepersonal besetzt; hier werden die medizinischen Akten wie auch Arbeitsunterlagen (Arbeitsanweisungen, Dienstpläne etc.) aufbewahrt, die benötigten Medikationen ausgeteilt oder verabreicht, steht das Atemalkoholmessgerät, wie auch weitere Gerätschaft (Blutdruck-/Blutzuckermessgeräte, Untersuchungssets) und hier wird der portable Notfallrucksack aufbewahrt
- Labor mit allen Utensilien für die Probenentnahmen sowie PC-Terminal zum Ablesen der Langzeit Blutdruck- und EKG-Aufnahmen
- Funktionsraum mit 12-Kanal-EKG, Fahrradergometer und Spirometer, hier wird zusätzlich ein Defibrillator aufbewahrt
- Ultraschallraum für sonographische Untersuchungen, hier werden ergänzend auch die Akupunktursitzungen durchgeführt
- 2 Überwachungszimmer mit jeweils 3 Betten
- In jedem Haus befindet sich an markierten Stellen ein Defibrillator für Reanimationsfälle

Alle Bezugstherapeuten haben ein eigenes Büro mit PC-Arbeitsplatz, abschließbaren Schreibtischen und Schränken und einer Sitzcke für Einzel- oder Paargespräche.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Klinik wird von allen Kosten- bzw. Leistungsträgern belegt. Hauptbeleger sind die DRV Baden-Württemberg und die DRV Bund, danach kommen andere Rentenversicherungsträger, Krankenkassen und sonstige Sozialleistungsträger. Wir arbeiten intensiv mit vor- und nachbehandelnden Einrichtungen wie psychosozialen Beratungsstellen für Suchtkranke und Suchtgefährdete, Fachambulanzen, stationären psychiatrischen Einrichtungen, betrieblichen Sozialdiensten, Sozialdiensten der Krankenhäuser, Haus- und Fachärzten, Adaptionsseinrichtungen, therapeutischen Wohngemeinschaften und anderen Nachsorgeeinrichtungen zusammen und unterhalten gute und enge Kontakte zur regionalen Arbeitsverwaltung (Arbeitsagenturen, Jobcenter) und den Selbsthilfegruppen im Einzugsgebiet unserer Klientel.

Zu den **Kosten- und Leistungsträgern** bestehen regelmäßige, vertrauensvolle und konstruktive Arbeitskontakte. Diese betreffen alle Fragen im Zusammenhang mit der Aufnahme von Patienten in unserem Hause als auch die enge und differenzierte Abstimmung des Behandlungskonzeptes und der therapeutischen Leistungen sowie der Austausch über fachliche Entwicklungen und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung bzw. der Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Zusammenarbeit mit den **Beratungsstellen** ist überwiegend patientenbezogen und betrifft die Abklärung der Behandlungsindikation und das Einholen fremdanamnestischer Daten, Informationen über den Therapieverlauf sowie Absprachen über die poststationäre Weiterbehandlung bzw. Nachsorge. Diese Kontakte erfolgen überwiegend telefonisch. Daneben werden in indizierten Einzelfällen anlässlich der Patientenaufnahme direkte Kontakte vereinbart. Außerdem lädt die Klinik die Beratungsstellen regelmäßig zu Workshops und Fachtagungen ein, um den fachlichen Gedankenaustausch zu fördern und die Behandlungsangebote der Klinik transparent zu machen. Wir ermöglichen Hospitationen, um die Behandlungsprogramme kennen zu lernen. Weiterhin

besuchen unsere Mitarbeiter die mit der Klinik enger kooperierenden regionalen Beratungsstellen, um sich gegenseitig über den aktuellen Stand der Therapieangebote zu informieren und Fragen der Zusammenarbeit zu klären. Die Klinik ist in der Arbeitsgemeinschaft kommunales Suchthilfenetzwerk Rems-Murr-Kreis, die Tagesklinik Stuttgart im dortigen kommunalen Suchthilfenetzwerk vertreten.

Wöchentlich stellen sich regionale **Selbsthilfegruppen** in der Fachklinik vor. Die Patienten haben Gelegenheit, sich über die Arbeitsweise dieser Gruppen zu informieren und können an mehreren Selbsthilfegruppenvorstellungen teilnehmen. Zur Intensivierung der Zusammenarbeit finden Informationsveranstaltungen mit den Regionalvertretern der Selbsthilfegruppen statt. Jedes Jahr findet ein Selbsthilfegruppentag statt, der Gelegenheit zum bilanzierenden Austausch mit den Selbsthilfegruppen bietet und an dem sich die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim für das Engagement der Selbsthilfegruppen im Rahmen der wöchentlichen Treffen in der Klinik bedankt.

Zu den **psychiatrischen Kliniken** in der Region, insbesondere den Entgiftungsstationen, bestehen telefonische und persönliche Kontakte, um Fragen der Behandlungsindikation oder der nahtlosen Verlegung zu besprechen.

Außerdem gibt es wechselseitig Informationstreffen in den Kliniken, um neue konzeptionelle Entwicklungen auszutauschen und Möglichkeiten bzw. Grenzen der Behandlung zu erörtern.

Die Klinik ist Mitgliedseinrichtung im Fachverband Sucht e.V., an dessen Kongressen sie sich aktiv beteiligt ebenso wie an thematischen Arbeitsgruppen des Fachverbandes.

Die leitenden Mitarbeiter unterhalten Mitgliedschaften in zahlreichen Fachgesellschaften.



8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die MEDIAN Klinik Wilhelmsheim ist zertifiziert nach der internationalen Norm ISO 9001 in der jeweils geltenden Fassung sowie den Anforderungen der Qualitätsgrundsätze des FVS/DEGEMED einschließlich der Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement gemäß der Vereinbarung auf Ebene der BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). Deshalb sind interne Qualitätssicherungsroutinen, wie z.B. die Durchführung und Auswertung von Rückmeldesystemen, wie z.B. einem umfangreichen Entlassfragebogen zur therapeutischen Betreuung und zur Servicequalität, die laufende Bearbeitung von aktuellen Patientenrückmeldungen über die Patientenverwaltung, die Bewertung von Rückmeldungen unserer Kooperationspartner in der therapeutischen Kette, die regelmäßige Bewertung der Kennwerte nach den Vorgaben der ‚Leitlinie Alkoholabhängigkeit‘, die routinemäßige Auswertung und Rückmeldung der Entlassberichtlaufzeiten und weiterer Parameter für unser Qualitätsverständnis selbstverständliche und kontinuierlich praktizierte Realität.

Alle in der Klinik eingesetzten Formulare und Dokumentationsmaterialien, mit denen klinische Prozesse dokumentiert werden, sind Bestandteil der Patientenakte, müssen durch die erweiterte

Klinikleitung autorisiert sein und sind QM-zertifiziert.

Die Verhaltenstherapie, die integrierender theoretischer Rahmen des Therapiekonzeptes der Fachklinik ist, bezieht ihre Legitimation unter anderem aus der empirischen Überprüfbarkeit ihrer Ergebnisse. Das Therapiekonzept orientiert sich daher an den Ergebnissen der Forschung und wird fortlaufend an den Stand der Forschung adaptiert. Die Fachklinik führt zur Überprüfung der Programmqualität und spezieller Fragestellungen eine umfassende Begleitforschung und regelmäßige Katamneseuntersuchungen durch und beteiligt sich an übergreifenden Untersuchungen und Forschungsprojekten. In den jährlich durchgeführten Katamneseuntersuchungen wird die Ergebnisqualität der Behandlung überprüft.

Weitere regelmäßige **Qualitätssicherungsmaßnahmen** sind die Teilnahme am Peer-Review-Verfahren der Rentenversicherung und die Durchführung von internen sowie die Teilnahme an externen Qualitätszirkeln. Das **Fehlermanagement** als unverzichtbarer Bestandteil der praktischen Qualitätssicherung ist nach einem definierten Prozess geregelt und regelmäßiger Bestandteil der Klinikleitungs- und der erweiterten Klinikleitungssitzungen (vgl. Abbildung 7).

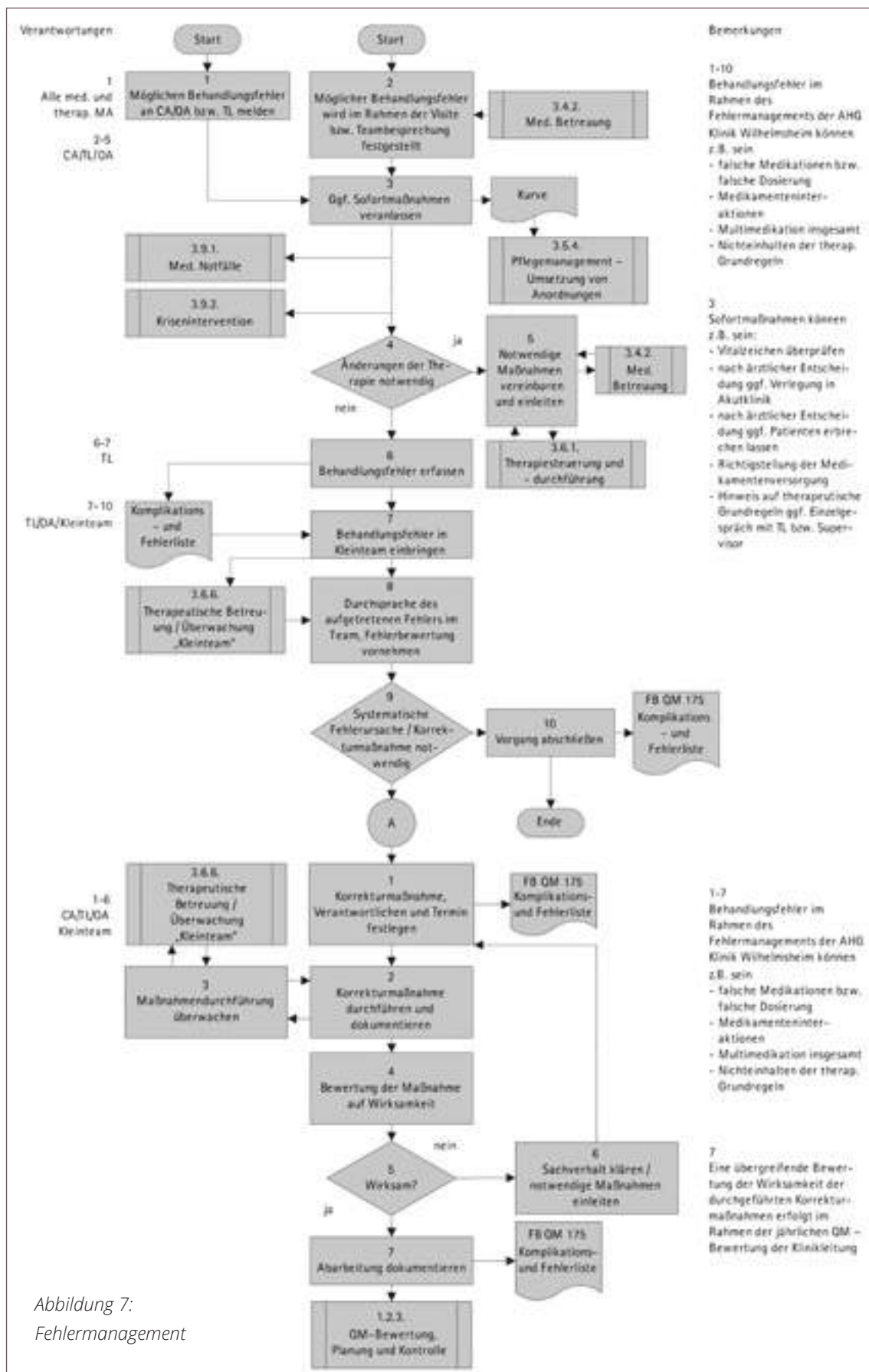
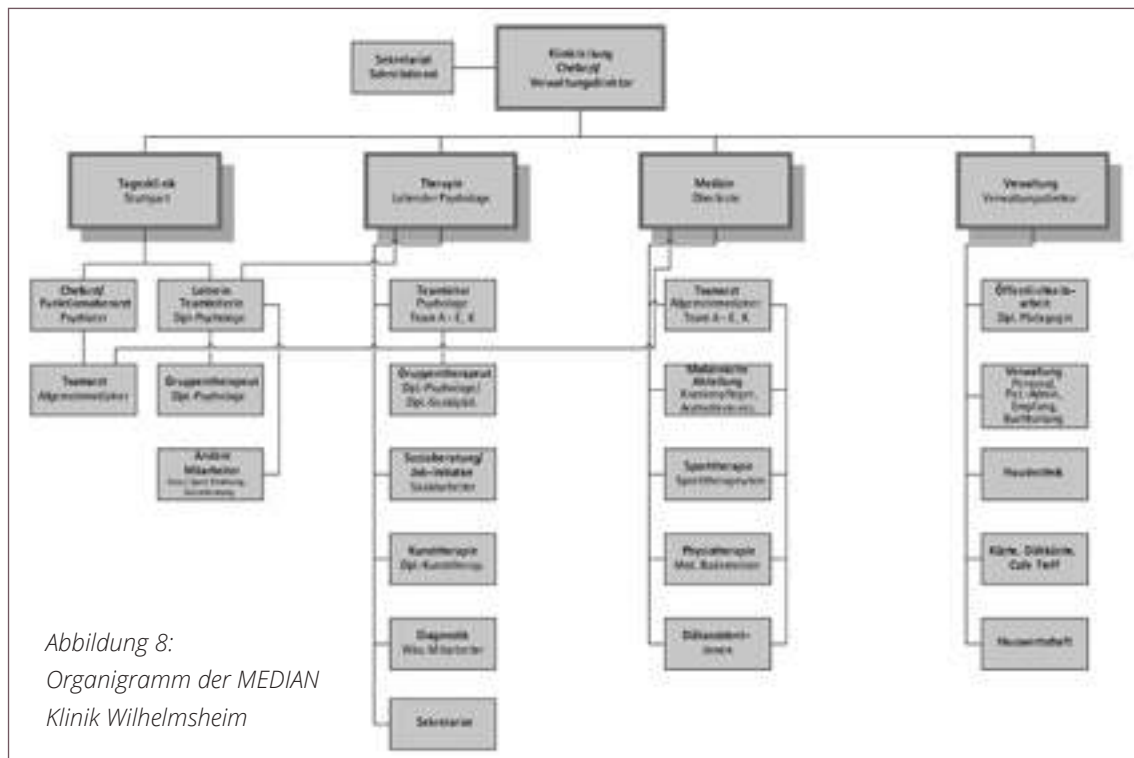


Abbildung 7:
Fehlermanagement

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation



Das therapeutische Team umfasst Ärzte, Diplom-Psychologen, Diplom-Pädagogen, Diplom-Sozialpädagogen und Diplom-Sozialarbeiter, Kunst- und Ergotherapeuten, Sporttherapeuten, Physiotherapeuten und Pflegekräfte. Chefarzt und Kaufmännischer Leiter bilden die Klinikleitung. Dem Chefarzt obliegt die medizinisch-therapeutische Gesamtverantwortung.

Der Leitende Psychologe leitet in prinzipieller Delegation durch den Chefarzt den therapeutischen Bereich (Teamleiter, Gruppentherapeuten, Kunst- und Ergotherapeuten, Sozialberatung und Jobinitiative, Diagnostik und Wissenschaft) und ist allen nicht-ärztlichen therapeutischen Mitarbeitern mit Ausnahme der Sport- und Physiotherapie fachvorgesetzt.

Die internistische Oberärztin leitet die medizinische Abteilung, die Sporttherapie und die Physiotherapie und ist den Teamärzten, den Diätassis-

tentinnen und den anderen Mitarbeitern dieses Bereiches fachvorgesetzt.

Der psychiatrische Oberarzt ist Stellvertreter des Chefarztes und mit ihm in allen psychiatrischen Fragen den therapeutischen Mitarbeitern fachvorgesetzt. Chefarzt, Oberärzte, Leitender Psychologe und Kaufmännischer Leiter bilden die erweiterte Klinikleitung (vgl. Tabelle 12).

Die Teamleiterkonferenz befasst sich unter Leitung des Leitenden Psychologen mit allen organisatorischen Abläufen, die die praktische Durchführung der Therapie, die Therapieorganisation, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die prinzipielle Reflektion der einzelnen Behandlungsmaßnahmen, die therapiebezogene Personalplanung und die Vorbereitung, Planung und Implementierung neuer Therapiemaßnahmen betreffen und ist beratendes Gremium für die Ausgestaltung und Modifizierung des Therapiekonzeptes.

Interdisziplinäre Rehateams

6 interdisziplinäre Reha-Teams der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim, betreuen in jeweils 2 bis 4 Therapiegruppen die Patienten. Die Rehateams treffen sich regelmäßig wöchentlich zu Fallbesprechungen und -supervisionen, sozialmedizinischen Fallbesprechung und zur Behandlungsplanung und Therapieorganisation. Alle Rehateams werden extern supervidiert. In den Abteilungsbesprechungen der Therapeuten, der Ärzte, des Pflegedienstes, der Physiotherapie, der Sporttherapie, der Diätassistenten, der Sozialberatung und der Kunsttherapie werden die Belange der Abteilungen geregelt und regelmäßig mit dem zuständigen Vertreter der erweiterten Klinikleitung besprochen (vgl. Tabelle 12). Weitere regelmäßige Termine dienen der

Koordination der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Begleitforschung. Daneben finden Qualitätszirkel und interdisziplinäre Arbeitsgruppen statt, die projektgebunden einberufen werden. QM-zertifizierte Protokolle gewährleisten die Dokumentation der Besprechungsergebnisse und der Distribution an die Mitarbeiter. Regelmäßig trifft sich das Gesamtteam unter Leitung des Chefarztes und des Leitenden Psychologen zu Fragen der konzeptionellen Weiterentwicklung, Besprechung von Evaluationsmaßnahmen und -ergebnissen zu unserem Behandlungsprogramm und zur Koordination klinikübergreifender Fragestellungen. Einen Überblick über alle interdisziplinären und Abteilungskonferenzen gibt Tabelle 12.

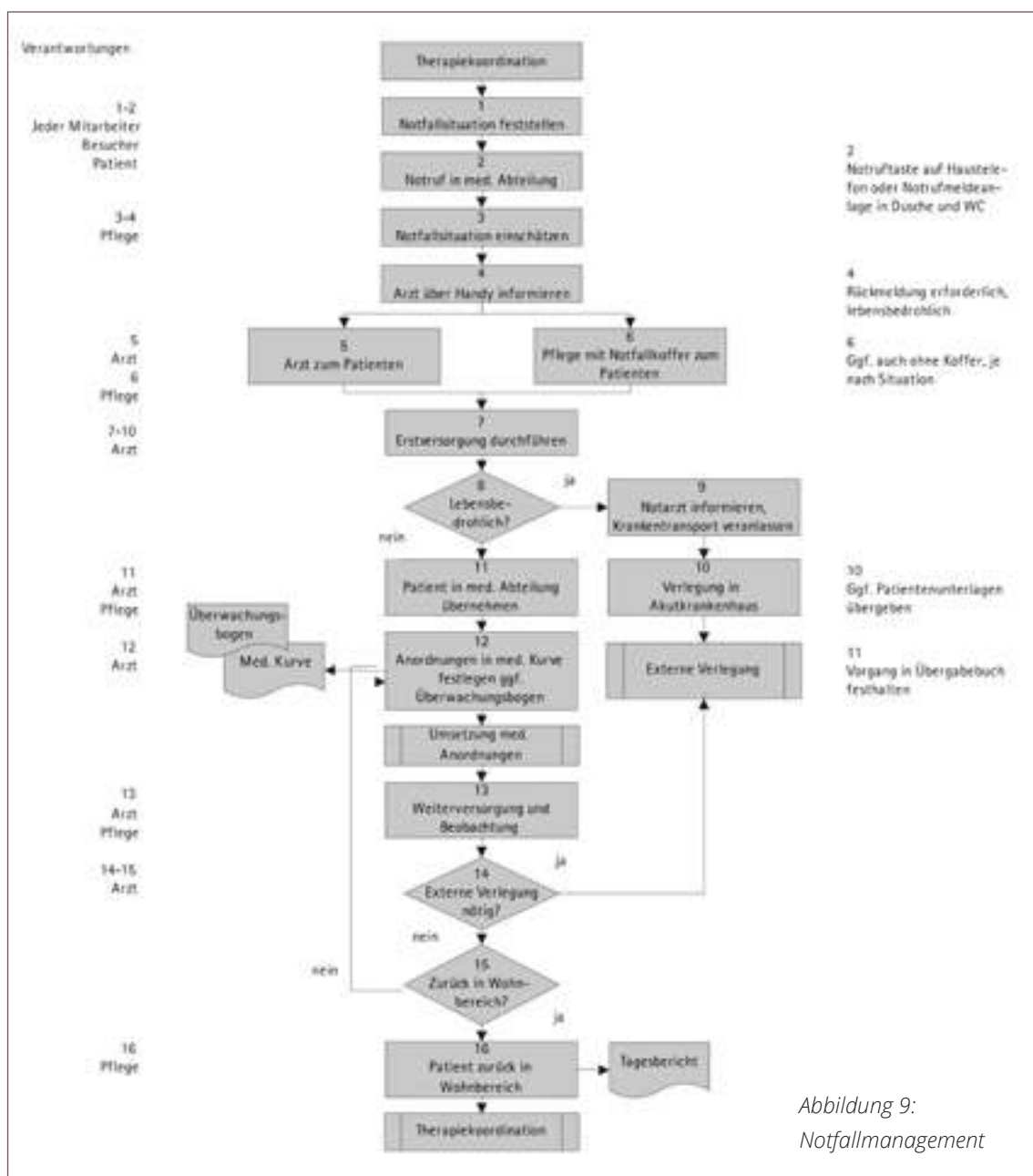
Arbeitsbeschreibungen · Konferenzen	Teilnehmer/innen	Frequenz
Leitung		
Klinikleitung	Chefarzt, Kaufmännischer Leiter	1 x in der Woche
Erweiterte Klinikleitung	Chefarzt, Kaufmännischer Leiter, Leitender Psychologe, Internistische Oberärztin, Psychiatrischer Oberarzt	1 x im Monat
Therapie		
Teamleiterkonferenz	Ltd. Psychologe, 6 Teamleiter, Psychiatrischer Oberarzt, Chefarzt (1 x im Monat)	1 x in der Woche, bei Bedarf häufiger
Abteilungsbesprechungen • Sozialberatung • Kunsttherapie • Diagnostik u. Wissenschaft • Jobinitiative	Ltd. Psychologe, jeweilige Mitarbeiter	1 x im Monat sowie in kürzeren Abständen nach Bedarf
Kunsttherapie intern	MA der Kunsttherapie	nach Bedarf
Sozialberatung intern	MA der Sozialberatung	1 x in der Woche
Jobinitiative intern	MA der Jobinitiative	1 x in der Woche
Medizin		
Tagesbericht	Med. Abtlg.	täglich
Bereichskonferenz Medizin	Oberärzte (internistisch und psychiatrisch), Teamärzte (Chefarzt 1 x im Monat bzw. nach Bedarf)	täglich
Kontakt Oberärzte – med. Abtlg.	Oberärzte (internistisch und psychiatrisch), med. Abtlg.	2-3 x täglich
Bereichskonferenz Medizin/Physiotherapie	Oberärzte (internistisch und psychiatrisch), Teamärzte, Physiotherapeuten	14-tägig
Bereichskonferenz Medizin/Sport	Internistische Oberärztin, Teamärzte, Sporttherapeuten (+ 1x im Monat Physiotherapeuten)	1 x in der Woche
Besprechung mit Diätassistenten	Internistische Oberärztin und Diätassistentinnen	nach Bedarf
Interdisziplinäre Zusammenarbeit		
6 Interdisziplinäre Rehateams	Teamleiter, Gruppentherapeuten, Teamarzt	2 x in der Woche
	Teamleiter, Psychiatrischer Oberarzt bzw. Chefarzt, Gruppentherapeuten, Teamarzt, Kunsttherapeutin, Sozialberatung, bei Bedarf auch Physiotherapeut, Sporttherapeut	1 x in der Woche
Kurzbesprechungen pro Rehateam	Teamleiter, Gruppentherapeuten	3 bis 5 x in der Woche
Indikationskonferenzen in den Rehateams	Teamleiter, Gruppentherapeut, Patient + nach Vereinbarung Teamarzt	2 bis 4 x in der Woche
Fort- und Weiterbildung		
Gesamtteam	Chefarzt, Ltd. Psychologe, Oberärzte, Teamleiter, Teamärzte, Gruppentherapeuten, Sozialberatung, Kunsttherapeuten, Sporttherapeuten	1 x im Monat bzw. nach Plan
Qualitätsmanagement und Öffentlichkeitsarbeit		
Qualitätsmanagement (QM-AG)	QM-Beauftragte und Kaufmännischer Leiter	1 x im Monat
Verbesserungsteams	Kaufmännischer Leiter, Betriebsrat, Teamleiter	nach Bedarf
Öffentlichkeitsarbeit (ÖA)	Chefarzt, Kaufmännischer Leiter, Ltd. Psychologe, MA Öffentlichkeitsarbeit	1 x im Monat

Tabelle 12: Arbeitsbesprechungen und Konferenzen

10. Notfallmanagement

Die Notfallversorgung wird durch das medizinische Personal (Ärzte, Pflegeteam) unter Koordination der internistischen Oberärztin gesichert. Unsere Notfallausrüstung (Notfallrucksack analog Ulmer Notfallkoffer III) im pflegerischen Bereich Zi. 120 im Haus 1 sowie Defibrillatoren (AED) in jedem Haus unserer Rehabilitationseinrichtung steht im

Einklang mit den Strukturqualitätsanforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Der Notfallablaufplan sieht die Alarmierung des Pflegepersonals mittels Notrufknopf vor, der in allen Patientenzimmern vorhanden ist. Mit dem Notruf wird automatisch der diensthabende Arzt verständigt, der dann weitere Maßnahmen veranlasst und



ggf. die DRK-Rettungsstelle/Notarzt alarmiert. Das Procedere ist im QMHandbuch festgehalten und Gegenstand regelmäßiger Überprüfung. Die praktischen Abläufe werden zweimal jährlich durch interne Pflichtveranstaltungen aufgefrischt. Außerdem werden die CPR (Cardio-pulmonale Reanimation)- Maßnahmen im jährlichen Rhythmus unter Leitung spezialisierten Personals des Deutschen Roten Kreuzes mit dem ärztlichen, pflegerischen, physio- und sporttherapeutischen Personal geübt und entsprechend bescheinigt. Für Ärzte werden zusätzlich interne Fortbildungen

über die aktuelle leitliniengerechte Notfalltherapie durchgeführt. Das interne Schulungsprogramm orientiert sich an den Anforderungen der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen.

Die medizinischen Notfälle werden entsprechend in der medizinischen Akte, ggf. auch im Verlegungsbericht, vom diensthabenden Arzt dokumentiert, falls eine Verlegung in eine weiterversorgende Klinik notwendig ist. Eine prozessuale Darstellung zeigt Abbildung 9.



11. Fortbildung

Es werden regelmäßig interne ärztliche Fortbildungen über aktuelle medizinische Themen angeboten. Die sozial- medizinische Fortbildung der Teamärzte wird von der Klinikleitung gefordert und gefördert. Alle unsere Ärzte haben entweder die sozialmedizinische Zusatzqualifikation oder befinden sich in sozialmedizinischer Weiterbildung. Auch zusätzliche Qualifikationen (z.B. Ernährungsmedizin, Schmerztherapie, geriatrische Versorgung) werden mit dem erklärten Zweck der Verbesserung der Versorgung unserer Patienten unterstützt. Über die Pflichtfortbildungen des medizinischen Personals im Zusammenhang mit der Notfallversorgung siehe Kap.10.

Alle therapeutischen Mitarbeiter erfüllen die in den Richtlinien zur Strukturqualität sowie in der KTL vorgegebenen Aus- und Weiterbildungsstandards der Deutschen Rentenversicherung.

Zur Weiterentwicklung der Konzeptqualität werden jährlich Fortbildungspläne erstellt, die die Anforderungen an unsere Mitarbeiter im Sinne der Konzeptentwicklung operationalisieren und regeln.

Die Klinik fördert entsprechende externe Fortbildungen der Mitarbeiter nach einer hausinternen Weiterbildungsordnung. Regelmäßig finden auch interne Fortbildungen für das Gesamtteam oder für definierte Teilgruppen des Gesamtteams durch Mitarbeiter unseres Hauses statt, die in einem jährlichen Fortbildungsplan geregelt sind. Zudem erfolgen auch Inhouse-Schulungen durch externe Referenten, so z.B. zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung, zu Teamentwicklungsprojekten und Teamspezialisierungen wie Akzeptanz-Commitment- Therapie oder Schematherapie.

Mit neu eingestellten Mitarbeitern werden bei der Einstellung Fort- und Weiterbildungsziele vereinbart, die gewährleisten, dass die therapeutischen Aufgaben dem Standard der Fachklinik entsprechen. Dies bezieht sich in erster Linie auf das Erreichen einer verhaltenstherapeutischen oder systemischen Zusatzqualifikation oder aber auf spezifische Qualifikationen im Sinne der Behandlung komorbider Problemstellungen bei unseren Patienten oder auf spezielle Versorgungsaufträge.

12. Supervision

Die interne Supervision ist in allen ärztlichen und therapeutischen Kontexten durch qualifizierte Fachvorgesetzte im Rahmen regelmäßiger Teamtermine gewährleistet. In den 6 interdisziplinären Fachteams finden darüber hinaus alle 6-8 Wochen zweistündige Supervisionen durch qualifizierte externe Supervisoren statt, die auch im Sinne einer Unterstützung unserer Teamentwicklungsprojekte

zu verstehen sind und damit auch Fortbildungscharakter haben. Die Teilnahme an allen Supervisionen ist für alle therapeutischen Mitarbeiter verpflichtend.

Im medizinischen und psychiatrischen Bereich ist die Supervision durch unsere beiden Oberärzte und den Chefarzt im Rahmen regelmäßiger Teamtermine gewährleistet.



13. Hausordnung/Therapievertrag

Eine differenzierte Hausordnung (vgl. Anhang) regelt den Umgang mit bzw. die Sanktionierung von Regelverstößen. Die Regeln der Hausordnung werden den Patienten bereits mit der Aufnahme kommuniziert, wobei wir uns die Kenntnisnahme schriftlich bestätigen lassen. Sofortige Entlassgrün-

de sind ein Suchtmittelkonsum in der Klinik sowie die Ausübung körperlicher Gewalt. In beiden Fällen sondieren wir mit dem Patienten Weiterbehandlungsmöglichkeiten in einem anderen therapeutischen Setting und stellen ggf. eine Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt in Aussicht.

Literatur

A

Ackermann K, Zemlin U, Kolb W (2010).

AGIL – Abstinenz und Behandlungserfolg in einer altershomogenen Bezugsgruppe älterer alkoholabhängiger Männer und Frauen im fachklinischen Setting. Sucht aktuell 2010, 1.

Annis HM (1986).

A relapse prevention model for treatment of alcoholics. In: Miller WR, Heather N: Treating addictive behaviors: Process of change. New York: Plenum Press, 1986, 407-433.

Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (2014).

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014.

Arend H (1994).

Alkoholismus: Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie-Verlags-Union.

Azadeh SM, Kazemi-Zahrani H, u. Besharat MA (in press; 2016 expected).

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. Global Journal of Health Science, 8.

B

Basler HD, Franz C, Kröner-Herwig B, Rehfish HP, Seemann H (Hrsg.) (1990).

Psychologische Schmerztherapie. Berlin: Springer.

Batra A, Schröter M (2007).

Problemgruppen in der Tabakentwöhnung – Aufgabenfeld einer individualisierten Behandlung? Suchttherapie 4.

Bandura A (1997).

Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev, 84.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G (1992).

Kognitive Therapie der Depression. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beck AT, Freeman A et al. (1993).

Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS (1995).

Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Bega S, Schaffer A, Goldstein B, Levitt A (2012).

Differentiating between bipolar disorder types I and II: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). J Affect Disord 138 (1-2): 46-53.

Behzadi B (1985).

Unsicherheitsfragebogen. Handanweisung. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum. 2. Auflage.

Böning J (1994).

Warum muss es ein ‚Suchtgedächtnis‘ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. Sucht 40: 244-252.

Bradizza CM, Stasiewicz PR, Paas ND (2006).

Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. Clin Psychol Rev 26: 162-78.

C

Cloninger CR, Sigvardsson S, Bohman MD (1988).

Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. Alcoholism: Clinical and Experimental Research 12: 494-505.

Cloninger CR, Dinwiddie S, Reich T (1989).
Epidmiology and Genetics of Alcoholism. Review of
Psychiatry 88: 293-309

Cloninger CR, Sigvarsdsson PD, Bohman MD
(1996).
Type I and Type II Alcoholism: An Update. Alc He-
alth and Research World 20: 18-23

Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF
(2006).
Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety
disorders and specific drug use disorders: results
from the National Epidemiologic Survey on Alcohol
and Related Conditions. J Clin Psychiatry 2006, 67:
247-257.

D

**Deutsche Rentenversicherung: Arbeitsgruppe
Berufliche Orientierung in der medizinischen Re-
habilitation Abhängigkeitskranker (BORA) (2014).**
Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs
in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeits-
kranker vom 14. November 2014.

Deutsche Rentenversicherung (2014).
Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anfor-
derungen der DRV, Berlin, 33.

Deutsche Rentenversicherung (2013).
Handbuch Ernährungsmedizin in der Rehabilitati-
on, Berlin, 4-55; 62-164; 188-213.

**Deutsche Rentenversicherung und gesetzliche
Krankenversicherung (2012).**
Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von
Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich
Abhängigkeitserkrankungen vom 10.12.2012.

Deutsche Rentenversicherung (2015).
Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit für
die medizinische Rehabilitation der Rentenver-
sicherung (Dezember 2015). [www.reha-thera-
piestandards-drv.de](http://www.reha-thera-
piestandards-drv.de)

Di Chiara G (1999).
Drug addiction as dopamine-dependent associati-
ve learning disorder. European Journal of Pharma-
cology 375: 13-30.

Di Chiara G, Bassareo V (2007).
Reward system and addiction: what dopamine
does and doesn't do. Current Opinion in Pharma-
cology 7: 69-76.

DiClemente CC, Carbonari JP, Montgomery RPG,
Hughes SO (1994).
The alcohol abstinence self-efficacy scale. Journal
of Studies on Alcohol. 55: 141-148.

Driessen M, Meier S, Hill A, Wetterling T,
Lange W, Junghanns K (2001).
The course of anxiety, depression and drinking
behaviours after completed detoxification in
alcoholics with and without comorbid anxiety and
depressive disorders. Alcohol Alcohol 36: 249-255.

Duka T, Trick L, Nikolaou K, Gray MA,
Kempton MJ, Williams H et al. (2011).
Unique brain areas associated with abstinence
control are damaged in multiply detoxified alcoho-
lics. Biological Psychiatry 70: 545-552.

E

Eberl C, Wiers RW, Pawelczack S, Rinck M,
Becker ES, Lindenmeyer J (2013).
Approach bias modification in alcohol dependen-
ce: Do clinical effects replicate and for whom does
it work best? Developmental Cognitive Neuroscien-
ce 4: 38-51.

Eberl C, Wiers RW, Pawelczack S, Rinck M,
Becker ES, Lindenmeyer J (2014).
Implementation of approach bias re-training in
alcoholism – How many sessions are needed?
Alcoholism: Clinical and Experimental Research
38(2): 587-594.

Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S, Bullmore ET, Robbins TW (2010).

Drug addiction endophenotypes: impulsive versus sensation-seeking personality traits. *Biological Psychiatry* 68: 770-773.

Ersche KD, Barnes A, Jones PS, Morein-Zamir S, Robbins TW, Bullmore ET (2011).

Abnormal structure of frontostriatal brain systems is associated with aspects of impulsivity and compulsivity in cocaine dependence. *Brain* 134: 2013-2024.

Ersche KD, Turton AJ, Chamberlain SR, Muller U, Bullmore ET, Robbins TW (2012).

Cognitive dysfunction and anxious-impulsive personality traits are endophenotypes for drug dependence. *American Journal of Psychiatry* 169: 926-936.

Ersche KD, Jones PS, Williams GB, Smith DG, Bullmore ET, Robbins TW (2013a).

Distinctive personality traits and neural correlates associated with stimulant drug use versus familial risk of stimulant dependence. *Biological Psychiatry* 74: 137- 144.

Ersche KD, Williams GB, Robbins TW, Bullmore ET (2013b).

Meta-analysis of structural brain abnormalities associated with stimulant drug dependence and neuroimaging of addiction vulnerability and resilience. *Current Opinion in Neurobiology* 23: 615-624.

Estévez N, Eich-Höchli D, Dey M, Gmel G, Studer J, Mohler-Kuo M (2014).

Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder in young Swiss men. *PLoS One* 9: e89298.

Everitt BJ, Robbins TW (2013).

From the ventral to the dorsal striatum: devolving views of their roles in drug addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 37: 1946-1954.

F

Fiedler P (2001).

Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Franke GH (2002).

SCL-90-R – Die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (2. vollständig überarbeitete und neu normierte Auflage). Göttingen: Beltz Test.

Freitag C, Retz W (Hrsg.) (2007).

ADHS und komorbide Erkrankungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Fydrich T, Geyer M, Hessel A, Brähler E (1999).

Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung an einer repräsentativen Stichprobe. *Diagnostica* 45(4): 212-216 .

G

Garavan H, Pankiewicz J, Bloom A, Cho JK, Sperry L, Ross TJ et al. (2000).

Cue-induced cocaine craving: neuroanatomical specificity for drug users and drug stimuli. *American Journal of Psychiatry* 157: 1789-98.

George B (2015).

Efficacy of acceptance and mindful based relapse prevention program on emotion regulation difficulty among alcoholics in Kerala, India. *Journal of Alcohol and Drug Dependence*, 3(3): 250.

Gerber WD, Miltner W, Birbaumer N, Haag G (1989):

Konkordanztherapie. Manual., München: Röttger. Grant B, Stinson F, Harford T (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence: a 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse* 13: 493-504.

Grant JD, Agrawal A, Bucholz KK, Madden PA, Pergadia ML, Nelson EC, Lynskey MT, Todd RD, Todorov AA, Hansell NK, Whitfield JB, Martin NG, Heath AC (2009).

Alcohol consumption indices of genetic risk for alcohol dependence. *Biological Psychiatry* 66: 795-800.

Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP (2004).

Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 61: 361-368.

Grawe K (2004).

Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.



H

Hautzinger M, Stark W, Treiber R (1992).

Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006).

BDI-II; Beck Depressions-Inventar Revision. Harcourt Test Services: Frankfurt am Main.

Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R,

Piasecki M, Batten SV, Byrd M, u. Gregg J (2004).

A preliminary trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. Behavior Therapy, 35(4), 667-688.

Heath AC, Bucholz KK, Madden PAF,

Dinwiddie SH, Slutske WS, Bierut LJ, Statham DJ,

Dunne MP, Whitfield JP, Martin NG (1997).

Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: consistency of findings in women and men. Psychological Medicine, 27: 1381-1396.

Hein J, Wrase J, Heinz A (2007).

Neurobiologie alkoholbedingten Suchtverhaltens. In: Psychiatrie und Psychotherapie 1, 2007. Heinz A, Batra A (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer, 2003.

Henke J, Henkel D, Nägele B, Pagels N,

Wagner, A (2009).

Erhebung von Ansätzen guter Praxis zur Integration Suchtkranker ins Erwerbsleben im Rahmen des SGB II. Abschlussbericht für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG). Berlin. BMG.

Henkel D (2008).

Wie viele Suchtbehandelte sind arbeitslos, und welche Chancen haben sie, wieder Arbeit zu finden? Bundesweite empirische Daten zur beruflichen Integration vor und nach der Suchtbehandlung. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht – ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P (2008).

Arbeitslosigkeit und Suchtrehabilitation: Hauptergebnisse des ARA-Projekts und Schlussfolgerungen für die Praxis. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht – ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Henkel D, Zemlin, U (2013).

Suchtkranke im SGB II: Vermittlungen an die Suchthilfe durch Jobcenter und Integration in Arbeit – eine kritische Bilanz. Sucht 59 (5), 279-286.

Hinckes AS, Laucht M, Schmidt MH, Mann KF, Schumann G, Schuckit MA, Heinz A (2006).

Low Level of Response to Alcohol as Associated with Serotonin Transporter Genotype and High Alcohol Intake in Adolescents. Biological Psychiatry, Vol. 60, Issue 3, 282-287.

Hippius H, Klein HE, Strian F (1999).

Angstsyndrome – Diagnostik und Therapie. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

J

Jacobi C, Paul T, Brengelmann JC (Hrsg.) (1989).

Therapie bei Essstörungen. München: Röttinger.

Jung M (1996). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.) Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart, Jena, New York: G Fischer.

K

Kanfer FH (1994).

Beiträge eines Selbstregulationsmodells zur psychotherapeutischen Praxis. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (2006).

Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin Heidelberg New York: Springer.

Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA,

Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996).

The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. Am J Orthopsychiatry 66: 17-31.

Kienast T, Stoffers J, Birmphohl F, Lieb K (2014).

Borderline personality disorder. Dtsch Arztebl Int 111: 280-6.

Knopik VS, Heath AC, Madden PAF, Bucholz KK, Slutske WS, Nelson EC, Statham D, Whitfield JB, Martin NG (2004).

Genetic effects on alcohol dependence risk: Re-evaluating the importance of psychiatric and other heritable risk factors. Psychological Medicine 34: 1519 –1530.

Körkel J (Hrsg.) (1998).

Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.

Körkel J (2008).

Rückfälle arbeitsloser Suchtkranker: Fakten und Folgerungen für die Rückfallprävention. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht – ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Körkel J, Schindler C (2003).

Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Ein strukturiertes Trainingsprogramm. Berlin: Springer.

Kröger CB, Flöter S, Piontek D (2007).

Behandlung der Tabakabhängigkeit – eine Übersicht. In: Suchttherapie 4, 2007.

Küfner H (1999).

Prävention. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Thieme.

Küfner H, Bühringer G (1996).

Alkoholismus. In K. Hahlweg u. A. Ehlers (Hrsg.) Psychische Störungen und ihre Behandlung. Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen: Hogrefe.

L

Laux L, Glanzmann P, Schaffner P u.

Spielberger CD (1981).

„Das State-Trait-Angstinventar (Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen STAI-G Form X 1 und Fragebogen STAI-G Form X 2)“; Weinheim: Beltz.

Lee SS, Humphreys KL, Flory K, Liu R, Glass K (2011).

Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 31: 328-41.

Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC (2007).

DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 62: 553-64.

Lieb H (1995).

Verhaltenstherapie, Systemtherapie und Kontrolle menschlichen Verhaltens. Ein Beitrag zur Paradigmen Diskussion in der Psychotherapie. Regensburg: Roederer.

Linden M, Baron S u. Muschalla B (2009).

Mini-ICF-APP. Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Lindenmeyer J (2005).

Alkoholabhängigkeit. In: D. Schulte, K. Hahlweg, J. Margraf, W. Rief u. D. Vaitl (Hrsg.). *Fortschritte der Psychotherapie* (Band 6). Göttingen: Hogrefe.

Linehan M (1993).

Cognitive-behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Guilford Press.

Lipowski ZJ (1989).

Psychiatry: Mindless or brainless, both or neither? *Canadian Journal of Psychiatry* 34: 249-254.

Litman GK (1986).

Alcoholism survival., The prevention of relapse. In: Miller WR, Heather N: *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press, 391- 405.

Liu I-C, Blacker DL, Xu R, Fitzmaurice G, Lyons MJ, Tsuang MT (2004).

Genetic and Environmental Contributions to the Development of Alcohol Dependence in Male Twins. *Archives of General Psychiatry* 61: 897-903.

Lutz R

Genuss und Genießen. Weinheim: Beltz, 1983.

Luoma JB, Kohlenberg BS, Hayes SC, Fletcher L (2012).

Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-51.

M

Makris N, Oscar-Berman M, Jaffin SK, Hodge SM, Kennedy DN, Caviness VS et al. (2008).

Decreased volume of the brain reward system in alcoholism. *Biol Psychiatry* 64: 192-202.

Mann KF, Hoch E, Batra A (2015).

AWMF-S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Springer, Heidelberg.

Marlatt GA, Gordon JR (Hrsg.) (1985).

Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York: Guilford Press.

Marlatt GA, Donovan DM (Hrsg.) (2005).

Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, Second Edition. New York: Guilford Press.

Matthies S, Hesslinger B, Philipsen A (2007).

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter. In: Psychiatrie und Psychotherapie.

Miguel-Hidalgo JJ, Overholser JC, Meltzer HY, Stockmeier CA, Rajkowska G (2006).

Reduced glial and neuronal packing density in the orbitofrontal cortex in alcohol dependence and its relationship with suicide and duration of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 30: 1845-1855.

Miller WR, Rollnick S (2005).

Motivierende Gesprächsführung. 2. überarbeitete Auflage. Freiburg: Lambertus.

Missel P, Zemlin U (1994).

Neuere Entwicklungen in der verhaltenstherapeutischen Behandlung von Suchterkrankungen (Alkohol und Medikamentenabhängigkeit). In: Zielke M, Sturm J (Hrsg.): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH (1999).

Effectiveness of Treatment for Substance Abuse and Dependence for Dual Diagnosis Patients: A Model of Treatment Factors Associated with One-Year Outcomes. *J. Stud. Alcohol* 1999, 60, 856-866.

Morozowa TV, Goldman D, Mackay TF, Anholt RR (2012).

The genetic basis of alcoholism: multiple phenotypes, many genes, complex networks. *Genome Biology* 13: 239.

N

Najt P, Fusar-Poli P, Brambilla P (2011).

Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Res* 186: 159-64.

O

Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U (2008).

Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Alcohol Alcohol* 43: 300-4.

P

Pabst C, Stöter M, Kamke W (2002).

Empfehlungen zur Sicherstellung der Notfalltherapie in kardiologischen Rehabilitationseinrichtungen. Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauferkrankungen e.V (DGPR).

Petry J (1996).

Alkoholismustherapie. Gruppentherapeutische Strategien zur Behandlungsmotivierung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Petry J, Jahrreiss R (1999).

Stationäre Rehabilitation von ‚Pathologischen Glücksspielern‘: Differentialdiagnostik und Behandlungsindikation. Kurzfassung des abschließenden Forschungsberichtes an den Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. *Deutsche Rentenversicherung* 4/1999, 196-218.

Petry J (2003).

Glücksspielsucht. Göttingen: Hogrefe.

Prescott C, Kendler K (1999).

Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *American Journal of Psychiatry* 156: 34- 40.

Prescott C, Kendler K (1999).

Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 23: 101-107.

Preuss UW, Gouzoulis-Mayfrank E, Havemann- Reinecke U, Schäfer I, Beutel M, Mann KF, Hoch E (2015).
Psychische Komorbiditäten bei alkoholbedingten Störungen. Nervenarzt: 1-8

Prochaska JO, Di Clemente CC
Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Research and Practice* 1982, 19, 276-288.

Prochaska JO, Di Clemente CC
Toward a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (Hrsg.), *Treating addictive behaviors: Processes of change*. New York: Plenum Press, 1986.

Prochaska JO, Di Clemente CC
Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Eisler RM, Miller PM (Hrsg.): *Progress in behaviour modification*. Sycamore: Academic Press, 1992, 184-218.

Prochaska JO, Velicer WF
The transtheoretical model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion* 1997, 12, 38-48.

R

Raimo EB, Schuckit MA (1998).
Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav* 23: 933-946

Regier DA, Farmer ME, Rae DS (1990).
Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 264: 2511-2518

Reinert CH.
ICF-Grundlage rehabilitativen Denkens. Vortrag Sozial- Medizinische Fortbildung Schwerin, 26.02.2015

Rist F, Watzl H (1999).
Psychologische Ansätze. In: Gastpar M, Mann K, Rommelspacher H (Hrsg.): *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Stuttgart: Thieme.

Roediger E (2010).
Schematherapie bei Abhängigkeit – (Dual Focus Schema Therapy nach S. Ball). In E. Roediger und G. Jacob: *Fortschritte der Schematherapie*. Göttingen: Hogrefe.

Roediger E (2016).
Was kann die Schematherapie zur Suchtbehandlung beitragen ? PTT Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie. 1/2016.

Rumpf H-J, Meyer C, Hapke U, John U (2001).
Der Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). In: Küfner H (Ed.) *Elektronisches Handbuch zu Erhebungsinstrumenten im Suchtbereich (EHES)*. Version 1.00. Mannheim: Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen.

S

Samochowiec J, Samochowiec A, Puls I, Bienkowski P, Schott BH (2014).
Genetics of alcohol dependence: a review of clinical studies. *Neuropsychobiology* 70: 77-94.

Samson HH (2000).
The microstructure of ethanol drinking: Genetic and behavioral factors in the control of drinking patterns. *Addiction*, 95 (S2), 61-72.

Sartor CE, Agrawal A, Lynskey MT, Bucholz KK, Heath AC (2008).
Genetic and Environmental Influences on the Rate of Progression to Alcohol Dependence in Young Women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 32: 632-638.

Schaarschmidt U, Fischer AW (1996).
AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster. Frankfurt/M.: Harcourt Test Services

- Schaarschmidt U, Fischer AW (1997).**
AVEM – ein diagnostisches Instrument zur Differenzierung von Typen gesundheitsrelevanten Verhaltens und Erlebens gegenüber der Arbeit. Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie, 18, Heft 3, 151– 163.
- Schmitz B, Fydrich T, Limbacher K (1996).**
Persönlichkeitsstörungen: Diagnostik und Psychotherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Schuckit MA (1994a).** A clinical model of genetic influences in alcohol dependence. J Stud Alcohol 55: 5-17.
- Schuckit MA (1994b).**
Low level of response to alcohol as a predictor of future alcoholism. Am J Psychiatry 151: 184-189.
- Schuckit MA (1996).**
Auf der Suche nach Prädiktoren für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit: Eine prospektive Studie. In: Mann K, Buchkremer G (Hrsg.): Sucht: Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Stuttgart, Jena, New York: G Fischer.
- Schuckit MA, Smith TL (1996).**
An 8-year follow-up of 450 sons of alcoholic and control subjects. Archives of General Psychiatry 53, 202- 210.
- Schuhler P, Schmitz B (2006).**
Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und komorbider Persönlichkeitsstörung. In: Schuhler P, Vogelgesang M (Hrsg.): Psychotherapie der Sucht. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Schwarzer R und Jerusalem M (2002).**
Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem M und Hopf, D [Hrsg.]: Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim : Beltz 2002, 28-53.
- Seitz HK, Lieber CS, Simanowski UA (Hrsg.) (1995).**
Handbuch Alkohol, Alkoholismus, Alkoholbedingte Organschäden. Leipzig, Heidelberg: Barth.
- Singer MV, Teyssen S (Hrsg.) (2005).**
Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Heidelberg: Springer.
- Smout M, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White J. (2010).**
Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. Substance Abuse, 31(2), 98-107
- Sobanski E, Alm B (2004).**
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Erwachsenen. In: Der Nervenarzt 7.
- Sorgatz H (1999).**
Verhaltenstheoretische Konzepte und Modelle zu psychischen Störungen. In: H. Reinecker (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT.
- Soyka M (1995).**
Die Alkoholkrankheit – Diagnose und Therapie. Weinheim: Chapman u. Hall.
- Spyra K, Köhn S, Ammelburg N, Schmidt C, Missel P, u. Lindenmeyer J (2011).**
Rehabilitanden-Management-Kategorien (RMK) – Entwicklungsprozess und ausgewählte Ergebnisse am Beispiel der Suchtrehabilitation. Rehabilitation (Stuttg), 50 (5), 298-307.
- Spyra K, Zemlin U, Bernert S, Wilke K (2014).**
Differenzielle Indikation für die stationäre Kurzzeitbehandlung, Kombibehandlung und Tagesrehabilitation auf der Grundlage von Rehabilitanden-Management- Kategorien (RMK). Abschlussbericht.
- Steingass HP (1994).**
Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger. Geesthacht: Neuland, 1994.
- Steingass HP (1999).**
Neuropsychologie und Sucht, Geesthacht: Neuland.

Sting S, Blum C (2003).

Soziale Arbeit in der Suchtprävention: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. München: Reinhardt.

Stotts AL, Green C, Masuda A, Grabowski J, Wilson, K, Northrup T, Moeller FG, Schmitz J. (2012).

A Stage I pilot study of Acceptance and Commitment Therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125(3), 215-222.

T

Thau M (1996).

Familientherapie in der Fachklinik: Was hat stationäre familientherapeutische Suchtarbeit mit Verantwortung und Neugier zu tun? In: *Systema* 10, 34-52.

Thau M, Zemlin U (1997).

10 Jahre Kurzzeittherapie in der Fachklinik Wilhelmsheim – Konzeptentwicklung und Evaluation. In: *Verhaltensmedizin Heute – Fortschritte in der Rehabilitation*, Schriftenreihe des Wissenschaftsrates der AHG 1997, 7, 59-71.

Thekiso B, Murphy P, Milnes J, Lambe K, Curtin A, Farren CK (2016 in press).

Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: A pilot matched control trial., *Behavior Therapy*.

Trim RS, Schuckit MA, Smith TL (2009).

The relationships of the level of response to alcohol and additional characteristics to alcohol use disorders across adulthood: a discrete-time survival analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 33: 1562-70.

V

van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA (2012).

Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*, 2012. 122(1-2): p. 11-9.

van de Glind G and the IASP Research Group (2014).

Variability in the prevalence of adult ADHD in treatment seeking substance use disorder patients: results from an international multi-center study exploring DSM-IV and DSM-5 criteria. *Drug Alcohol Depend* 134: 158-66.

Villagrà P, Fernández P, Rodríguez F, González A. (2014).

Acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioural therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 644-657.

Volkow ND, Wang GJ, Telang F, Fowler JS, Logan J, Childress AR et al. (2006).

Cocaine cues and dopamine in dorsal striatum: mechanism of craving in cocaine addiction. *Journal of Neuroscience* 26: 6583-6588.

Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F (2011).

Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences* 108: 15037-15042.

Vollstadt-Klein S, Wichert S, Rabinstein J, Buhler M, Klein O, Ende G et al. (2010).

Initial, habitual and compulsive alcohol use is characterized by a shift of cue processing from ventral to dorsal striatum. *Addiction* 105: 1741-1749.

W

Welch KA, Carson A, Lawrie SM (2013).
Brain structure in adolescents and young adults with alcohol problems: systematic review of imaging studies. *Alcohol and Alcoholism* 48: 433-444.

Wiers RW, Eberl C, Rinck M, Becker ES, Lindenmeyer J (2011).

Retraining automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychol Sci* 22: 490-7.

Wiers CE, Stelzel E, Gladwin TE, Park, SQ, Pawelczack S, Gawron CK, et al. (2015).

Effects of cognitive bias modification training on neural alcohol cue reactivity in alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry*, 172(4), 335-343.

Wilson KG, Schnetzer LW, Flynn MK, Kurz AS (2012).

Acceptance and Commitment Therapy for Addiction. In S.C. Hayes u. M.E. Levin (eds). *Mindfulness u. acceptance for addictive disorders: applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions*, p 27-68. Oakland: Harbinger.

Wobrock T, Falkai P, Schneider-Axmann T, Frommann N, Wolwer W, Gaebel W (2009).

Effects of abstinence on brain morphology in alcoholism: a MRI study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 259: 143-150.

Wodarz N et al. (2004).

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) bei erwachsenen Alkoholabhängigen. In: *Nervenheilkunde* 23, 9.

Wong DF, Kuwabara H, Schretlen DJ, Bonson KR, Zhou Y, Nandi A et al. (2006).

Increased occupancy of dopamine receptors in human striatum during cue-elicited cocaine craving. *Neuropsychopharmacology* 31: 2716-27.

Y

Young J, Klosko JS, Weishaar ME (2003).

Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Guilford Publications: New York.

Young J, Brown G, Berbalk H, Grutschpalk J (2003).

Hamburg. Young Schema Questionnaire (YSQ-S2). Deutsche unveröffentlichte Kurzfassung und Weiterentwicklung des YSQ-L2. Eine Überprüfung der psychometrischen Qualität des (YSQ-S2).

Z

Zemlin U, Herder F (1994).

Ergebnisse der summativen und differentiellen Evaluation eines individualisierten stationären Behandlungsprogrammes für Alkohol- und Medikamentenabhängige. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 27, 7; 128-192.

Zemlin U (1997).

Das Behandlungssystem für suchtkranke Menschen im Jahr 2000: Entwicklungsleitlinien und Forderungen aus fachlicher Sicht. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): *Das Beste für den Suchtkranken – Versorgungsstrukturen und Marktprinzipien*. Geesthacht: Neuland.

Zemlin U (1999).

Komplementäre Maßnahmen – ein Konzept der Vernetzung von ambulanten und stationären/teilstationären Behandlungsmaßnahmen. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.): *Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten*. Geesthacht: Neuland.

Zemlin U, Bornhak C, Nickl A (2008).

Maßnahmen zur Förderung der beruflichen Reintegration arbeitsloser Alkohol- und Medikamentenabhängiger sowie zur Überwindung der Schnittstelle zwischen Suchtrehabilitation, Arbeitsmarkt und Arbeitsverwaltung. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.): *Arbeitslosigkeit und Sucht – ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Zemlin U, Cabanis A, Prexl-Mager H, Stahl U, Burkhart E, Herder F, Kolb W (1996).
Integrierte Raucherentwöhnung in einer Fachklinik für Alkohol- und Medikamentenabhängige. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation 34, 90-96.

Zemlin U, Gnam K (2008).
Der Konsiliardienst der Suchthilfe in Arbeitsagenturen und Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) – ein initiales Hilfeangebot im Rahmen einer regionalen Vernetzung von Suchthilfe und Arbeitsverwaltung. In: Henkel D, Zemlin U (Hrsg.): Arbeitslosigkeit und Sucht – ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Frankfurt a. M.: Fachhochschulverlag.

Zemlin U, Kolb W (1990).
Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.



Zemlin U, Kolb W (2007).
Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.

Zemlin U, Kolb W (2001).
Konzeptmodul Teilstationäre Behandlung Stuttgart. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.

Zemlin U, Kolb W (2009).
Konzept zur Behandlung von Patienten mit pathologischem Glücksspiel. AHG Klinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.

Zemlin U, Missel P, Dornbusch P, Ackermann K (2000).
Behandlungsmaßnahmen in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger und ihr Bezug zu den Dimensionen „Aktivitäten“ und „Partizipation“ der ICDH-2-Beta-2. Suchttherapie 1(3): 117- 125.

Zemlin U, Missel P, Deichler ML, Schend M, Schreiber R, Kolb W (2008).
Inventar zur Therapieplanung für Alkohol- und Medikamentenabhängige – ITA. Fachklinik Wilhelmsheim: unveröffentlicht.

Zemlin U, Thau M, Herder F, Bürgel S, Pinocy L, Schopf W, Schreiber R (1999).
Qualitätssicherung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker: Konzeptbeschreibung und Evaluation des Kurzzeitbehandlungsprogrammes der Fachklinik Wilhelmsheim. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 45, 53-72.

Zintzaras E, Stefanidis I, Santos M, Vidal F (2006).
Do alcohol-metabolizing enzyme gene polymorphisms increase the risk of alcoholism and alcoholic liver disease? Hepatology 43: 352-61.

Zuo L, Lu L, Tan Y, Pan X, Cai Y, Wang X, Hong J, Zhong C, Wang F, Zhang XY, Vanderlinden LA, Tabakoff B, Luo X (2014).
Genome-wide association discoveries of alcohol dependence. American Journal on Addictions 23: 526-39

Anhang

Verzeichnis der Tabellen (T) und Abbildungen (A)

Nr.	Inhalt	Seite
T 1	Allgemeines	06
A 1	Bio-psycho-soziales Modell	09
T 2	Übersicht über die stationäre Rehabilitationsdauer in den Behandlungsprogrammen	29
A 2	RMK-Assessment	30
T 3	Behandlungsschwerpunkte	33
T 4	Gemischtgeschlechtliche Gruppen, Psychotherapie	42
T 5	Frauenspezifische Gruppen, Psychotherapie	47
T 6	Männerspezifische Gruppen, Psychotherapie	47
T 7	Arbeits- und Arbeitslosigkeitsbezogene Maßnahmen (Programm Jobinitiative)	48
A 3	Vorbereitung der externen Arbeits- und Belastungserprobung	50
A 4	Durchführung der externen Arbeits- und Belastungserprobung	51
T 8	Rehabilitationssportprogramm	53
T 9	Angebotsübersicht der Sport- und Bewegungstherapie	54
T 10	Indikativgruppen zum Aufbau von gesundheitsförderndem Freizeitverhalten	56
T 11	Aufgaben des Sozialdienstes (Abteilung Sozialberatung)	57
A 5	Rückfallmanagement	60
A 6	Medizinische Entlassung	64
A 7	Fehlermanagement	69
A 8	Organigramm der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim	70
T 12	Arbeitsbesprechungen und Konferenzen	71
A 9	Notfallmanagement	72

Anhang (A)

A A4	Hausordnung	88
T A1	Beispielwochenpläne Langzeit	90
T A2	Beispielwochenplan Kurzzeit/Kombi	91
A A1	Medizinische Aufnahme, Individualisiertes Programm	92
A A2	Medizinische Aufnahme – Kurzzeit/Kombi	93
A A3	Therapeutische Aufnahme individualisiertes Programm/Kurzzeit/Kombi	94

Hausordnung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung Ihrer Suchterkrankung entschieden. Die Einhaltung von Vereinbarungen und Regeln sind unverzichtbare Voraussetzungen für einen rücksichtsvollen Umgang im täglichen Zusammenleben während Ihres Klinikaufenthaltes. Diese Hausordnung ist die Basis für die gemeinsame therapeutische Arbeit. Bitte lesen Sie sich die Hausordnung in Ruhe durch und besprechen Sie eventuelle Fragen mit Ihrer Therapeutin bzw. Ihrem Therapeuten.

Alkohol, Drogen und Medikamente

Der Besitz, die Einnahme und die Weitergabe von Alkohol und Drogen sowie von Medikamenten (sofern diese nicht von uns verordnet oder genehmigt wurden) sind während der gesamten Therapiezeit unter keinen Umständen erlaubt. Dies gilt auch für alkoholhaltige Lebensmittel, wie z. B. Pralinen und Schwarzwälder Kirschtorte, alkoholfreies Bier, Malzbier usw. sowie für alkoholhaltiges Mundwasser und alkoholhaltige Zahnpasta. Beachten Sie dies bitte auch beim Einkauf oder beim Erhalt von Päckchen oder Geschenken.

Umgang mit Medikamenten und sonstigen Heilmitteln

Bitte stimmen Sie jegliche Medikamenteneinnahme mit Ihrer/Ihrem Teamärztin/-arzt ab. Alle mitgebrachten und anderweitig verordneten Medikamente geben Sie bitte in der medizinischen Abteilung ab (auch Hustensäfte, Salben, Schnupfensprays etc.).

Die/der für Sie zuständige Ärztin/Arzt entscheidet dann über die Weiterverwendung bzw. verschreibt die erforderlichen Medikamente. Medikamente dürfen nicht an andere Patienten weitergegeben werden.

Tagesablauf, Nachtruhe

Der Therapieablauf ist durch die Wochenpläne vorgegeben. Die Teilnahme an allen Maßnahmen der Behandlung und an den Gemeinschaftsaufgaben ist verpflichtend.

Die Nachtruhe beginnt von Sonntag bis Donnerstag um 22.30 Uhr und endet um 6.00 Uhr morgens. An Freitagen, Wochenenden und Feiertagen beginnt die Nachtruhe um 24.00 Uhr und endet wiederum um 6.00 Uhr. Bitte halten Sie sich in diesen Zeiten in Ihrem Zimmer auf und vermeiden Sie jeglichen Lärm.

Malzeiten

Wir erwarten bei allen Therapiemaßnahmen und im Speisesaal angemessene Kleidung. Sie wohnen bei uns in der Gemeinschaft, regelmäßige Körperhygiene ist selbstverständlich.

Zusammenleben, Schweigepflicht

Bitte respektieren Sie den persönlichen Bereich Ihrer Mitpatientinnen und Mitpatienten. Sexuelle Kontakte innerhalb der Klinik sind nicht gestattet und können gegebenenfalls zur Entlassung führen. Für die Sauberkeit des Hauses und den pfleglichen Umgang mit dem Mobiliar und der Einrichtung sind alle mitverantwortlich. Wir bitten um Ihre aktive Teilnahme.

Informationen über die Behandlung anderer Patientinnen und Patienten unterliegen der Schweigepflicht und dürfen nicht weitergegeben werden. Dies gilt auch nach der Entlassung.

Rauchen

Rauchen ist nur in der therapiefreien Zeit und nur in den dafür vorgesehenen Zonen im Freien gestattet. Bitte beachten Sie die aktuellen Regelungen.

Gewalt, Diebstahl

Wir erwarten von Ihnen, dass Sie auf jede Form von Androhung und Anwendung von Gewalt verzichten. Auf Gewaltanwendung und Diebstahl erfolgt in der Regel die disziplinarische Entlassung.

Patientenzimmer

Während des Aufenthalts sind Sie für die Sauberkeit und Ordnung in Ihrem Zimmer selbst verantwortlich. Einzelheiten regelt die Zimmerordnung, sie ist ein Teil der Hausordnung.



Türschilder

Wir händigen Ihnen ein Türschild mit Ihrem Namen für Ihr Zimmer aus. Entscheiden Sie bitte selbst, ob Sie das Türschild anbringen möchten oder nicht.

Spielen um Geld

Das Spielen um Geld ist in der Klinik nicht gestattet.

Elektrische Geräte

Sie dürfen nur die nachfolgend aufgeführten elektrischen Geräte mitbringen: Radiorecorder, CD-Player, MP3-Player, Fön, Hairstyler, Rasierapparat, elektrische Zahnbürste und Munddusche. Nicht gestattet sind alle Arten von Fernsehgeräten, Spielkonsolen etc. Das Benutzen von Notebooks etc. erfordert die Zustimmung Ihres Gruppentherapeuten.

Waschmaschinen, Wäschetrockner und Bügeleisen stehen bei uns zur Verfügung.

Haftung

Geldbeträge können Sie am Empfang zur Aufbewahrung abgeben. Für mitgebrachte Gegenstände übernehmen wir keine Haftung.

Telefon/Handy

Sie können ein persönliches Telefon anmieten. Gegen Entgelt können Sie telefonieren und Gespräche empfangen. An der Rezeption ankommende Anrufe dürfen wir aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht an Sie weitervermitteln. In den Klinikgebäuden darf ein Handy nur außerhalb der Therapie und nicht im Speisesaal benutzt werden. Wir behalten uns vor, bei störendem Gebrauch Ihr Handy vorübergehend einzuziehen.

Ausgang und Besuchszeiten

In der individualisierten Behandlung haben Sie ab dem 4. Samstag Tagesausgang, in der Kurzzeit- und Kombibehandlung ab dem 2. Samstag. Besuch können Sie bereits am ersten Wochenende empfangen. Die Ausgangs- und Besuchszeiten sind wie folgt geregelt:

Montag bis Donnerstag

16.00 Uhr bis 22.00 Uhr

Freitag

16.00 Uhr bis 22.00 Uhr

Samstag, Sonntag und Feiertag

08.00 Uhr bis 22.00 Uhr

Kleidung

Auf dem Klinikgelände erwarten wir von Ihnen übliche Straßenkleidung und Schuhe. Das Sonnenbaden in Badebekleidung ist lediglich auf der Liegewiese neben dem Teich gestattet.

Videonutzung/Videoüberwachung

Der Einsatz von Videokameras in unterschiedlichen Therapieangeboten gehört zu den Standardinstrumenten unserer therapeutischen Behandlung. Videoaufnahmen bleiben hausintern. In einzelnen Räumen findet aus Sicherheitsgründen eine Videoüberwachung statt.



Beschwerdemanagement

Wir hoffen natürlich sehr, dass Sie sich bei uns wohl fühlen und keinen Grund zur Be-
anstandung haben. Sollte aber doch einmal etwas nicht zu Ihrer Zufriedenheit sein, so wenden Sie sich bitte an den kaufmännischen Leiter, Herrn Götze. Ich habe die Hausordnung gelesen und erkenne diese mit meiner Unterschrift als Grundlage für unsere Zusammenarbeit an.

Beispielwochenplan Langzeit

Langzeit vor der Indikationskonferenz	Langzeit nach der Indikationskonferenz
Montag	Montag
09:00 - 10:40 Bezugsgruppe	09:00 - 10:40 Bezugsgruppe
11:00 - 11:30 Pezziball	13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen
11:40 - 11:45 Spirometrie	13:30 - 15:30 Kunsttherapie
13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen	15:30 - 17:00 ACT-Basisgruppe
13:30 - 15:30 Kunsttherapie	
16:00 - 16:45 Wirbelsäulengymnastik Anfänger	
Dienstag	Dienstag
09:00 - 10:00 Vortrag Rückfall	09:00 - 10:30 IG Lebenskompass
13:30 - 14:30 Bezugsgruppe	11:00 - 11:30 Kniegymnastik
15:00 - 16:00 Vortrag Abhängigkeitsentwicklung	11:45 - 12:15 Koordinatives Training (rebounding)
	13:30 - 14:30 Bezugsgruppe
	15:00 - 16:30 IG Genuss und Genießen
Mittwoch	Mittwoch
09:00 - 10:30 Bezugsgruppe	09:00 - 10:30 Bezugsgruppe
11:30 - 12:00 Visite	11:00 - 11:30 Visite
13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen	13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen
13:30 - 14:00 Forum Gymnastikraum	13:30 - 14:00 Forum Gymnastikraum
16:00 - 17:00 Basissport	14:30 - 14:45 Ablehnungstraining
Donnerstag	Donnerstag
09:00 - 10:00 Vortrag Suchtgedächtnis 1.Teil	09:00 - 10:30 IG Lebenskompass
13:30 - 14:30 Themenzentrierte Gruppe	11:00 - 11:30 Kniegymnastik
15:00 - 16:00 Vortrag Suchtgedächtnis 2.Teil	13:30 - 14:30 Themenzentrierte Gruppe
	15:00 - 16:30 IG Genuss und Genießen
Freitag	Freitag
09:00 - 10:40 Bezugsgruppe	09:00 - 10:40 Bezugsgruppe
13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen	13:00 - 13:30 Achtsamkeitsübungen
16:00 - 16:45 Wirbelsäulengymnastik Anfänger	13:30 - 14:15 Halswirbelsäulengymnastik

Tabelle A1: Beispielwochenpläne Langzeit

Beispielwochenplan Kurzzeit/Kombi

Kurzzeit/Kombi	
Montag	
08:10 - 08:40	Gesunde Ernährung bei Hyperurikämie/Gicht
09:00 - 11:00	Bezugsgruppe
11:30 - 12:30	Forum
13:15 - 15:00	Film-Vortrag
16:00 - 17:00	Themenzentrierte Gruppe
Dienstag	
08:15 - 08:30	Kurzvortrag
09:15 - 10:45	IG Selbstsicherheit und Kontakt
11:15 - 11:45	Visite
11:45 - 12:30	IG Raucherentwöhnung Vorbereitung
13:15 - 13:25	Reizstrom
15:00 - 16:30	IG Genuss und Genießen
Mittwoch	
08:15 - 10:00	Bezugsgruppe
10:30 - 12:00	Kunsttherapie
13:00 - 14:00	Gruppenspaziergang
14:15 - 14:30	Ablehnungstraining
15:00 - 16:00	Themenzentrierte Gruppe
Donnerstag	
08:15 - 08:30	Kurzvortrag
09:15 - 10:45	IG Selbstsicherheit und Kontakt
10:50 - 10:55	Spirometrie
11:00 - 11:30	Schultergymnastik Gymnastikraum
11:30 - 12:30	Vortrag Diabetes Therapie
13:00 - 13:10	Reizstrom
13:30 - 14:30	Bezugsgruppe
15:00 - 16:30	IG Genuss und Genießen
Freitag	
07:15 - 07:25	Reizstrom
08:00 - 08:15	Ablehnungstraining
08:15 - 08:30	Kurzvortrag
09:00 - 11:00	Bezugsgruppe
11:30 - 12:30	Themenzentrierte Gruppe
12:50 - 13:10	Arzttermin
13:30 - 14:15	Wirbelsäulengymnastik



Tabelle A2: Beispielwochenplan in der Kurzzeit/Kombi-Behandlung

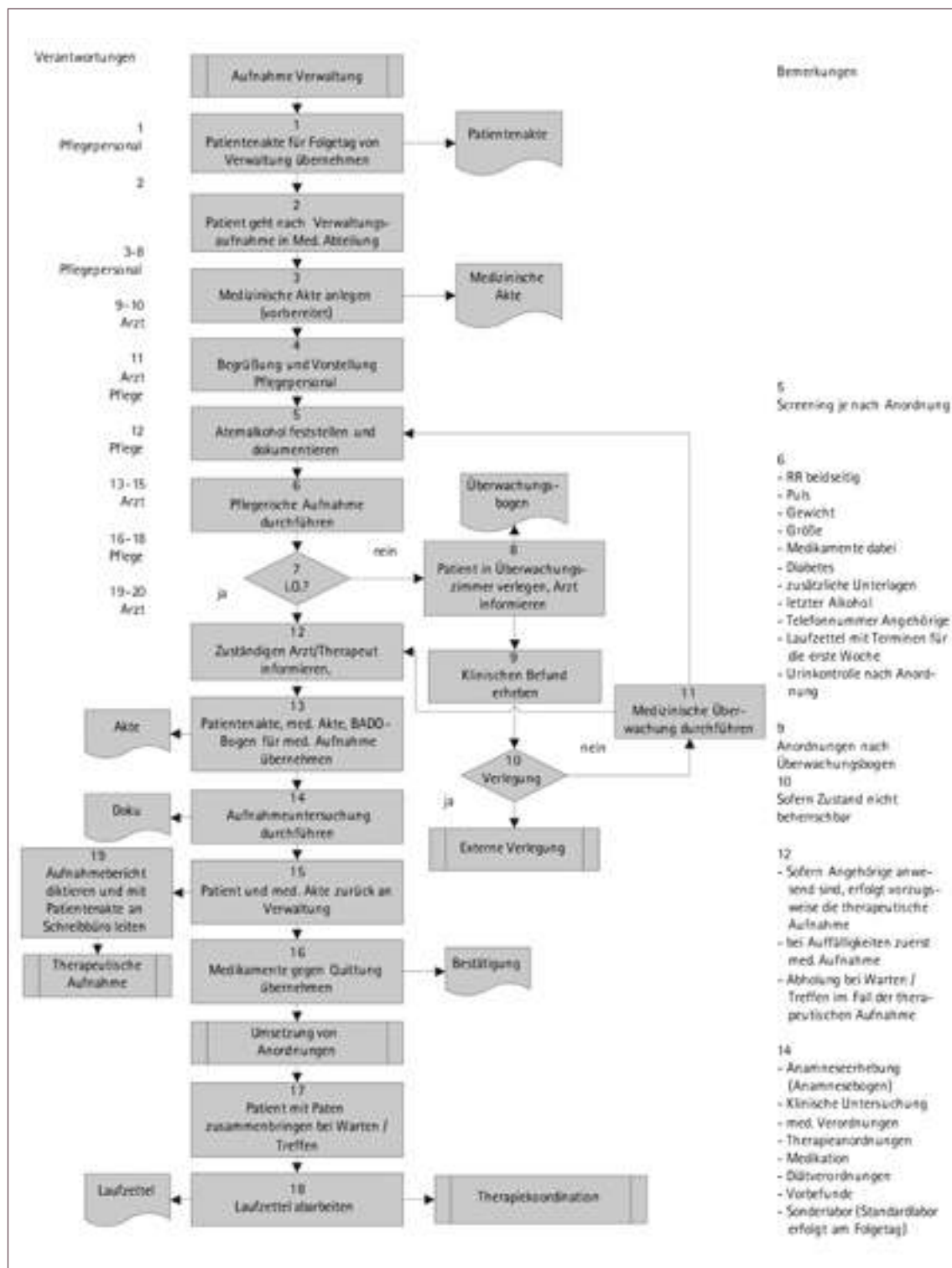


Abbildung A1: Medizinische Aufnahme, Individualisiertes Programm

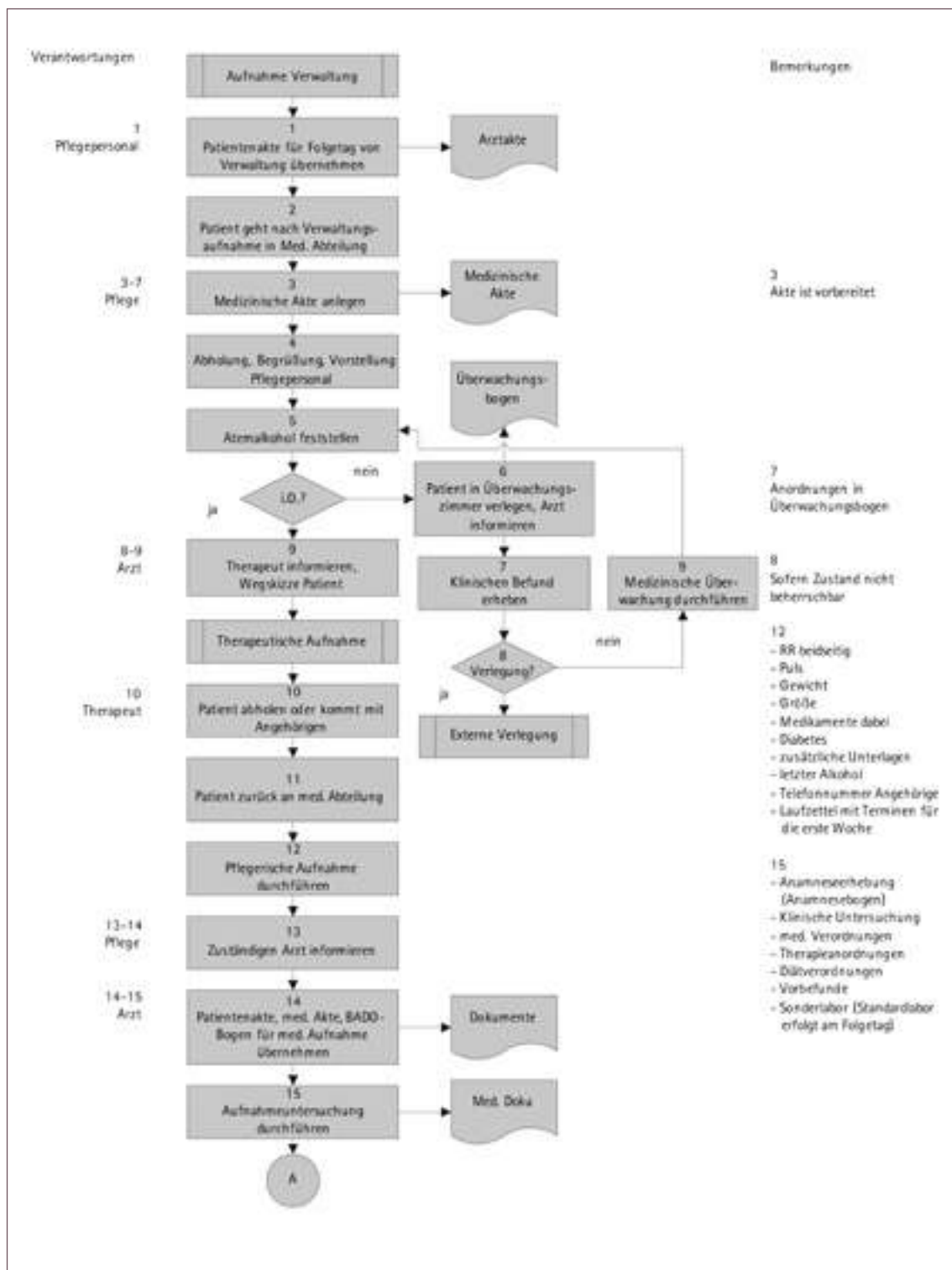


Abbildung A2: Medizinische Aufnahme – Kurzzeit/Kombi

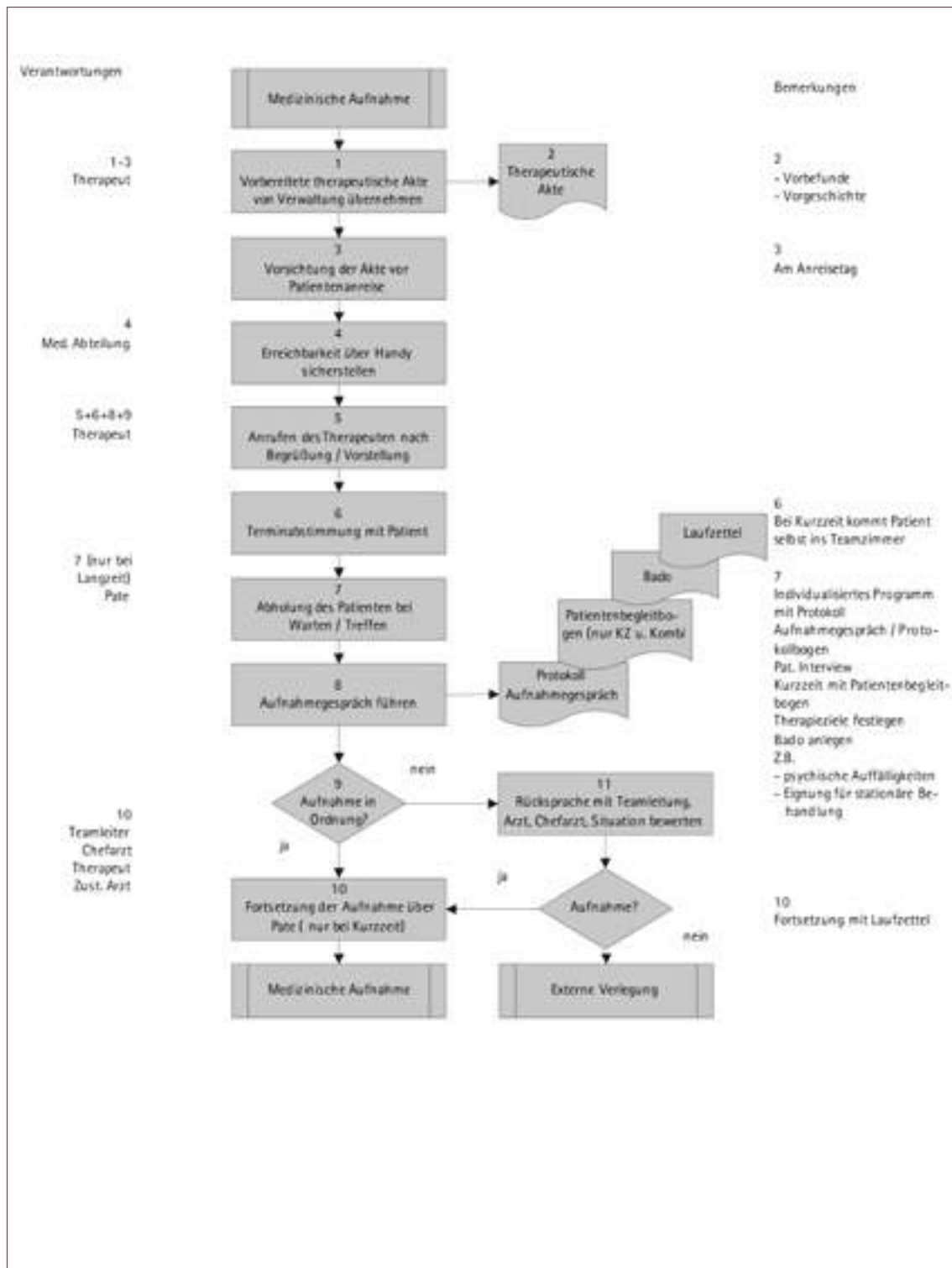


Abbildung A3: Therap. Aufnahme Individualisiertes Programm/Kurzzeit/Kombi

Kontakt

Telefonzentrale +49 7193 52-0
Telefax +49 7193 52-159

Aufnahmesekretariat
A-G +49 7193 52-230
H-R +49 7193 52-200
S-Z +49 7193 52-266
Telefax +49 7193 52-262

Chefarzt +49 7193 52-215
Oberarzt (internistisch) +49 7193 52-268
Oberarzt (psychiatrisch) +49 7193 52-296
Leitender Psychologe +49 7193 52-233
Kaufmännischer Leiter +49 7193 52-216

www.median-kliniken.de
wilhelmsheim-kontakt@median-kliniken.de

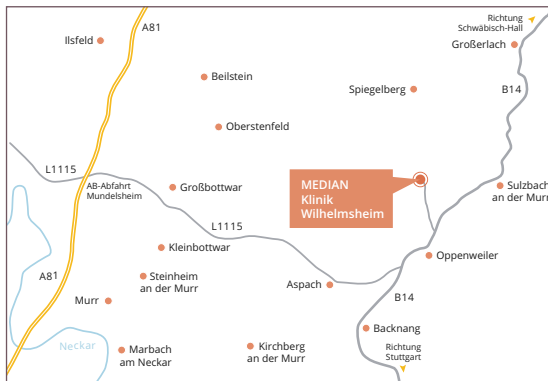
MEDIAN Klinik Wilhelmsheim
Wilhelmsheim 11
71570 Oppenweiler

Auf Anforderung schicken wir Ihnen gerne eine aktuelle Telefonliste aller therapeutischen Ansprechpartner in der MEDIAN Klinik Wilhelmsheim zu.

Über die Telefonzentrale können Sie sich außerdem mit allen Mitarbeitern verbinden lassen.



Anfahrt



Mit dem Auto

- aus Richtung Heilbronn: A 81, Ausfahrt Mundelsheim, Richtung Backnang, B 14.
- aus Richtung Nürnberg: A 6, Ausfahrt Schwäbisch Hall, B 14.
- aus Richtung München: A 8, Ausfahrt Wendlingen, B 313, B 10, B 14.
- aus Richtung Singen: A 81, über Kreuz Stuttgart Richtung Heilbronn, Ausfahrt Mundelsheim, Richtung Backnang, B 14.
- aus Richtung Stuttgart: B 14, Richtung Schwäbisch Hall
- in Oppenweiler der Beschilderung folgend nach Wilhelmsheim abbiegen.

Mit der Bahn

- Zielbahnhof Oppenweiler, Fernverkehr entweder über Stuttgart und Backnang (nächstgelegener S-Bahnanschluss) oder über Nürnberg, Ansbach, Crailsheim.
- Am Bahnhof Oppenweiler oder der Bushaltestelle (Kreissparkasse, Ortsmitte) können wir Sie nach Voranmeldung abholen.

MEDIAN Klinik Wilhelmsheim
Wilhelmsheim 11
71570 Oppenweiler
Telefon +49 7193 52-0
Telefax +49 7193 52-159
wilhelmsheim-kontakt@median-kliniken.de

www.median-kliniken.de