

# Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Alkohol- und Medikamentenabhängiger

Die *PSYCHOSOMATISCHE KLINIK  
BERGISCH GLADBACH* ist

- ein psychiatrisches Fachkrankenhaus für Abhängigkeitserkrankungen
- Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss)
- Mitglied im Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“
- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der stationären Suchtrehabilitation e. V. (deQus)
- seit 5/2007 zertifiziert nach KTQ-Reha

## Anschrift (Hauptklinik):

Schlodderdicher Weg 23 a  
51469 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202/206-0  
02202/206-173 (Chefarzt)  
02202/206-137 (Aufnahme)  
Fax: 02202/206-163 (Verwaltung)  
02202/206-182 (Chefarzt)  
02202/206-190 (A-Abteilung)

## Träger:

PSK Psychosomatische Klinik Bergisch Land gGmbH  
Wilhelm-Breckow-Allee 20  
Sitz: 51643 Gummersbach

## Verfasser:

Dr. med. Thomas Kuhlmann  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Facharzt für psychotherapeutische Medizin  
Chefarzt

Wolfgang Schneider  
Dipl.-Psychologe  
Psychologischer Psychotherapeut  
Supervisor BDP  
Therapeutischer Leiter, A-Abteilung

Psychosomatische Klinik  
Bergisch Gladbach



## INHALTSVERZEICHNIS

1. Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
  - 1.1. Entwicklung der Klinik und aktueller Stand
  - 1.2. Geografische Lage und praktische Ausstattung
2. Einzugsgebiet und Behandlungsverbund
3. Behandlungsdauer
4. Behandlungsansatz / therapeutische Grundhaltung
  - 4.1. Tiefenpsychologische Grundorientierung
  - 4.2. Integrative Psychotherapie
  - 4.3. Integration neurobiologischer Cravingforschung
5. Indikationen
6. Kontraindikationen
7. Therapeutisches Konzept der Alkohol- / Medikamentenentwöhnungsabteilung
  - 7.1. Planung der Behandlung und Aufnahmeverfahren
  - 7.2. Entzugsbehandlung
  - 7.3. Eingangsuntersuchungen und -diagnostik
  - 7.4. Therapieziele (allgemein)
  - 7.5. Die Entwöhnung im Tages- und Wochenprogramm
    - 7.5.1. Medizinisch-psychiatrische Versorgung
    - 7.5.2. Einzelpsychotherapie
    - 7.5.3. Gruppenpsychotherapie
    - 7.5.4. Indikationsspezifische Gruppen, Gesundheitstraining, Arbeitsgemeinschaften
    - 7.5.5. Behandlung comorbider Patienten
    - 7.5.6. Sozialdienst
    - 7.5.7. Berufliche Eingliederung
    - 7.5.8. Themenorientierte Gruppenarbeit
    - 7.5.9. Arbeitstherapie
    - 7.5.10. Werktherapie
    - 7.5.11. Kreatives Training
    - 7.5.12. Sporttherapie
    - 7.5.13. Tanztherapie
    - 7.5.14. Einbeziehung Angehöriger in der Therapie
    - 7.5.15. Selbsthilfegruppen
    - 7.5.16. Strukturierte Freizeitaktivitäten
    - 7.5.17. Hausversammlung
    - 7.5.18. Kriseninterventionen
  - 7.6. Der therapeutische Prozess in der A-Abteilung
    - 7.6.1. Behandlungsphasen
      - Eingewöhnungs- und Motivationsphase
      - Neuorientierungsphase
    - 7.6.2. Ganztägig ambulante (teilstationäre) Behandlung
    - 7.6.3. Behandlungsmodule
8. Betreutes Wohnen
9. Institutsambulanz
10. Organisation und Struktur
  - Teamstruktur
  - Supervision, Fort- und Weiterbildung
  - Leitungsstruktur
  - Personelle Besetzung
  - Kosten- und Leistungsträger
11. Qualitätssicherung
12. Literatur
13. Anhang
  - Lage der Klinik / Anfahrt
  - Hausordnung der Entwöhnungsbehandlung
  - Therapeutischer Wochenplan

## 1. Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

### 1.1 Entwicklung der Klinik und aktueller Stand

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Nachdem die Klinik 1980 zunächst mit einer Abteilung zur stationären Entwöhnung Alkohol- / Medikamentenabhängiger begann und 1981 eine weitere Abteilung zur stationären Entwöhnung Drogenabhängiger eröffnete, folgte 1990 eine erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger, zunächst als Modelleinrichtung [1, 2, 3, 4]. Auf Grund der positiven Ergebnisse dieses neuen Behandlungsansatzes wurde 1994 und 1995 je eine weitere Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger eröffnet. Seit dem 01.04.1994 ist die Klinik in die regionale Pflichtversorgung Drogenabhängiger für die Stadt Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis eingebunden.

Aktuell besteht die Klinik aus:

- drei Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit je 14 Betten [5],
- einer Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger inklusive einer adaptiven Phase mit 40 Betten [6],
- einer Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten\* mit 40 vollstationären Betten und 6 ganztägig ambulanten Plätzen,
- einer Institutsambulanz für suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Patienten und deren Angehörige [7],
- einem komplementären Bereich, dem aufsuchenden Betreuten Wohnen für Abhängigkeitskranke einschließlich psychiatrischer Comorbidität, für Klienten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis und Köln [8].

Während sich die Akutstationen, die Abteilung für Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (A-Abteilung) und 10 Behandlungsplätze (adaptive oder vierte Behandlungsphase) der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger (D-Abteilung) auf dem Klinikgelände in Bergisch Gladbach befinden, sind weitere 30 Behandlungsplätze (erste bis dritte Therapiephase) der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger (D-Abteilung) in Wermelskirchen-Dabringhausen an der Dhünnalsperre untergebracht.

### 1.2 Geografische Lage und praktische Ausstattung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (Hauptklinik) liegt an der Stadtgrenze zwischen Bergisch Gladbach und dem Kölner Stadtteil Dellbrück in einem waldreichen Naherholungsgebiet mit gutem Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel (zur Lage siehe Skizze im Anhang):

- mit den Straßenbahnlinien 3 und 18 (Richtung Thielenbruch) bis zur Haltestelle „Dellbrücker Hauptstraße“, weiter mit dem Bus 436, Richtung Bergisch Gladbach, bis Haltestelle „Schlodderrich“. Oder bis Endhaltestelle „Thielenbruch“ und ca. 10 Min Fußweg,

\* Wir verwenden das generische Maskulinum („der Patient“, „der Therapeut“), das männliche und weibliche Personen einschließt. Zu einer der orthografisch falschen oder sehr umständlichen neuen Schreibweisen konnten wir uns nicht entschließen.

- aus Köln mit der S-Bahn (S11) Richtung Bergisch Gladbach bis Haltestelle „Duckterath“, von dort mit dem Bus 436, Richtung Köln-Dellbrück, bis Haltestelle „Schlodderdich“.

Bedingt durch die geografische Lage und die organisatorische Anbindung der Klinik an die Städte Bergisch Gladbach (über 100.000 Einwohner) und Köln (über 950.000 Einwohner) steht den Patienten nicht nur ein breit gefächertes kulturelles und Freizeitangebot zur Verfügung. Vielmehr bietet die dynamische Region vielfältige Möglichkeiten, sich bereits während der Behandlung im Sinne einer aktiven Außenorientierung beruflich und sozial neu zu orientieren und wieder einzugliedern.

In der A-Abteilung stehen den Patienten Zweibettzimmer (und einige Einzelzimmer) bzw. Umkleieräume (für ganztägig ambulante Patienten) mit Nasszellen (Dusche oder Badewanne, WC) zur Verfügung. Es werden ausreichend Funktionsräume vorgehalten: Die geräumige Küche (40 qm) ist geeignet, für mehr als 40 Personen warme Mahlzeiten zuzubereiten; der Speiseraum ist 125 qm groß. Für Kunst- und Kreativtherapie sind zwei 31 und 40 qm große Räume mit den notwendigen Installationen vorhanden, für die Werktherapie eine entsprechend ausgerüstete, 68 qm große Holzwerkstatt. Die beiden Gruppentherapieräume haben eine Größe von 20 bzw. 23 qm. In der 90 qm großen Mehrzweckhalle finden die meisten Informationsveranstaltungen und Großgruppen statt; für die Tanz/Bewegungstherapie steht ein 78 qm großer Raum zur Verfügung. Weitere sportliche Aktivitäten können in Köln oder Bergisch Gladbach in öffentlichen Einrichtungen durchgeführt werden (Schwimmbad, Badminton-Halle, etc.); ein freier ebener Platz hinter der A-Abteilung kann als Sportplatz genutzt werden.

Für Ämter- und Behördenangelegenheiten, konsiliarärztliche Vorstellungen und vor allem Freizeitaktivitäten stehen klinikeigene Fahrzeuge zur Verfügung.

## **2. Einzugsgebiet und Behandlungsverbund**

In der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde die Bedeutung gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker, zu denen auch Suchtkranke gehören, herausgearbeitet. Im Rehabilitationsbereich für Suchtkranke wurde diese Tendenz zunächst nicht übernommen mit dem Ergebnis, dass Patienten sich durch gemeindeferne Langzeittherapie aus ihrer suchtgeprägten Umgebung passager ablösen konnten, um dann jedoch nach Abschluss der Behandlung abrupt mit eben diesem alten Milieu konfrontiert zu werden. Eine Regionalisierung des Einzugsgebietes für diese Patientenlientel ist daher grundsätzlich sinnvoll, um die gestufte Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft bereits in die Entwöhnungsbehandlung integrieren und damit erleichtern zu können. Darüber hinaus kann das regionale Verbundsystem effektiver genutzt werden. Überregionale, also relativ gemeindeferne Behandlungen sind im Einzelfall selbstverständlich auch sinnvoll und in unserer Einrichtung ebenfalls möglich.

Seit Eröffnung der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (A-Abteilung) bestehen vielfältige Kontakte zu überregionalen Institutionen der Suchtkrankenhilfe, insbesondere zu psychosozialen Beratungsstellen, Gesundheitsämtern und den Sozialdiensten vieler Krankenhäuser in NRW und anderen Bundesländern.

Darüber hinaus ist es in den letzten Jahren gelungen, die Zusammenarbeit mit den Institutionen des regionalen Ver-

bundsystems im Raum Köln / Rheinisch-Bergischer Kreis und dem südlichen Rheinland erheblich zu intensivieren und weiterzuentwickeln. Die Verankerung der Klinik mit all ihren Abteilungen in die Region ist durch die Einbeziehung der Akutstationen in die regionale Pflichtversorgung (seit dem 01.04.1994) und die Eröffnung der Institutsambulanz (am 01.12.1998) inhaltlich und organisatorisch weiter gestärkt worden [9, 10].

Inzwischen bestehen zu allen Einrichtungen der Sucht- / Drogenhilfe im Versorgungsgebiet intensive Arbeitsbeziehungen: von Notschlaf- und Kontaktstellen bis zu abstinenzorientierten Entwöhnungseinrichtungen, von Substitutionsambulanzen über Bewährungshilfe bis zur AIDS-Hilfe, Ämtern, Justizbehörden etc. Darüber hinaus ist die Klinik in die unterschiedlichen regionalen Arbeitskreise des Suchthilfefverbundsystems eingebunden (Beratungsstellen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, regelmäßige Arbeitstreffen mit Gesundheitsämtern, Kontakt zu Arbeitsagenturen, Arbeitgebern, Selbsthilfegruppen und Angehörigen).

Analog zu den positiven Erfahrungen des Modellprojektes „Behandlung sofort“ im Drogenbereich, welches der Verbesserung der Erreichbarkeit und Integration jener Drogenabhängigen diente, denen eine Überwindung der Abhängigkeitsproblematik durch Inanspruchnahme der auf KOMM-Struktur basierenden Drogenhilfeangebote nicht möglich war, nehmen wir in unserer Alkohol- / Medikamentenentwöhnungsabteilung sowohl Patienten auf, welche zuvor ambulant über Beratungsstellen auf die Entwöhnungsbehandlung vorbereitet worden sind, als auch solche Patienten, welche sich erst während einer qualifizierten Entwöhnungsbehandlung kurzfristig für eine sich unmittelbar anschließende stationäre oder ganztägig ambulante (teilstationäre) Abstinenztherapie entscheiden. Eine Zusammenarbeit im Sinne dieses verkürzten Antragsverfahrens besteht derzeit für Patienten der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (DRV Rheinland), Düsseldorf, mit den Rheinischen Kliniken Köln und Bonn sowie der Klinik Marienheide.

Die Entwöhnungsbehandlung kann sowohl vollstationär als auch ganztägig ambulant (teilstationär) durchgeführt werden. Darüber hinaus streben wir die nahtlose Verzahnung von ambulanter und ganztägig ambulanter bzw. vollstationärer Entwöhnungsbehandlung in enger Kooperation mit den regionalen Beratungsstellen an, um bei sich abzeichnender Überforderung eines Patienten im ambulanten Setting eine Sicherung des bisherigen Behandlungsergebnisses durch Übernahme in eine ganztägig ambulante (teilstationäre) oder vollstationäre Behandlung zu unterstützen. Grundsätzlich ist sowohl ein Wechsel von ambulanter zu ganztägig ambulanter bzw. vollstationärer Entwöhnungsbehandlung als auch umgekehrt von vollstationärer bzw. ganztägig ambulanter (teilstationärer) zu ambulanter Entwöhnungsbehandlung möglich. Wir streben entsprechende Vereinbarungen mit den zuständigen Kosten- und Leistungsträgern an, um eine zügige und nahtlose Weiterführung der medizinischen Rehabilitation bei Wechsel der Behandlungsform sicherzustellen.

Der Wechsel von vollstationär zu ganztägig ambulant (teilstationär) bzw. ambulant ist den Patienten vorbehalten, deren Wohnort im regionalen Versorgungsgebiet liegt, da eine Einbeziehung anderer Patienten sowohl aus inhaltlichen als auch praktisch-organisatorischen Gründen nicht möglich ist. Die Verzahnung der skizzierten Behandlungsmodule (siehe 7.6.3) richtet sich beim ambulanten Modul insbesondere auch an Patienten, deren noch bestehender Arbeitsplatz im Großraum Köln / Rheinisch-Bergischer Kreis liegt. Eine intensive Zusammenarbeit mit den vor- bzw. nachbehandelnden Kollegen ist selbstverständlich.

### 3. Behandlungsdauer

Die Behandlung psychischer Krankheiten einschließlich manifester Abhängigkeitserkrankungen führt relativ selten zu einer Heilung im Sinne einer Restitutio ad integrum, sondern in der Regel zu einer Stabilisierung des Patienten und Bearbeitung persönlicher Probleme in Verbindung mit dem Aneignen deutlich verbesserter Problemlösungskompetenzen, ohne die grundlegenden Schwierigkeiten völlig überwinden zu können. Auf Grund des Prozesscharakters der Suchterkrankung und der Notwendigkeit individuumszentrierter Behandlung ist je nach Schwere des Krankheitsbildes und der Vorbehandlung des Einzelnen eine individuell flexible Behandlungsdauer erforderlich.

Innerhalb der ersten Behandlungswoche wird nach abgeschlossener Eingangsdiagnostik in Verbindung mit der Erstellung des Therapieplans die vorläufige Behandlungsdauer festgelegt, welche im weiteren Therapieverlauf überprüft und bei Bedarf korrigiert werden muss. Die Behandlungsdauer sollte - den Grundsätzen von Individualisierung und Flexibilisierung folgend - so kurz wie möglich und so lange wie notwendig sein [11, 12].

Bei „Erstbehandlungen“ gehen wir von einer Regelbewilligung der Behandlungsdauer von bis zu 16 Wochen, bei „Wiederholungsbehandlungen“ (die letzte regulär abgeschlossene Entwöhnungsbehandlung liegt bis zu 4 Jahre zurück) von 8 Wochen aus. Die tatsächliche Behandlungsdauer hängt aber immer von der Prüfung des Einzelfalles ab - bei Berücksichtigung der jeweils geltenden Budget-Richtlinien des Leistungsträgers. Ein Wechsel der organisatorischen Rahmenbedingungen von ganztägig ambulanter (teilstationärer) zu vollstationär bzw. vollstationärer zu ganztägig ambulanter (teilstationär) ist möglich, die Gesamtbehandlungsdauer ändert sich aufgrund des Wechsels grundsätzlich nicht.

Patienten, die innerhalb von 10 Tagen nach regulärer Entlassung aus unserer Klinik rückfällig geworden sind und bei denen ambulante Maßnahmen nicht ausreichen, können nach abgeschlossener externer Entzugsbehandlung zu einer kurzen stationären Wiederholungsbehandlung von 10 Tagen Dauer aufgenommen werden. In diesem Zeitraum ist davon auszugehen, dass noch ein erheblicher Teil der alten Patientengruppe in Behandlung verblieben ist, sodass sich für die kurzfristig wieder aufgenommenen Patienten weder die neue Gruppe noch das Setting wesentlich verändert haben. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an Patienten, die in der labilen Phase unmittelbar nach Abschluss einer stationären Entwöhnungsbehandlung rückfallgefährdet sind bzw. die bereits rückfällig geworden sind und bei drohender psychosozialer Dekompensation zur erneuten Stabilisierung kurzfristige stationäre Wiederaufnahme benötigen.

### 4. Behandlungsansatz und therapeutische Grundhaltung

#### 4.1 Tiefenpsychologische Grundorientierung

Die Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erfordert sowohl eine Fokussierung des therapeutischen Prozesses auf die Bearbeitung spezifischer Problembereiche als auch eine Integration weiterer, vor allem sozialer und biografischer Aspekte. Therapeutische Arbeit mit Suchtpatienten ist stets therapeutische Arbeit mit psychi-

schen Konflikten und Defiziten erheblichen Ausmaßes, jedoch von Patient zu Patient differierend.

Da die Entwicklung vom Konsum über Missbrauch bis zur Abhängigkeit von Suchtstoffen sich stets im Spannungsfeld von psychischer, physischer und psychosozialer Situation des Einzelnen, sozialen Bedingungen und dem Suchtstoff selbst vollzieht, muss dieses Bedingungsgefüge in jeweils unterschiedlicher Ausprägung bei der Behandlung berücksichtigt und in die Therapie einbezogen werden.

Aus diesem Grund muss die therapeutische Arbeit mehrdimensional angelegt sein. Die Vielschichtigkeit der Bearbeitung und Überwindung wesentlicher Aspekte der Abhängigkeitserkrankung erfordert die Berücksichtigung und Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze. Die psychotherapeutische Grundorientierung basiert auf einem tiefenpsychologisch fundierten Verständnis von Entwicklung und Behandlung psychischer Konflikte im Sinne von Heigl-Evers und Fürstenau. Dieser Ansatz berücksichtigt die prägende Bedeutung früher und präverbaler psychischer Bedürfnisse, Interaktionen und Konfliktkonstellationen unter Einbeziehung sozialer Dimensionen, vor allem bi- und trilateraler personaler Beziehungen [13, 14, 15, 16, 17].

Die Bedeutung sowohl individual- als auch sozialpsychologischer Faktoren für die Entwicklung, Ausprägung und Bearbeitung psychischer Konflikte und Störungen erfordert eine aktive und für den Patienten unmittelbar erfahrbare Teilnahme des Therapeuten am Behandlungsprozess im Sinne des „Prinzips Antwort“. Für Suchtpatienten, die überdurchschnittlich häufig innerpsychische Konflikte und psychiatrisch behandlungsbedürftige Probleme im Sinne „früher Störungen“ aufweisen, ist die Möglichkeit der direkten persönlichen Einbeziehung des Therapeuten in den Behandlungsprozess unverzichtbar. Die auch emotional erlebbare Auseinandersetzung mit als empathisch, aber auch als strafend empfundenen Anteilen desselben Therapeuten ist elementarer Bestandteil des psychischen Stabilisierungsprozesses.

Die „selektive Expressivität“ im Sinne Heigl-Evers ermöglicht dem Patienten, den Therapeuten als konkret erfahrbares Gegenüber in seiner historischen, emotionalen und rationalen Dimension, durch die ihm gegenüber mitgeteilten Erfahrungen, Gefühle und Einschätzungen zu erleben und sich diesbezüglich auseinander zusetzen. Der therapeutisch wirksame Umgang mit den sensiblen Aspekten von Nähe und Distanz basiert auf der für den Patienten unmittelbar erfahrbaren Grundhaltung des Therapeuten, welche die nachstehend genannten Kategorien umfasst:

- Präsenz als waches Interesse, Neugier und Aufmerksamkeit gegenüber allen, verbalen und nonverbalen, Signalen des Patienten,
- Respekt als realem Ernstnehmen des Patienten mit all seinen Ressourcen und Störungen, seiner Biografie und bisherigen Lebensweise und
- Akzeptanz als grundsätzlich wohl wollend annehmende Haltung dem Patienten gegenüber als einzigartigem Individuum.

Darüber hinaus kommt der stufenweisen Integration des einzelnen Patienten in die Gruppe und der Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere große Bedeutung zu. Bei Wahrung der professionellen Distanz und Verantwortung der Mitarbeiter werden die Patienten von Beginn an mit zunehmender Intensität mit ihrer Eigenverantwortung für die Entwicklung und Wahrung eines therapeutisch wirksamen und belastungsstabilen Klimas konfrontiert [18]. Der Umgang der Mitarbeiter untereinander - ge-

rade in schwierigen, konfliktbeladenen Situationen - und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, zum konstruktiven Streiten statt pathologischen Harmonisieren ist entscheidend für die Entfaltung einer annehmenden, tragenden und nicht ausgrenzenden Behandlungsatmosphäre. Dabei kommt der Entdeckung, Wahrung und Förderung vorhandener Ressourcen der Patienten wachsende Bedeutung zu als wesentlicher Vorbereitung auf eine sinnerfüllte Lebensperspektive nach der Behandlung.

Den Patienten in ihrer individuellen Einzigartigkeit, innerpsychischen Konfliktbesetztheit und Widersprüchlichkeit und auch ihrer historischen Dimension - im Längsschnitt - gerecht zu werden, erfordert die Berücksichtigung weiterer psychotherapeutisch wirksamer Aspekte, welche einem ausschließlich tiefenpsychologisch fundierten Ansatz fehlen.

Die besondere Ausprägung von Angststörungen vor allem phobischen Charakters erfordert verhaltenstherapeutische Elemente der Behandlung. Training der Selbstsicherheit und sozialen Kompetenz sowie systematische Desensibilisierung, Reizkonfrontation und kognitive Methoden sind elementare Bestandteile der therapeutischen Bearbeitung [19, 20].

Da bei comorbiden Abhängigen in wechselnder Ausprägung ein Mangel an Motivation und Impulskontrolle, gestörte Objektbeziehungen und eingeschränkte Introspektionsfähigkeit, ungenügende Affektregulierung und Probleme bei der Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses vorliegen können, sind supportive Verfahren indiziert. Definitionsgemäß werden die supportiven Verfahren häufig nur negativ von konfliktaufdeckenden oder einsichtsorientierten Verfahren abgegrenzt.

Grundsätze einer supportiven psychotherapeutischen Behandlung sind [21]:

- Vermeidung aller regressionsfördernden Momente,
- aktive Haltung des Therapeuten statt Abstinenz oder anonymer Position, um ihn als reale Person präsent und kenntlich zu machen,
- besondere Beachtung der Schutzfunktion im Umgang mit Widerstandsformen,
- behutsamer Umgang mit Übertragungsphänomenen mit dem Ziel, deren unkontrolliertes Ausufern zu vermeiden.

Ziel supportiver Psychotherapie sind neben der Symptomrückbildung Stärkung der Ich-Funktionen, Anhebung des Niveaus der Adaptation und Verbesserung des Selbstwertregulationssystems [22]. Die direkte Ich-Stützung umfasst Stärkung der Realitätsprüfung, Nutzung der Ressourcen, direkte Anleitung und Strukturierung, Angstreduktion und direkte Stabilisierung des Selbstwertgefühls. Möglichkeiten der direkten Ich-Stützung sind Umgebungsveränderungen, Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen sowie die Überwindung von pathologischer Affektinstabilität einschließlich auch pharmakologischer Behandlung [23].

## 4.2 Integrative Psychotherapie

Der Behandlungsansatz entwickelt sich damit - bei fortbestehender tiefenpsychologischer Grundorientierung – weiter in Richtung einer „Integrativen Psychotherapie“. Rahmenmodelle für die Schulen übergreifende Integration unterschiedlicher Therapiekonzepte sind in den letzten Jahren insbesondere von den Arbeitsgruppen um Grawe [24, 25, 26], Becker [27, 28] und Fiedler [29, 30, 31] erarbeitet worden. Dabei werden neben Patienten-, Therapeuten- und Beziehungs- bzw. Prozessvariablen neuerdings verstärkt

Therapie- und Veränderungsprinzipien sowie allgemeine Rahmenbedingungen der Psychotherapie diskutiert, wie z. B. Anregungen zum Selbstmanagement, Aktivierung sozialer Stützsysteme, besondere Maßnahmen zur Transfersicherung etc. [28, 31]. Grawe geht auf Grund seiner umfangreichen therapievergleichenden Meta-Analysen [24] davon aus, dass es im Wesentlichen vier allgemeine Wirkprinzipien sind, denen schulübergreifend die größte Bedeutsamkeit für positive Veränderungsprozesse in der Psychotherapie zugeschrieben werden müsse [25; vgl. 31]:

- Problemaktualisierung: direktes Herangehen und Fokussierung der Therapie auf die spezifischen Probleme des Patienten;
- Ressourcenaktivierung; Stärkung der Selbstheilungskräfte und Ressourcen der Patienten;
- Problembewältigung: aktive Hilfen und Unterstützung durch die Therapeuten bei der Lösung konkreter Probleme;
- Klärung: eine ausreichende Analyse und sinnstiftende Ausdeutung von Problemursachen und Konflikten.

Im Mittelpunkt des Ansatzes von Fiedler zu einer „Integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ [31] steht eine Psychotherapieperspektive, die er mit den Begriffen „Phänomenorientierung“ und „Störungsspezifität“ beschreibt. Unser alltägliches diagnostisch-therapeutisches Vorgehen gründet auf dieser Grundorientierung. Durch die gleichzeitige Berücksichtigung von phänomenorientierter und störungsspezifischer Perspektive können Aufgaben der selektiven, differenziellen und adaptiven Indikation besser gelöst werden.

Es geht einerseits darum, in einer genauen Differenzial-Diagnose das Störungsspezifische zu erfassen (Abhängig-

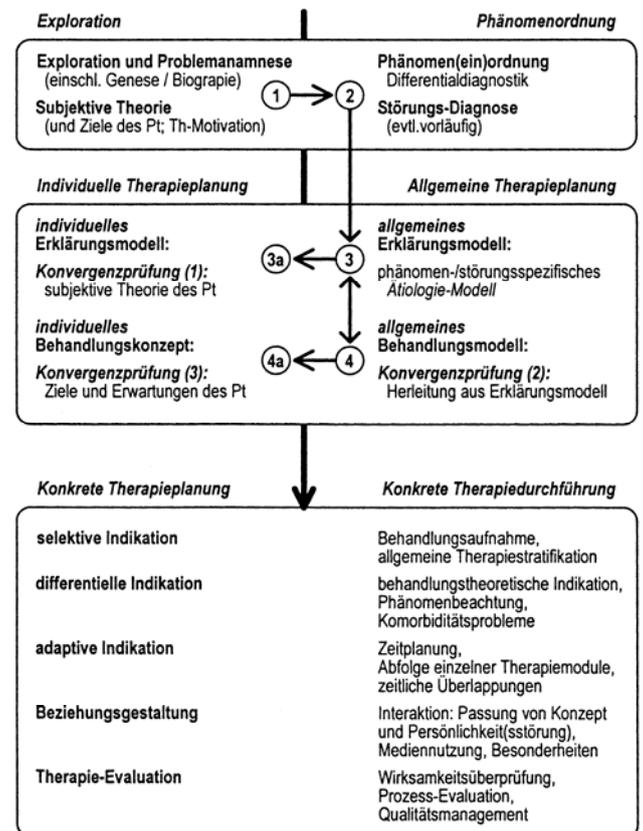


Abb. 1 Therapieplanung in der integrativen Psychotherapie (nach Fiedler)

keitstyp, Persönlichkeitsstörung, evtl. Comorbidität, sonstige psychische und somatische Erkrankungen); gleichzeitig müssen andererseits die Personeneigenarten des Patienten, seine Biografie, seine Interaktionseigenarten und Interaktionsauffälligkeiten und sein sozial-gesellschaftlicher Lebenskontext angemessen gesehen werden (Phänomenperspektive).

Die Berücksichtigung beider Aspekte ist die Voraussetzung für ätiologische Überlegungen, die ihrerseits den integrativen Behandlungsprozess prägen. So führt eine Diagnose nicht unmittelbar zur Behandlungsmethodik, sondern zunächst - in einem wichtigen Zwischenschritt - zu einem Erklärungsansatz, einem Ätiologiemodell der Erkrankung.

Damit steht die Herleitung therapeutischer Ziele, Strategien und Methoden ausdrücklich in einem theoretischen Begründungszusammenhang. Bezug und Rahmen für die Begründung therapeutischer Maßnahmen ist das Grundlagenwissen über Ätiologie, Verlauf und Veränderbarkeit von Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen. Erst in der konkreten Abstimmung mit dem Patienten werden weitere methodische Konkretisierungen notwendig.

Theoretische Vorstellungen über Störungsbild, Phänomenvielfalt und Behandlungsperspektiven einerseits und Individualität und Einzigartigkeit der Patientenprobleme andererseits müssen aufeinander bezogen werden. Deshalb greifen von Beginn der Behandlung an deduktive und induktive Entscheidungsprozesse ständig ineinander. Sie fügen sich erst allmählich zu einer Strategie selektiver und differenzieller Indikationsüberlegungen zusammen. Abb. 1 fasst die allgemeinen Planungsschritte einer Integrativen Psychotherapie schematisch zusammen [aus 31].

Dabei wird die Erklärungsperspektive des Therapeuten zunächst weitgehend unabhängig von der subjektiven Theorie des Patienten durch die Suche und schließlich Wahl eines wissenschaftlich begründeten Ätiologiemodells vorbereitet. Erst wenn der Therapeut eine allgemeine Ätiologietheorie gefunden und diese in ein individuelles Erklärungsmodell für genau diesen Patienten übersetzt hat, werden subjektive und psychologische Ätiologietheorien, Zielvorstellungen und Erwartungen auf Übereinstimmung und Widersprüchlichkeit überprüft (Konvergenzprüfungen).

Erläuterungen und Beispiele für Konkretisierungen dieses Therapieplanungsmodells finden sich in den weiteren Kapiteln der vorliegenden Konzeption: hinsichtlich „Exploration / Phänomenordnung“ etwa in 7.3. und zu „Individuelle / Allgemeine Therapieplanung“ in 7.4. Bzgl. der konkreten Therapiedurchführung verweisen wir zur „Selektiven Indikation“ auf die Punkte 5, 6, 7.1, 7.2, 7.3; hinsichtlich der „Differenziellen / Adaptiven Indikation“ auf die Punkte 3, 7.5 (in Teilen), 7.6, 8 und 9; zur „Beziehungsgestaltung“ auf Punkt 7.5 und bzgl. „Therapie-Evaluation“ auf die Punkte 10 und 11.

Bei der konkreten, individuellen Therapieplanung können unter integrativer Perspektive fünf Schwerpunkte benannt werden, die wir mit Fiedler als Basismodule einer integrativen psychotherapeutischen (Sucht-)Behandlung verstehen: Patientenschulung, Problemaktualisierung, Aktivierung persönlicher Ressourcen, Aktivierung sozialer Ressourcen, Transfersicherung. Einen Überblick gibt Abb. 2 [aus 31].

Alle Basismodule werden im Weiteren detailliert besprochen. Hier sei nur der Bereich der „Patientenschulung“ herausgegriffen [vgl. 32, 33]: Sie kommt einerseits dem Bedürfnis des Patienten nach Information und Transparenz entgegen, hat andererseits aber auch unmittelbar positive therapeutische Effekte (Zufriedenheit mit der Therapie; Vertrauen in die Behandlung; Verbesserung der Wirksamkeit von Therapie durch Entängstigung; Verbesserung der Voraussetzungen zur aktiven und eigenverantwortlichen Mitarbeit; Informationsdefizite werden vom Patienten selbst nicht mehr nur durch die Nutzung von z. T. ungeeigneten Informationsquellen ausgeglichen; diagnoseorientierte Aufklärung comorbider Patienten; etc.).

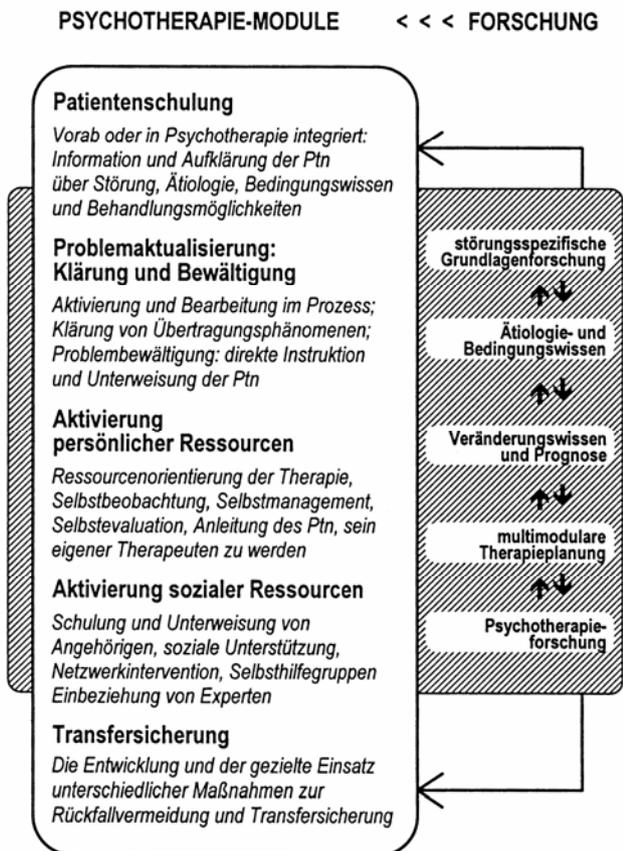


Abb. 2 Basismodule einer phänomen- und störungsspezifischen Behandlung (nach Fiedler)

### 4.3 Integration neurobiologischer Cravingforschung

Die neurobiologische Grundlagenforschung hat differenzierte Modellvorstellungen entwickelt, die zu einem vertieften Verständnis des Symptoms Suchtdruck und der Rückfallwahrscheinlichkeit beitragen und damit relevant sind für die praktische Arbeit mit suchtkranken Menschen. Im Wesentlichen werden zwei Konzepte mit jeweils unterschiedlichen Ansatzpunkten diskutiert [34]:

- „Reward-Craving“: Die Alkoholeinnahme bedingt eine als positiv erlebte Alkoholwirkung mit der Folge, dass bei wiederholtem Zusammentreffen äußerer und intrapsychischer Variablen eine Konditionierung erfolgen kann. Schließlich vermag bereits der Anblick des Lieblingsgetränks oder eine bestimmten Grundstimmung, in welcher zuvor Alkohol konsumiert wurde, zur Antizipation der positiven Substanzwirkung des Suchtmittels zu führen mit daraus resultierendem Verlangen nach Suchtmittelkonsum im Sinne psychischer Abhängigkeit.
- „Relief-Craving“: Die Substanzeinnahme gilt einer Vermeidung negativer Verstärker, nämlich der erwarteten Entzugssymptomatik oder auch dem „Pseudoentzugssyndrom“ als Folge der physiologischen Gegenregulation einer erwarteten Alkoholeinnahme. Der Suchtmittel-

konsum dient damit dem vorbeugenden Verhindern von Entzugssymptomen im Sinne physischer Abhängigkeit [35, 36].

Ausgehend von den beschriebenen Modellvorstellungen sind medikamentöse Behandlungsansätze entwickelt worden, die der Reduzierung des Cravings, also der Suchtdruckverminderung, dienen sollen.

Es sind verschiedene internationale Studien zum Einsatz von Anticraving-Substanzen zur Rückfallprophylaxe bei Alkoholkranken durchgeführt worden. Trotz unterschiedlicher Studienergebnisse hinsichtlich nicht nachweisbarer, geringer oder deutlich ausgeprägter Wirksamkeit ist nach heutigem Kenntnisstand zumindest von einer Verlängerung der mittleren Abstinenzzeit nach durchgeführter Alkoholentzugsbehandlung unter Einsatz von Anticraving-Medikamenten (aktuell Acamprosat) auszugehen - unter folgenden Voraussetzungen [37]:

- Gesicherte Diagnose der Alkoholabhängigkeit,
- gesicherte Abstinenz zu Behandlungsbeginn,
- regelmäßige Teilnahme an begleitender suchttherapeutischer Gruppenbehandlung,
- ausreichende Compliance und stabiles soziales Umfeld und
- Ausschluss schwerwiegender psychiatrisch comorbider Störungen.

Das bedeutet, dass wir z. B. begonnene Acamprosat-Behandlung bei Überprüfung der Indikation fortführen und den Einsatz von Acamprosat auch bei jenen Patienten als Option betrachten, die es bislang gegen Ende der Alkoholentzugsbehandlung nicht erhalten haben, aufgrund des klinischen Syndroms jedoch voraussichtlich von einer Acamprosat-Behandlung profitieren würden. Dies betrifft vor allem Patienten mit nach abgeschlossenem Alkoholentzug noch fortbestehenden Konzentrations- und anamnestischen Störungen, innerer Unruhe und mäßig ausgeprägten Einschlafstörungen ohne weitere allgemeinspsychiatrische Symptomatik.

Die Dauer der Behandlung mit sog. Anticraving-Medikamenten ist vom klinischen Verlauf abhängig. Bisherige Studienergebnisse umfassen Behandlungsempfehlungen von drei bis 12 Monaten nach abgeschlossenem Alkoholentzug aufgrund der in diesem Zeitraum hohen Rückfallquoten. Ausgehend von der Situation des Einzelfalls und den o. g. Kriterien prüfen wir optional, inwiefern der Einsatz dieses Medikaments eine sinnvolle Unterstützung in der Therapie darstellt.

Entscheidend ist der jeweilige Einzelfall. Bei ausgeprägter psychiatrischer Symptomatik, die in der von Labilisierung geprägten Phase nach Abklingen der Entzugssymptome und Eingewöhnung in die neue Umgebung auftreten kann, setzen wir alternativ Psychopharmaka ein.

## 5. Indikationen

Medizinische Indikationen zur Entwöhnungsbehandlung sind nachgehend genannte Störungen und Erkrankungen:

- Manifeste Abhängigkeit von Alkohol und / oder Medikamenten einschließlich Polytoxikomanie, darüber hinaus:

- Behandlungsbedürftige psychiatrische Störungen und Erkrankungen (z. B. ausgeprägte Angststörungen, symptomarme Psychosen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen) einschließlich erforderlicher psychopharmakologischer Behandlung bei im Vordergrund stehender Abhängigkeitserkrankung.

## 6. Kontraindikationen

Medizinische Kontraindikationen sind:

- ausgeprägte somatische Erkrankungen, welche die Behandlungsmöglichkeiten der Klinik überschreiten (z. B. fortgeschrittene Krankheitsstadien bei AIDS oder dekompensierte Leberzirrhose),
- akute exogene oder endogene Psychosen,
- ausgeprägte irreversible organische Psychosyndrome,
- deutliche Intelligenzminderung,
- ausgeprägte Behinderungen mit ständiger körperlicher Pflegebedürftigkeit, welche die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten unserer Klinik überschreiten,
- akute Suizidalität.

Im Rahmen unseres therapeutischen Konzepts behandeln wir nicht zeitgleich beide Partner einer aktuellen Partnerschaft.

Das Mindestalter für die Entwöhnungsbehandlung beträgt 18 Jahre.

## 7. Therapeutisches Konzept der Alkohol- / Medikamenten-entwöhnungsabteilung

### 7.1 Planung der Behandlung und Aufnahmeverfahren

Voraussetzung zur Entwöhnungsbehandlung in der A-Abteilung unserer Klinik ist die Bereitschaft zu aktiver Teilnahme an der abstinenzorientierten Therapie bei bestehender Alkohol- / Medikamentenabhängigkeit. Die Entwöhnungsbehandlung basiert auf freiwilliger aktiver Teilnahme der Patienten.

Der Beginn einer stationären oder ganztägig ambulanten (teilstationären) Entwöhnungsbehandlung setzt voraus,

- dass der Patient sich entschieden hat, mithilfe der abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung seine Lebenssituation nachhaltig zu verändern,
- ein bewilligter Kosten- / Leistungsübernahmebescheid in gültiger Form vorliegt.

Die Suchtberatungsstellen mit ihren vielfältigen ambulanten Hilfsangeboten helfen dem Abhängigen bei der Klärung offener Fragen, bei der Motivationsentwicklung und -festigung sowie der Vermittlung und Aufarbeitung vielfältiger Informationen. Eine gründliche inhaltliche Vorbereitung kommt nach unseren Erfahrungen der Behandlung zugute, motiviert Patienten und Therapeuten gleichermaßen und erhöht oft die Chance, die Behandlungsphase in unserem Hause abzukürzen und ambulant am Heimatort fortzusetzen.

Die ambulante Vorbereitung über eine Suchtberatungsstelle stellte bis vor wenigen Jahren noch den weitgehend einzig möglichen, klassischen Weg zur Vorbereitung auf eine Entwöhnungsbehandlung dar.

Seit dem Ausbau niederschwelliger Kontakt-, Hilfs- und Behandlungsangebote im Bereich der Sucht- und Drogenhilfe haben zunehmend auch Abhängige Kontakt zum Hilfesystem gefunden, welche zuvor auf Grund chronischer Intoxikation, psychischer Labilität und psychosozialer Verelenkung nicht willens oder in der Lage waren, die ambulanten Dienste der Suchthilfe anzunehmen und sich für eine Entwöhnungsbehandlung zu entscheiden [3, 4, 5, 9, 10, 38].

Unter entsprechenden Voraussetzungen können Patienten der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation / DRV Rheinland, die sich während einer Entzugsbehandlung in bestimmten qualifizierten Einrichtungen zu einer Entwöhnungsbehandlung entschließen, über ein verkürztes Verfahren eine unmittelbar anschließende Langzeittherapie beantragen (weitgehend analog dem „Behandlung sofort“-Konzept für Drogenabhängige). Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist in diesen Verfahrensweg einbezogen.

Damit steht - neben der klassischen ambulanten Vorbereitung durch die Suchtberatungsstelle - auch jenen Abhängigen eine Zugangsmöglichkeit zur Entwöhnungsbehandlung offen, welche mit der ambulanten Vorbereitung überfordert sind. Mit der Kosten- / Leistungszusage nach entsprechendem Schnellantrag im Rahmen einer qualifizierten Akutbehandlung wird auch die Entwöhnungseinrichtung durch den Rentenversicherer zugewiesen ohne Wahlmöglichkeit seitens des Patienten. Die Vorbereitung auf eine medizinische Rehabilitation kann sowohl über eine der regionalen Suchtberatungsstellen als auch über die Institutsambulanz der Klinik erfolgen, die mit allen Institutionen des regionalen Suchthilfenetzwerks eng zusammenarbeitet [7].

Seit Anfang 1997 behält sich der Rentenversicherungsträger auch bei ambulanter Vorbereitung in stärkerem Maße die Zuweisung des Antragstellers zu einer entsprechenden Therapieeinrichtung vor. Das bedeutet, dass die Kontaktaufnahme des Abhängigen über eine Beratungsstelle mit unserer Einrichtung im Vorfeld der Entwöhnungsbehandlung mit einer gewissen Restunsicherheit verbunden ist, welche alle Entwöhnungskliniken betrifft.

Grundsätzlich nehmen wir auch Patienten wieder auf, die bereits eine oder mehrere Entwöhnungsbehandlungen bei uns beendet haben. Bei erfolgter Kosten- / Leistungszusage für unsere Klinik raten wir zu sofortiger Kontaktaufnahme mit unserem Sozialdienst, um die genaue Terminplanung miteinander abzustimmen.

Nachstehend genannte Voraussetzungen müssen vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung erfüllt sein:

- gültige Leistungszusage (in der Regel seitens der Deutschen Rentenversicherung, einer Krankenkasse oder eines Landschaftsverbandes),
- gültiger Reisepass oder Personalausweis,
- gültige Krankenversicherungskarte,
- Zahnsanierung (außer bei einer Behandlung nach dem verkürzten Antragsverfahren).

Darüber hinaus benötigen wir rechtzeitig medizinische Unterlagen über Krankengeschichte und aktuelle Medikation sowie den Nachweis einer abgeschlossenen Entzugsbehandlung. Bei Behandlungsbeginn wird ein Drogenscreening unter Sicht durchgeführt und ein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen (siehe Anhang).

## **7.2. Entzugsbehandlung**

Die Entwöhnungsbehandlung ist abstinenzorientiert und setzt Suchtstofffreiheit voraus, die Entzugsbehandlung muss zuvor abgeschlossen sein. Sie kann - bei Aufnahme in die Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und / oder Medikamentenabhängiger (A-Abteilung) - (noch) nicht in unserem Hause durchgeführt werden. Entsprechend können intoxikierte Patienten nicht aufgenommen werden. Die Eröffnung einer Station zur qualifizierten Akutbehandlung Alkoholabhängiger mit Übernahme der regionalen Pflichtversorgung für den Rheinisch-Bergischen Kreis ist jedoch beantragt [39, 40].

## **7.3. Eingangsuntersuchung und -diagnostik**

Am ersten Behandlungstag wird der neue Patient vom Sozialarbeiter empfangen, welcher mit ihm die Aufnahmeformalitäten erledigt, die Sozialanamnese erhebt und das Gepäck kontrolliert.

Im Anschluss begrüßt der Dienst habende Arzt den Patienten und führt die Eingangsuntersuchung durch. Diese umfasst neben der körperlichen Untersuchung die Erhebung der allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Anamnese einschließlich psychopathologischem Befund und die sozialmedizinische Diagnostik und Befunderhebung. Dabei werden die aktuelle körperliche und psychische Belastbarkeit unter besonderer Berücksichtigung des gegenwärtigen bzw. letzten Arbeitsplatzes festgestellt, erforderliche diagnostische und therapeutische Maßnahmen festgelegt und mit dem Patienten erörtert, um etwaige Störungen umfassend zu behandeln.

Nach einem ersten Gespräch mit dem Chefarzt bzw. dessen Vertretung, ebenfalls Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, dem therapeutischen Leiter der Abteilung und / oder dem zuständigen Gruppen- / Einzeltherapeuten, lernt der Patient seinen Paten kennen, einen Patienten in fortgeschrittener Behandlungsphase, welcher ihn mit der Patientengruppe, den Mitarbeitern, den Örtlichkeiten und Hausregeln vertraut machen und in der nächsten Zeit bei der Eingewöhnung unterstützen wird.

Nach Vorstellung des Patienten und differenzialdiagnostischer Erörterung mit dem Chefarzt bzw. dem therapeutischen Leiter der Abteilung werden vom Gruppen- / Einzeltherapeuten während der ersten Behandlungswoche die tiefenpsychologisch fundierte Anamnese einschließlich einer ausführlichen Berufsanamnese erhoben, (test-)psychologische Untersuchungen durchgeführt und der vorläufige Therapieplan erstellt.

Routinemäßig kommt eine computergestützte Testbatterie zur Qualitätssicherung in der Diagnostik zum Einsatz, die Testverfahren aus den Bereichen Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik sowie berufsbezogene und klinische Verfahren umfasst (Hogrefe TestSystem).

Allgemeinmedizinische Untersuchungen einschließlich routinemäßige Labor- und bei Bedarf erforderlicher Zusatzdiagnostik werden entweder in unserem Haus oder in medizinischen Institutionen in Köln oder Bergisch Gladbach durchgeführt, mit denen die Klinik seit Jahren eng kooperiert.

## **7.4. Therapieziele**

Grundsätzliches Therapieziel ist die Befähigung jedes Patienten zu sinnerfülltem Leben ohne Suchtmittelkonsum, basierend auf einem positiven Lebensgefühl. Das Erreichen

dieses Therapieziels und die Überwindung vielfältiger damit verbundener Probleme und Widerstände erfordert eine mehrdimensionale Erarbeitung von Therapiezielen, ausgehend von der konkreten sozialen, physischen und psychischen Situation des Patienten, dem therapeutischen Konzept und den Rechtsgrundlagen zur Durchführung der Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherungsträger gemäß §§ 9-32 des SGB VI [41, 42]. Die berufliche (Wieder-) Eingliederung und die Befähigung zu selbstständiger Lebensführung ist ein Therapieziel von besonderer Bedeutung (siehe auch 7.5.19 Berufliche Eingliederung).

Im Zentrum der Entwöhnungsbehandlung steht die Förderung und Entwicklung des Patienten in seiner Fähigkeit,

- die eigene Abhängigkeit als Erkrankung zu erkennen und in ihrem Ausmaß wahrzunehmen,
- die Bedeutung der Alkohol- und / oder Medikamenteneinnahme als spezifische Möglichkeit seiner Problembewältigungsversuche zu erkennen und
- alternative Krisenbewältigungsstrategien zu erlernen.

Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Veränderung des Umgangs mit Frustration und Bedürfnisbefriedigung,
- Übernahme von Eigen- und sozialer Verantwortung,
- Entwicklung eines positiven Körpergefühls,
- Realisierung und Akzeptanz der eigenen subjektiven Belastungsgrenzen und
- Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung der sozialen Realität unter Berücksichtigung von Orientierungshilfen.

Ausgehend von einem tiefenpsychologisch fundierten Verständnis von Entwicklung und Behandlung psychischer Konflikte begreifen wir die Abhängigkeitserkrankung als Symptom inter- und intrapsychischer Konflikte auf individuell unterschiedlicher struktureller Ebene. Patienten, deren Suchtmittelkonsum als Ersatz für fehlende oder verlorene stabile Partnerbeziehungen dient, weisen in der Regel neurotische und damit strukturell stabile Persönlichkeitszüge auf. Es finden jedoch auch vermehrt Patienten Zugang zur Entwöhnungsbehandlung, deren Persönlichkeitsstruktur aus tiefenpsychologischer Sicht instabil und von Spaltung geprägt ist. Für diese zahlenmäßig wachsende Gruppe von Patienten dient der Suchtmittelkonsum zur Aufrechterhaltung der psychischen Existenz durch Abspaltung elementarer aggressiver oder libidinöser Bedürfnisse in den Suchtstoff [43].

Der therapeutische Ansatz zur Behandlung dieser Patienten umfasst sowohl Diagnostik und Akzeptanz der zugrunde liegenden psychischen Konflikte und daraus resultierende Defizite in der Bewältigung inter- und intrapsychischer Spannungen als auch Suche nach und Unterstützung von bei jedem Patienten vorhandenen Ressourcen. In Einzel- und Gruppenpsychotherapie arbeiten wir deshalb nach dem „Prinzip Antwort“. Die aktive und für den Patienten unmittelbar erfahrbare Teilnahme des Therapeuten im Behandlungsprozess und die auch emotional erfahrbare Auseinandersetzung mit ihm ermöglicht die schrittweise innerpsychische Stabilisierung und Überwindung ausgeprägter Spaltungstendenzen [43, 44].

Der stufenweisen Integration des einzelnen Patienten in die Gruppe unter Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere kommt große therapeutische Bedeutung

zu - bei Wahrung der professionellen Verantwortung der Mitarbeiter (siehe auch 4. Behandlungsansatz und therapeutische Grundhaltung).

Bezogen auf die allgemeinmedizinische, psychodynamische und handlungsorientierte Ebene sind nachstehend skizzierte Teilziele zu nennen:

### 1. Allgemeinmedizinische Ebene:

- Überwindung primärer und sekundärer suchtbedingter Erkrankungen
- Erreichen körperlicher Stabilisierung
- Erlangen eines positiven Körpergefühls
- Gesunde Ernährung
- Umfassende Gesundheitsprophylaxe und -prävention und fachgerechte Behandlung bereits bestehender Erkrankungen.

### 2. Psychodynamische Ebene:

- Positive Lebensperspektive ohne Suchtstofforientierung und -konsum
- Erlernen alternativer Krisenbewältigungsstrategien
- Wiederentdeckung und Entwicklung eigener Ressourcen
- Erkennen der eigenen subjektiven Belastungsgrenzen
- Verbesserung des Realitätsbezugs, der Realitätswahrnehmung und -akzeptanz
- Konstruktive Auseinandersetzung mit eigenen Erwartungen an sich und andere und Erwartungen anderer an die eigene Person
- Verbesserung der Entwicklung der eigenen Selbstorganisations- und Problembewältigungskompetenz
- Wahrnehmung, Akzeptanz und aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Innen- und Außenwelt, den Gefühlen, sozialen Beziehungen und dem eigenen Autonomiebedürfnis

### 3. Handlungsorientierte Ebene:

- Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung der sozialen Realität unter Berücksichtigung von Orientierungshilfen
- Selbstständige Bewältigung und Durchsetzung eigener Belange im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Schuldenregulierung
- Erfolgreiche Belastungstrainings in der Arbeitstherapie
- Konstruktive Auseinandersetzung und Bemühung um Erlangen eines Arbeitsplatzes, berufsfördernder Maßnahmen und Erhalt einer Wohnung

Die Entwicklung und das praktische Anstreben der therapeutischen Ziele bewegt sich stets im Spannungsfeld von gesetzlichem Auftrag seitens der Rentenversicherungsanstalten, therapeutischen Möglichkeiten der Entwöhnungsabteilung, der konkreten Situation des Patienten und den allgemeinen sozialen Rahmenbedingungen. Den Bemühungen um berufliche Eingliederung unter schwieriger werdenden sozialen Rahmenbedingungen kommt dabei besondere Bedeutung zu (siehe 7.5.7 Berufliche Eingliederung).

## 7.5 Die Entwöhnung im Tages- und Wochenprogramm

Die Erarbeitung des individuellen Therapieplans für die jeweiligen Patienten beginnt mit dem Aufnahmetag und der Erstellung eines vorläufigen Therapieplans während der ersten Behandlungswoche, sollte jedoch von vornherein die Lebensperspektive nach Abschluss erfolgreich beendeter Entwöhnungsbehandlung einbeziehen und damit einen Zeitraum von ca. zwei Jahren umfassen [11]. Wünsche und Fähigkeiten des Patienten sind in konkrete und realisierbare Handlungsziele zu fassen, die im Rahmen der Behandlung erreicht werden können. Die Erarbeitung individueller Fernziele bedarf sinnvoller Zwischenschritte, welche herausgearbeitet und schriftlich fixiert werden müssen. Die Erstellung des individuellen Therapieplans kann selbst motivierenden Charakter haben, wenn sie an den konkreten Wünschen und Bedürfnissen des Patienten ansetzt, seine subjektiven Ziele angemessen berücksichtigt und durch konkrete Zielsetzung und Zwischenschritte auch für den Patienten nachvollziehbar realisierbar wird.

### 7.5.1 Medizinisch-psychiatrische Versorgung

An jedem Wochentag wird morgens eine ärztliche Sprechstunde abgehalten, in der somatische und psychosomatische Beschwerden differenzialdiagnostisch abgeklärt und behandelt werden. Wenn entsprechend den Untersuchungsbefunden chronische oder neu aufgetretene Störungen weiterer diagnostischer Abklärung bedürfen oder die Einbeziehung weiterer medizinischer Disziplinen erfordern, werden Fachärzte der entsprechenden Disziplinen hinzugezogen.

Patienten, die sich von bestimmten therapeutischen Angeboten befreien lassen wollen, bedürfen stets einer ärztlichen Freistellung; anderenfalls wird die Nichtteilnahme am jeweiligen therapeutischen Programm als Verweigerung der Mitarbeit bewertet und sanktioniert. Wochentags ist stets ein Arzt anwesend, der neben der allgemeinmedizinischen Betreuung auch in das psychotherapeutische Tages- und Wochenprogramm eingebunden ist.

### 7.5.2 Einzelpsychotherapie

Die einzelpsychotherapeutische Betreuung bildet eine wesentliche Ergänzung der gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen. Zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung sind im Einzelfall höherfrequente und längerdauernde einzelpsychotherapeutische Gespräche erforderlich (in der Regel einmal pro Woche à 60 Minuten), um vor allem Patienten mit ausgeprägten psychiatrischen und psychosozialen Störungen und Defiziten die Integration in die Therapie zu ermöglichen und die vielschichtigen und komplexen Probleme, jedoch auch Ressourcen des einzelnen Patienten frühzeitig erfassen und mit ihm bearbeiten zu können. Bei fortlaufender Integration in die Psychotherapiegruppe können Frequenz und Zeitdauer der einzelpsychotherapeutischen Sitzungen in der Regel reduziert werden (auf in der Regel einmal pro zwei Wochen à 50 Minuten bei Berücksichtigung des Einzelfalls und auftretender Störungen und Konflikte).

Grundsätzlich sind wir bestrebt, dass der Einzeltherapeut mit dem Gruppentherapeuten identisch ist. Die Einzelgespräche, welche stets vereinbart werden, also nicht spontan zustande kommen, helfen damit auch, vor allem anfänglich dominierende Hemmungen, Ängste oder Misstrauen abzu-

bauen und die subjektive Integration in das soziale Milieu der Klinik zügig zu vollziehen. Stets wiederkehrendes Thema der Einzeltherapie ist die Auseinandersetzung mit dem in der ersten Behandlungswoche aufgestellten individuellen Therapieplan, die Überprüfung gemeinsam erarbeiteter Zwischenschritte einschließlich individuell erforderlicher Veränderbarkeit. Die direkte Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie (Chefarzt bzw. zuständiger Oberarzt) ist dabei stets sichergestellt.

### 7.5.3 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie ist nach unserem Verständnis keine Einzeltherapie in der Gruppe, sondern ein qualitativ anderes therapeutisches Angebot als die Einzelpsychotherapie. Die Gruppe selbst betrachten wir als einen Organismus, der sich ganzheitlich organisiert mit eigenen Normen und Verhaltensregeln. Die Mitglieder der Gruppe entwickeln als Gruppe eigene Aufgaben und erleben im gruppendynamischen Setting als Gruppe gemeinsame Emotionen und Affekte. Entscheidend ist der gruppendynamische Prozess, die konstruktive Interaktion in der Gruppe und die therapeutische Auseinandersetzung mit jenen Inhalten, Themen und Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen, wie sie von den einzelnen Gruppenmitgliedern im interaktionellen Setting wahrgenommen, erlebt und damit auch bearbeitet werden können. Entscheidend sind also die gruppendynamischen Prozesse innerhalb der Gruppe unter Einbeziehung des Gruppentherapeuten im Sinne des „Prinzips Antwort“ nach Heigl-Evers.

Während ihrer Behandlungszeit sind die Patienten einer von vier Therapiegruppen zugeordnet, die bis zu 10 - 12 Patienten und vier Gruppenpsychotherapiesitzungen pro Woche à 75 Minuten umfasst; die Gruppen sind halb offen organisiert, d. h., zeitnah nach der Entlassung eines Patienten rückt ein anderer nach. Während des therapeutischen Tages- und Wochenprogramms bleibt jede Therapiegruppe entweder unter sich oder unternimmt therapeutische Aktivitäten mit anderen Gruppen gemeinsam, die Gruppen werden jedoch nicht in sich aufgeteilt.

### 7.5.4 Indikationsspezifische Gruppen, Gesundheitstraining, Arbeitsgemeinschaften

Indikationsgruppen, im Hause auch Arbeitsgemeinschaften genannt, ergänzen das übrige, für alle Patienten verpflichtende, therapeutische Angebot. Trotz der Leitidee, dass alle therapeutisch relevanten Themen Gegenstand von Gruppen- und Einzeltherapie sein können und sollen, hat es sich als sinnvoll erwiesen, für bestimmte Patienten ein zusätzliches Gruppenangebot zu schaffen. Dies gilt insbesondere für Patienten mit Angststörungen [19, 20] und spezifische Schulungsangebote [32, 33].

Die Indikation zur Teilnahme an einer bestimmten Gruppe kann unterschiedlich begründet sein: durch eine Diagnose (Pathologisches Spielen), ein Syndrom (Angst, Depression), ein Persönlichkeitsmerkmal (Selbstunsicherheit), ein Informationsdefizit (Ernährungsberatung, Sozialberatung), eine soziale Problematik (Bewerbungstraining bei Arbeitslosigkeit), der besonders guten Erreichbarkeit durch einen spezifischen therapeutischen Ansatz (Meditatives Tanzen) und anderes mehr.

Art und Umfang der indikationsspezifischen Gruppen richten sich nach der aktuellen Zusammensetzung der Patientenschaft und personellen Ressourcen. Die Gruppen bestehen in der Regel einen Monat lang, umfassen 4 bis 12 Patienten

und werden von ein oder zwei Therapeuten (aller Berufsgruppen) geleitet. Die Patienten melden sich entweder aus eigener Initiative an oder werden je nach Stand des therapeutischen Prozesses zugewiesen.

Mögliche indikationsspezifische Gruppen sind neben anderen: Entspannungstraining, Meditatives Tanzen, Rückenschule, Gezieltes Ausdauertraining, Ernährungsberatung, Gesundheitstrainings, EDV- / PC-Schulung, Einführung in Hausordnung und Konzept, Schuldenberatung, Bewerbungstraining, Selbstsicherheitstraining, Kontakt- und Kommunikationstraining, Gefühlswahrnehmung und Umgang mit Gefühlen, Frauengruppe, Männergruppe, aktive Freizeitgruppe.

Da der therapeutischen Bearbeitung des Tabakkonsums große Bedeutung zukommt, bieten wir nach Abschluss des Modellprojektes „Wirksamkeit intensivierter Rauchentwöhnung in Kliniken“ (WIRK), an dem wir teilgenommen haben, ein Raucherentwöhnungsprogramm an, das auf der Grundlage kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze und Prinzipien der „Motivierenden Gesprächsführung“ entwickelt wurde und aus einer Kombination von psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung (Nikotinpflaster) besteht [45].

Das Gesundheitstraining dient der umfassenden Information der Patienten über gesundheitliche Risiken und drohende und eingetretene Schädigung aufgrund des such�geprägten Lebensstils [46]. Psychische und somatische Auswirkungen des Suchtmittelkonsums und Zusammenhänge zwischen aktuellen Beschwerden und individuellem Verhalten werden aufgezeigt, Sinn und Notwendigkeit präventiver Maßnahmen konkret erörtert.

Dabei werden den Patienten nicht nur Sachkenntnisse über z. B. Diabetes mellitus und Alkoholkonsum, Polyneuropathie, epileptische Anfälle, sexuelle Dysfunktionen und Alkoholkonsum theoretisch vermittelt, sondern die Gruppe wird im Sinne eines psychoedukativen Prozesses integriert.

Das Konzept der Psychoedukation umfasst nicht nur bloße Wissensvermittlung, sondern basiert auf dem umfassenden Austausch und Dialog von Therapeuten und Betroffenen mit dem Ziel, Patienten unter Einbeziehung ihrer eigenen Erfahrungen zu unterstützen, die neuen Kenntnisse in ihren Alltag konkret und praktisch zu integrieren.

Die Kombination von gezielter Information, Motivation und Training führt zu einer aktiven Einbeziehung der Patienten, verhindert somit die Etablierung einer passiven Zuhörerrolle und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten die gewonnenen Erkenntnisse praktisch nutzen und in einen veränderten - abstinenter - Lebensstil zu integrieren vermögen.

Das Gesundheitstraining, auch „Gesundheitsberatung“ genannt, umfasst derzeit die Themen „Magen-Darm“, „Leber / HIV“, „Bauchspeicheldrüse / Polyneuropathien“ und „Herz / Gehirn“. Die Gruppe wird von einer Krankenschwester und / oder einem Arzt durchgeführt und findet zu Beginn der Behandlung einmal pro Woche statt.

## **7.5.5 Behandlung comorbider Patienten**

Comorbidität bezeichnet das gleichzeitige Auftreten einer Suchterkrankung und einer behandlungsbedürftigen schweren psychiatrischen Erkrankung. Nach gegenwärtigem wissenschaftlichen Konsens [23, 47, 48] gelten folgende Störungen als in diesem Sinne schwere psychiatrische Erkrankungen: schizophrene, affektive oder schizoaffektive Psychosen, schwere Persönlichkeitsstörungen, wie insbeson-

dere paranoide, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind die genannten Persönlichkeitsstörungen auf Grund qualitativ schwer wiegender Störungen grundlegender psychischer Funktionen (Realitätsprüfung, Identitätsdiffusion, fehlende Gewissensbildung u. a. m.) im Vergleich zu den übrigen Persönlichkeitsstörungen sehr viel schwerer zu beeinflussen, da es hier nicht nur um eine Veränderung typischer Konfliktmuster geht, sondern um basale Persönlichkeitsstrukturen, die bislang nicht oder nur rudimentär vorhanden waren und neu aufgebaut werden müssen. Die Entwöhnungsbehandlung einzelner Patienten mit diesen Krankheitsbildern ist in der A-Abteilung grundsätzlich möglich, sofern sich die psychiatrische Erkrankung in stabiler Remission befindet, also z. B. keine akute Psychose mit produktiver Symptomatik oder akuten Suizidtendenzen gegeben ist. Basisstörungen aus dem schizophrenen Formenkreis wie etwa erhebliche Irritierbarkeit, Antriebsarmut, Ambivalenz, schizoider Rückzug, Identitätsdiffusion oder projektive Abwehrmechanismen stellen keine Kontraindikation dar [49].

Im Rahmen der Entwöhnungstherapie werden immer wieder in allen Bereichen des therapeutischen Prozesses persönlichkeitsstörungsbedingte Probleme aktualisiert. Auch das enge Zusammenleben der Patienten bedingt das vermehrte Auftreten alltagstypischer Konflikte. Um comorbide Patienten vor Überlastung durch Reizüberflutung mit der Folge psychotischer Dekompensation zu schützen, setzen wir ein Mindestmaß an Ich-Stärke bzw. psychotischer Remission mit Frustrationstoleranz und Belastbarkeit voraus. Deshalb sind wir bemüht, durch eigene Kontaktaufnahme mit dem Patienten vor Aufnahme die sich abzeichnenden therapeutischen Chancen und Risiken durch eine fachärztliche Konsultation (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) in einem Vorgespräch zu klären.

Um Ausgrenzungsprozesse innerhalb der Patientengruppe zu reduzieren, nehmen Patienten mit Comorbidität grundsätzlich an allen Veranstaltungen teil, es gibt - auch auf Grund ihrer geringen Zahl - keine Stammgruppe nur für comorbide Patienten. Wie viele comorbide Patienten zu einem gegebenen Zeitpunkt gleichzeitig behandelt werden können, kann nicht pauschal, sondern nur konkret in der Klinik entschieden werden.

Neben dem psychotherapeutischen Prozess ist die psychopharmakologische Behandlung mit Medikamenten ohne Suchtpotenzial (z. B. Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium oder Carbamazepin) ein weiterer elementarer Bestandteil der Behandlung eines Teils der comorbiden Patienten. Die Notwendigkeit der Fortführung bestehender psychopharmakologischer Behandlung wird bereits im ambulanten Vorkontakt erörtert. Mit den Patienten wird ausführlich besprochen, dass die Fortsetzung dieser Medikation unter der Voraussetzung einer positiven Symptombeeinflussung auch Voraussetzung für die Aufnahme in unsere Einrichtung ist.

Eventuelle Anpassungen einer Medikation im Sinne einer Reduktion oder Umstellung können erst erfolgen, wenn ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis erreicht ist und die Remission der psychotischen Erkrankung unverändert stabil bleibt. Die Krankheitseinsicht des Patienten in die bestehende psychiatrische Grunderkrankung und die Behandlungsnotwendigkeit ist unverzichtbare Voraussetzung, die Behandlung selbst wird fortlaufend fachärztlich überwacht. Um dem Patienten die Möglichkeit zum Rückzug aus reizüberflutenden Situationen zu geben, erhalten Patienten mit schizophrenen Psychosen nach Möglichkeit ein Einzelzimmer.

In der Gruppen- und Einzeltherapie wird den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe Rechnung getragen. Um psychotische Reaktionen zu vermeiden, wird weitgehend auf tiefenpsychologische Deutungsarbeit und andere aufdeckende Therapie verzichtet und stattdessen gegenwartsbezogen und konfliktorientiert gearbeitet. Typische Basisstörungen, wie Antriebsarmut, Denkstörungen, Identitätsdiffusionen, Affektschwankungen und projektive Abwehrmechanismen, werden bearbeitet. Die Gruppen- und Einzeltherapeuten schützen die Patienten insbesondere vor Reizüberflutung und sorgen in erforderlichem Maß für externen Antrieb.

Bezüglich der Gruppentherapie von Patienten mit Comorbidität sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten. Auf Grund der besonderen Neigung dieser Patienten zu Projektionen, Beziehungsideen oder anderen so genannten primitiven Abwehrmechanismen benötigen diese Patienten eine weitaus intensivere psychiatrische und psychotherapeutische Einzelbetreuung [50, 51, 52, 53]. Nur in diesem Rahmen kann eine zunehmende Integration abgespaltenen Persönlichkeitsanteile und eine Verbesserung des Krankheitsbewusstseins und der Compliance erreicht werden. Dies gilt insbesondere auch für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder antisozialer Persönlichkeitsstörung, die dazu neigen, ihre Konflikte in destruktiver Weise zu agieren.

In der Ergotherapie werden die häufig geringe Belastbarkeit und der Verlust der Tagesstruktur deutlich. Unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit werden - insbesondere im hauswirtschaftlichen Bereich - die Fähigkeiten zur selbstständigen Haushaltsführung überprüft. In der Werk- und Arbeitstherapie werden die handwerklichen Fähigkeiten erfasst, daraus können sich Vorschläge für nachfolgende externe adaptive oder allgemein berufsfördernde Maßnahmen ergeben.

Sollte es während der Therapie zu einer präpsychotischen Entwicklung kommen, können die Patienten von belastenden Gruppenaktivitäten vorübergehend befreit werden. Dadurch bleibt frühzeitig Raum für zusätzliche Interventionen durch den Facharzt und den Einzeltherapeuten, um z. B. notwendige medikamentöse Anpassung zeitnah vorzunehmen und psychosomatische Realitätswahrnehmungen mit dem Patienten bearbeiten zu können. Außerdem können am Einzelfall orientiert kohärenzfördernde Maßnahmen wie meditatives Malen, begleitete Entspannungsübungen etc. angesetzt werden. Sollte sich dennoch eine akute schizophrene Psychose oder eine schwere Depression mit Suizidalität entwickeln, können die Patienten kurzfristig interkurrent in psychiatrischen Einrichtungen der Region oder ihres Herkunftsortes behandelt werden. Eine Wiederaufnahme ist grundsätzlich möglich, sofern die akute Psychose oder Depression abgeklungen ist, ausreichende Stabilität besteht und die Fortsetzung der Therapie aus psychodynamischer Sicht Erfolg versprechend ist.

Unter der Voraussetzung, dass den Besonderheiten dieser Patienten in Bezug auf Einzel- Gruppentherapie sowie Therapiedauer und dem höheren Bedarf an Organisation und Supervision sowie personeller Betreuung Rechnung getragen wird, sind comorbide Patienten im Rahmen unseres Behandlungskonzeptes grundsätzlich therapeutisch ebenso gut erreichbar wie andere Patienten auch [52].

## 7.5.6 Sozialdienst

Die Aufgabe des Sozialdienstes besteht in der Klärung und Bearbeitung vielschichtiger Fragestellung von hoher Alltagsrelevanz, ausgehend von der individuellen sozialen Situation des einzelnen Abhängigen. Mit jedem Patienten wird

eine Bestandsaufnahme seiner gegenwärtigen Situation bzgl. juristischer Verfahren, Umgang mit Ämtern und Behörden, Schuldenberatung, Mietproblemen etc. vorgenommen. Ziel des Sozialdienstes ist stets konkrete Unterstützung im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe.

Der Sozialdienst organisiert den kontinuierlichen Austausch mit den regionalen Arbeitsverwaltungen, den Reha-Beratern der DRV, Berufsförderungswerken und den vor- und nachbetreuenden Institutionen (insbesondere Beratungsstellen und Entzugsabteilungen). Er ist direkter Ansprechpartner für alle klinikexternen kooperierenden Einrichtungen.

Vor- und Nachbereitung z. B. von Terminen bei der Arbeitsverwaltung, Beantragung von Maßnahmen zur beruflichen Reha und Schuldenregulierung werden vom verantwortlichen Sozialdienstmitarbeiter durchgeführt unter aktiver Einbeziehung des jeweiligen Patienten mit dem Ziel, diesen konkret bei der eigenverantwortlichen Regelung seiner Sachprobleme und der aktiven Inanspruchnahme möglicher Hilfen zu unterstützen, vor allem bei Maßnahmen zur beruflichen Reintegration (siehe 7.5.7 Berufliche Eingliederung).

Die Sozialberatung ist handlungs- und lösungsorientiert. Die praktische Arbeit umfasst sowohl Einzelfallhilfe als auch regelmäßige indikative Gruppenangebote.

## 7.5.7 Berufliche Eingliederung

Ein elementares Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Sicherung, Besserung und / oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Integration der Patienten in den Arbeitsprozess [54, 55, 56]. Dementsprechend sehen wir einen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit darin, die Patienten von Beginn an zu orientieren und zu befähigen, sich die Voraussetzungen für die Integration einschließlich Wieder- oder Ersteinstieg in das Arbeitsleben aktiv zu erarbeiten.

In enger Kooperation mit den entsprechenden Institutionen der Versorgungsregion unterstützen wir die Patienten von Anfang an, die Möglichkeiten der beruflichen Eingliederung kennen zu lernen, sich aktiv mit ihnen auseinanderzusetzen und sie optimal zur Unterstützung der beruflichen und psychosozialen Wiedereingliederung zu nutzen. Dies bildet einen Schwerpunkt der Arbeit des Sozialdienstes (siehe 7.5.6 Sozialdienst).

Der Fokus berufliche Eingliederung ist inhaltlich und strukturell Bestandteil des therapeutischen Prozesses:

- Rehabilitationsberater der Rentenversicherung: Praktische Information über und inhaltliche Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Rentenversicherungsträger bieten die regelmäßig stattfindenden Informationsgespräche mit dem beruflichen Reha-Berater, der Informationssprechstunden in der Klinik abhält und in der Zwischenzeit von den Patienten an seinem Arbeitsplatz aufgesucht werden kann.
- Arbeitsagentur Bergisch Gladbach: Mit der örtlichen Agentur für Arbeit besteht eine enge Kooperation. Bei Nichtbestehen einer positiven beruflichen Perspektive im Anschluss an die medizinische Rehabilitation sind die Patienten verpflichtet, sich aktiv mit den Angeboten einschließlich beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen der Agentur für Arbeit auseinanderzusetzen, sowohl durch Besuch der Arbeitsagentur vor Ort als auch durch Nutzung der Online-Informationen der Bundesagentur für Arbeit und anderer Job-Börsen über den Internetzugang der Klinik.
- Berufsförderungswerke: Die Kontakte sind gut ausgebaut und werden den Patienten aktiv zur Verfügung ge-

stellt, sofern die inhaltlichen Voraussetzungen vorliegen bzw. deren Klärung ansteht.

- Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation: Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation streben wir in enger Kooperation mit der Arbeitsagentur und den Rentenversicherern berufliche Reha-Maßnahmen an, um z. B. durch Sicherstellung einer sich nahtlos anschließenden Maßnahme in einer Einrichtung wie dem Institut für medizinisch-berufliche Rehabilitation (imbr) in Wuppertal-Ronsdorf die berufliche Wiedereingliederung aktiv zu unterstützen.

Die Auswirkungen der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und der diesbezüglichen Gesetzgebung haben erhebliche Konsequenzen sowohl auf den therapeutischen Prozess als auch die objektiven Möglichkeiten der Reintegration in den Arbeitsmarkt, welche unsererseits nur sehr begrenzt aufzufangen werden können [57, 58]. Beim Wunsch nach beruflicher Veränderung ist die therapeutische Auseinandersetzung mit sowohl überhöhten Erwartungen als auch der Neigung zur Selbstüberforderung und –unterschätzung von erheblicher Bedeutung.

Die aktive Klärung rechtlicher Fragen, der angemessene Umgang mit Behörden sowie die Initiierung zielgerichteter Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation einschließlich Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Umschulung sind wichtige Bestandteile des therapeutischen Prozesses.

Grundsätzlich streben wir an, dass die Patienten mit Abschluss der Entwöhnungsbehandlung eine Arbeitstätigkeit unmittelbar oder zumindest in absehbarer Zeit wieder aufnehmen können, auch wenn es sich um untergeordnete Tätigkeiten handeln mag.

Auf Grund der sich rasch vollziehenden Änderung in der realen Arbeitswelt, insbesondere ihrer zunehmenden Computerisierung, fördern wir den Erwerb von EDV- und PC-Basisfertigkeiten, indem wir PCs zur Verfügung stellen, die sowohl innerhalb als auch im Anschluss an das therapeutische Tagesprogramm genutzt werden können. In praxisbezogener Kleingruppenarbeit können den Patienten Berührungspunkte genommen, Orientierungen gegeben, Chancen und Möglichkeiten aufgezeigt werden. Das Übungsprogramm [vgl. 59] richtet sich dabei nach dem Kenntnisstand der einzelnen Teilnehmer. Im Einzelfall können vorhandene oder neu erworbene Fertigkeiten auch in Kooperation mit externen Instituten vor Ort ausgebaut werden.

Seit 7/2001 nimmt die Klinik an einem von der DRV Rheinland, Düsseldorf, initiierten Programm zur Beratung von Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen über Leistungen zur beruflichen Rehabilitation während der Entwöhnungserhandlung („BerRAG“) teil. Patienten der DRV Rheinland, bei denen berufsfördernde Leistung zur Rehabilitation für erforderlich gehalten werden (festgestellt durch unseren ärztlichen Dienst), können bereits während der laufenden medizinischen Rehabilitation durch einen Fachberater der DRV Rheinland in der Klinik zu Fragen beruflicher Rehabilitation beraten werden. Ziel des Programms ist es, Suchtkranken in Entwöhnungsbehandlungen schneller und besser Zugang zu beruflichen Reha-Maßnahmen zu ermöglichen [60].

## **7.5.8 Themenorientierte Gruppenarbeit**

Einmal wöchentlich wird eine Gesprächsgruppe mit der Gesamtgruppe der Patienten durchgeführt, die vom Chefarzt oder vom therapeutischen Leiter der Abteilung geleitet wird. Thematisch dient diese Gruppe der Bearbeitung für die Gesamtgruppe wichtiger gruppenspezifischer Prozesse und

Fragestellungen, akuter krisenhafter Zuspitzungen, bedeutensamer Veränderungen im inneren und äußeren Setting der Entwöhnungsbehandlung. Konflikte größeren Ausmaßes haben dabei stets Vorrang. Darüber hinaus können in dieser Gruppe von Patienten Themen eingebracht werden, welche sie auf dem Hintergrund ihrer Abhängigkeitsentwicklung im Rahmen ihres aktuellen therapeutischen Prozesses besonders bewegen, wie Umgang mit Hoffnung und Frustration, Erwartungen an sich selbst, an andere und Umgang mit Erwartungen anderer an die eigene Person, Auseinandersetzung mit dem Abschiednehmen vom Suchtstoff und ihrem oft abhängigkeitsförderndem Umfeld etc. Das skizzierte Themenspektrum dient dem Einstieg in die Diskussion und der Reflexion tief verwurzelter Sorgen, Hoffnungen, zum Teil auch elementarer Missverständnisse, deren kritische Reflexion und Bearbeitung Zugang zu einer realitätsangemessenen Selbst- und Fremdwahrnehmung ermöglicht und dadurch auch den Gruppenprozess therapeutisch prägt.

## **7.5.9 Arbeitstherapie**

Eine entscheidende Aufgabe der Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Unterstützung beruflicher Reintegration bzw. (Wieder-)Eingliederung. Deshalb kommt der Arbeitstherapie im Rahmen des gesamttherapeutischen Settings besondere Bedeutung zu.

Im Rahmen des arbeitstherapeutischen Prozesses steht das Spannungsfeld zwischen subjektiver Vorstellung des Patienten, eigener Anspruchshaltung, jedoch auch Versagensängsten einerseits und praktischem Umsetzen, Bewältigung von Erfolgs- und Misserfolgserlebnissen, Akzeptanz eigenen Fehlverhaltens andererseits ebenso im Zentrum des therapeutischen Prozesses wie die Wiederentdeckung verloren geglaubter und Entfaltung neuer Fähigkeiten in verschiedenen Arbeitsbereichen.

Die Arbeitstherapie ist eine reproduzierende Tätigkeit und entsprechend ihrer Aufgabe im Sinne einer Belastungs- und produktorientiert („zweckgebundene, sinnbezogene Tätigkeit“ [61]). Sie wird von qualifiziert ausgebildeten Mitarbeitern durchgeführt und umfasst folgende Bereiche:

- Die Tätigkeit in der Küchengruppe ist ein soziales Arbeitsfeld, von dem alle Patienten mittelbar betroffen sind. Vor- und Nachbereiten, Auf- und Abtragen des Essens, Schaffung und Aufrechterhaltung einer angenehmen Atmosphäre während der Mahlzeiten und auch das Bedienen der Mitpatienten während des Essens gehören zu den Aufgaben der Küchengruppe. An allen Tagen der Woche wird das warme Mittagessen von einer Großküche geliefert, Frühstück und Abendessen werden stets selbst zubereitet. Die Tätigkeit in der Küche steht unter fachkundiger Leitung.
- Die eigenverantwortliche Sicherstellung des eigenen Lebensbereiches umfasst auch eine gründliche Hausreinigung, die regelmäßig von den Patienten durchgeführt wird. Diese Tätigkeit umfasst die Grobreinigung der Patientenzimmer, der Küche, der Flure und aller Aufenthalts- und Funktionsräume, die von den Patienten benutzt werden. Übernahme sozialer Verantwortung, praktische Tätigkeit für die Gruppe und das wechselseitige verlässliche Einhalten von Absprachen sind therapeutisch wichtige Aspekte dieser Tätigkeit.
- Instandhaltung der Außenanlagen (Hof und Grünanlagen). Die Gartenanlagen sind entsprechend dem Wechsel der Jahreszeiten zu pflegen. Es wird an die Eigenverantwortung der für diesen Dienst eingeteilten Pati-

entengruppe appelliert, die anfallenden Arbeiten untereinander den eigenen Kräften entsprechend aufzuteilen.

Jede der drei Stammgruppen übernimmt für vier Wochen einen der genannten drei Funktionsbereiche; durch dieses Rotationsprinzip durchläuft jeder Patient innerhalb von 12 Wochen das gesamte arbeitstherapeutische Angebot.

Stammgruppen übergreifend besteht die Möglichkeit, an klinikinternen PC-Schulungen teilzunehmen; sie dienen neben der allgemeinen Aneignung basaler Fertigkeiten im Einzelfall auch der Vorbereitung der beruflichen (Re-)Integration (siehe auch 7.5.7 Berufliche Eingliederung).

Weitere Verantwortungsbereiche für einzelne Patienten im Sinne konkreter Übernahme von Patientenverantwortung im Stationsalltag sind nachstehend genannte Dienste:

- Gruppensprecher
- Patenstatus für neue Patienten
- Begleitung von Mitpatienten bei Ausgängen
- Küchenverantwortlicher
- Verantwortlicher für die Patientenfahräder
- Kiosk
- Bewirtung der abteilungsinternen Cafeteria
- Waschdienst für Patientenwäsche
- Ordnungsdienst, Müllentsorgung

### 7.5.10 Werktherapie

In der Werktherapie verbinden sich arbeits- und kreativtherapeutische Ansätze; bei gegebener Produktorientierung bleibt hier mehr kreativer Freiraum als in der reinen Arbeitstherapie („sinngeladene, zweckbezogene Tätigkeit“ [61]).

Für die Werktherapie steht eine umfangreich ausgestattete Schreinerwerkstatt zur Verfügung. Handwerkliche Grundkenntnisse und -fähigkeiten im Umgang mit dem Werkstoff Holz werden entsprechend der Vorkenntnisse und dem handwerklichen Geschick des Einzelnen gestuft unter fachkundiger Anleitung vermittelt und vertieft. Persönliche Wünsche und Erwartungen des Patienten werden berücksichtigt und können so auf ihre Realisierbarkeit überprüft werden (Über- / Unterschätzung). Pünktlichkeit, Ausdauer, Konzentration und Genauigkeit werden gefordert und gefördert. Die Vermittlung handwerklicher Techniken und das eigenständige Fertigstellen von Werkstücken weckt beim Patienten alte und / oder neue Interessen und stärkt das Selbstwertgefühl.

Projektarbeit mit Planung, Materialbeschaffung und Ausführung bis hin zur termingerechten Fertigstellung schafft therapeutisch wirksame Lernfelder. Die enge Kooperation in der Arbeitsgruppe sowie der ökonomische Umgang mit den eigenen Kräften, sinnvolle Zielerarbeitung und -kontrolle sowie Übernahme eigener Verantwortung für die gemeinsame Arbeit bilden einen therapeutisch wirksamen Fokus dieser Tätigkeit.

### 7.5.11 Kreatives Training

Im Rahmen des kreativen Trainings (Kreativtherapie) werden die Patienten ermutigt und inspiriert, eigenes kreatives Potenzial wieder zu entdecken und zu entwickeln und diesem durch Malen (auch mit Musik), Zeichnen, Modellieren u. a. m. Ausdruck zu verleihen. Im Zentrum steht dabei das

Bemühen um die Fähigkeit, ohne Stimulierung durch psychoaktive Substanzen die Fantasie anzuregen und emotionalen Regungen mit den Möglichkeiten nonverbaler Gestaltung Ausdruck zu verleihen. Durch bildnerischen und gestalterischen Ausdruck soll dem eigenen seelischen Erleben symbolisch Ausdruck verliehen werden [62].

Dabei werden bisher wenig beachtete Interessen, gestalterische Fähigkeiten und manuelles Geschick wieder entdeckt, gefördert und weiterentwickelt. Das Angebot kreativer Techniken und Medien wie Papier, Ton, Speckstein, Naturmaterialien und Arbeit mit Pinsel und Farbe dient der Anregung zum individuellen Entwickeln symbolischen Ausdrucks der eigenen Gefühlswelt. In gemeinsamer Gruppenarbeit werden die Ergebnisse besprochen, hinterfragt und damit zum einen die Patienten für die Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen und Affekte durch die Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Fähigkeit zum Ausdruck für inneres Erleben sensibilisiert, zum anderen die Mitarbeiter des Teams durch Nachbesprechung in die therapeutischen Prozesse mit einbezogen.

Diese im Rahmen des kreativen Trainings in verschiedenen Formen Ausdruck findende Produkte der individuellen Kreativität der Patienten haben ich-stärkenden Charakter und können durch entsprechende Einbeziehung des kreativtherapeutischen Angebotes den psychotherapeutischen Prozess des Patienten und die Weiterentwicklung des Selbstbildes des Patienten wesentlich unterstützen.

### 7.5.12 Sporttherapie

Abhängige haben im Laufe der Entwicklung in die manifeste Abhängigkeit häufig zunehmend den Bezug zum eigenen Körper verloren. Während zu Beginn des therapeutischen Prozesses die Nichtakzeptanz des eigenen Körpers oft sehr ausgeprägt ist und damit auch körperliche Aktivitäten abgelehnt werden, neigen viele Patienten im Zustand der therapeutisch unterstützten Freiheit von Suchtstoffen dazu, sich im Sinne einer Gegenbewegung ohne ausreichende Vorbereitung zu überfordern, um falschen Selbstwertvorstellungen zu entsprechen und dabei Äußerlichkeiten überzubetonen. Freude und Interesse an körperlichen Aktivitäten, an Bewegung, Spiel und Sport werden im Sinne einer methodenintegrativen Sporttherapie geweckt, die rehabilitative, pädagogische und sozialisatorische Aspekte einschließt und der Ich-Stärkung dient [63].

Im Rahmen der leistungsgestuften Sporttherapie werden Frühgymnastik, Sportspiele, gezieltes Ausdauertraining, Wassersport, Entspannungsübungen und andere Aktivitäten durchgeführt. Die Sporttherapie umfasst neben werktäglichem Frühsport zwei sporttherapeutische Einheiten pro Woche.

Der Sport dient dabei auch der Heranführung an angemessene Freizeitbewältigung für die Zeit nach der Behandlung hier und damit der Befähigung zu gesundheitsbewusster Lebensgestaltung. Physische, psychische und emotionale Aspekte werden dabei gleichermaßen aufgegriffen. Ziele der Sporttherapie sind: Spaß an Bewegung, Selbsterfahrung, Sozialerfahrung in der Gruppe, Verbesserung sport-spezifischer Fähigkeiten, Freizeitgestaltung, Umwelterfahrungen und die Reduktion seelischer und körperlicher Spannungen.

Je nach Ausprägung sporttherapeutisch relevanter Einschränkungen und medizinischem Befund erhalten die Patienten physiotherapeutische Anwendungen, deren Behandlung durch eine kooperierende physiotherapeutische Praxis sichergestellt wird.

### **7.5.13 Tanztherapie**

Die Tanztherapie als eine Form bewegungsorientierter und künstlerischer Psychotherapie macht sich die uralte Heilkraft des Tanzes zunutze. Nicht die Erlangung festgelegter tänzerischer Formen ist das Ziel, sondern die authentische, eigenschöpferische Bewegung. Der Tanztherapie, im Hause Bewegungstherapie genannt, liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde: Über die eigene Erfahrung in der Bewegung und im Tanz wird der Patient nicht nur seinem körperlichen, sondern auch in seinem emotionalen und geistigen Erleben angesprochen. Dabei kommt der kognitiven, verstandesmäßigen Verarbeitung des Tanz- und Bewegungserlebens im aufarbeitenden Gespräch ein hoher Stellenwert zu [64].

In ihrer tiefenpsychologischen Anwendung macht die Tanztherapie von der Bewusstmachung persönlicher Bewegungssymbolik Gebrauch; in der Körpersprache werden seelische Spannungen und Verkrampfungen, aber auch ungenutzte Potenziale sichtbar. Durch das Medium Tanz kommt der Mensch mit bewussten und unbewussten Anteilen seiner Persönlichkeit in Kontakt, lernt diese an sich kennen und akzeptieren und kann seine Erlebnisse vor dem Hintergrund seiner persönlichen Lebensgeschichte verarbeiten.

Die Tanztherapie zeigt dem Patienten Wege zu einem befreienden Selbstausdruck und einem tieferen Selbstverständnis auf, um ihn letztendlich in seiner speziellen Lebenssituation zu stärken und handlungsfähig zu machen. Ziel ist die eigenverantwortliche und kreative Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst und seiner Umwelt. In ihrer suchtspezifischen Adaptation wird die Tanztherapie in unserem Hause seit vielen Jahren praktiziert [65]; sie umfasst mindestens eine Einheit pro Woche.

### **7.5.14 Einbeziehung Angehöriger in die Therapie**

Die erste Behandlungsphase dient der Integration neu aufgenommener Patienten in die Patientengruppe und der subjektiven Bearbeitung von mit dem konkreten Therapiebeginn verbundenen Widerständen; sie ist deshalb für eine konstruktive und auch belastungsstabile Integration der neuen Patienten in den therapeutischen Prozess von großer Bedeutung. Deshalb unterliegen die Patienten in den ersten Wochen grundsätzlich Einschränkungen im Außenkontakt.

Mit dem Erreichen der zweiten Behandlungsphase werden die Beziehungen zu Angehörigen oder anderen wichtigen Bezugspersonen in den therapeutischen Prozess integriert, einschließlich direkter Wiederaufnahme der Kontakte, welche häufig belastet oder vollständig abgebrochen sind [66].

Aus diesem Grunde werden in regelmäßigen Abständen eintägige Angehörigenseminare durchgeführt, an denen Familienangehörige und andere enge Bezugspersonen zusammen mit den Patienten teilnehmen. Jeder Patient hat während seiner Behandlung mehrmals Gelegenheit, an solchen Seminaren teilzunehmen. Je nach Indikation werden auch separate Paar- und Familiengespräche durchgeführt.

Parallel dazu sollen Patienten Heimfahrten nutzen, um die in der bisherigen Entwöhnungstherapie aufgearbeiteten Erfahrungen praktisch umzusetzen und die damit verbundenen Erlebnisse, Konflikte und Veränderungen anschließend in Einzel- und Gruppengesprächen aufzuarbeiten.

### **7.5.15 Selbsthilfegruppen**

Bei der Sicherung des Rehabilitationserfolges kommt der bereits während der Behandlung geplanten und eingeleiteten Nachsorge entscheidende Bedeutung zu; hierzu gehört auch der regelmäßige Besuch von Selbsthilfegruppen [67].

Zur Vorbereitung laden wir daher regelmäßig einmal wöchentlich Vertreter der unterschiedlichen Selbsthilfegruppen in unsere Klinik ein, ihr jeweiliges Konzept vorzustellen. Die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist verpflichtend. Patienten, die sich im letzten Drittel ihrer Behandlung befinden, ermutigen wir, sich bereits während ihrer Behandlung in unserem Hause einer externen Selbsthilfegruppe anzuschließen.

### **7.5.16 Strukturierte Freizeitaktivitäten**

Das Heranführen, Erlernen und Wiederentdecken der eigenen Freizeitstrukturierung dient der Festigung eines umfassenden positiven Lebensgefühls, einer realistischen Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie und ist von erheblicher Bedeutung für die Festigung und Stabilisierung eines abstinenten Lebensweges. Es werden daher - je nach personellen Möglichkeiten - externe Freizeitaktivitäten durchgeführt, die von einem Mitarbeiter begleitet werden und für die zwei Kleinbusse zur Verfügung stehen. Die Teilnahme ist teils verpflichtend, teils freiwillig. Entsprechend ihrer Realisierbarkeit werden Initiativen der Patienten aufgenommen und umgesetzt. Das Spektrum der Aktivitäten ist vielfältig und umfasst Kino- und Theaterbesuche, Konzert- und Sportveranstaltungen, Museumsbesuche, Wanderungen, Schwimmen etc. Freizeit soll aktiv und erholungsorientiert gestaltet und erlebt werden.

### **7.5.17 Hausversammlung / Großgruppe**

Einmal wöchentlich findet die Hausversammlung statt, von den Patienten „Großgruppe“ genannt, an welcher alle Patienten und alle Mitarbeiter einschließlich der Leitung teilnehmen. Die Hausversammlung dient der Erörterung aktueller und grundsätzlicher Fragen wie Tages- und Wochenprogramm, Hausordnung oder aktuelle organisatorische Änderungen. Darüber hinaus dient sie als Forum für die Patienten, ihre Wünsche und Kritik zu thematisieren, im Direktkontakt mit der Klinikleitung Informationen zu erhalten und strittige Fragen zu klären sowie neu aufgenommene Patienten zu begrüßen und andere zu verabschieden.

### **7.5.18 Kriseninterventionen**

Die abstinentenorientierte Entwöhnungsbehandlung stellt eine Zäsur in der individuellen Entwicklung des Patienten dar, welche notwendigerweise von Fort- und Rückschritten, Phasen sprunghafter Weiterentwicklung und Stagnation, krisenhaften Zuspitzungen und veränderter Selbst- und Fremdwahrnehmung geprägt ist. Da sowohl die Entwicklung in die Abhängigkeit als auch die Überwindung manifester Abhängigkeit ein vielschichtiger und von Widersprüchen geprägter Prozess ist, bilden sich diese unterschiedlichen Ebenen notwendigerweise auch im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung ab [68, 69, 70]. Deshalb ist die frühzeitige, prozessorientierte, im Grundsatz eindeutige und zugleich die besonderen Aspekte des Einzelfalls berücksichtigende Krisenintervention untrennbarer Bestandteil der Therapie.

Symptomatisch äußern sich krisenhafte Entwicklungen auch als Verstoß gegen die Hausordnung. Je nach Intensität und

Häufigkeit sind Gespräche mit dem Dienst habenden Mitarbeiter, dem Gruppentherapeuten oder dem therapeutischen Leiter der Abteilung erforderlich. Schwerere Regelverstöße werden mit mündlichen oder schriftlichen Verweisen bis hin zur sofortigen disziplinarischen Entlassung beantwortet. Erhebliche Regelverstöße von besonderer Problematik sind

- Gewaltanwendung oder -androhung,
- Suchtstoffrückfälle und
- sich verfestigende intensive Paarbeziehungen zwischen Patienten.

Die Schaffung und Aufrechterhaltung einer angstfreien Atmosphäre ist unverzichtbare Voraussetzung, um eine therapeutisch wirksame Atmosphäre zu schaffen, in der abhängigkeitskranke Menschen sich öffnen und an ihren elementaren Grundschwierigkeiten konstruktiv arbeiten können. Aus diesem Grunde betrachten wir Gewaltausübung und auch -androhung grundsätzlich als unvereinbar mit dem Fortsetzen der Therapie.

Der Rückfall mit Suchtstoffen ist einerseits ein elementarer Verstoß gegen die Wahrung der Abstinenz von Suchtstoffen als elementarem Bestandteil der Entwöhnungsbehandlung, andererseits ein Symptom für eine krisenhafte Entwicklung im Rahmen des gesamten therapeutischen Prozesses. Die konkrete Beurteilung des Rückfalls und der Möglichkeit der therapeutisch konstruktiven Bearbeitung unter Fortsetzung der Behandlung bedarf der Berücksichtigung bestimmter Kriterien:

- Ist der Patient bzw. sind alle beteiligten Patienten bereit und in der Lage, den Rückfall umfassend offen zu legen von der Vorbereitung bis zur Durchführung einschließlich aller Begleitumstände?
- Sind die beteiligten Patienten bereit und fähig zur Auseinandersetzung mit den Problemen und Verhaltensmustern, die dem Rückfall zugrunde liegen und im Rückfall ihren Ausdruck gefunden haben?
- Ist eine Bearbeitung dieses konkreten Rückfalls im Rahmen der gruppendynamischen Entwicklung der gesamten Patientengruppe möglich?
- Kommen in der Bearbeitung des Rückfalls Schwierigkeiten zum Ausdruck, welche der therapeutischen Bearbeitung bisher nicht zugänglich waren oder ist das Rückfallverhalten Ausdruck einer Stagnation und einer inneren Emigration aufseiten des Patienten, welche aktuell therapeutisch nicht konstruktiv aufzulösen ist?

Wie jeder Regelverstoß stellt auch ein Suchtstoffrückfall grundsätzlich eine Krise dar, welche sowohl die Gefahr der Beendigung des therapeutischen Prozesses als auch eine Chance im Sinne eines Neuanfangs darstellt. Nur eine ausführliche Erörterung der besonderen Bedingungen, eine offene und umfassende Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Motiven, deutlich werdenden Verhaltensmustern und Bearbeitung sowohl der Vorbereitung als auch der Durchführung des Rückfalls ermöglicht eine therapeutisch konstruktive Bewertung. Grundsätzlich gilt, dass jeder einzelne Rückfall einer individuellen Bewertung bedarf und nur bei eindeutigen konstruktiven therapeutischen Ansätzen eine Fortführung der Entwöhnungsbehandlung ermöglicht. Dabei kommt der offenen Auseinandersetzung mit dieser Situation in der gesamten Patientengruppe besonders große Bedeutung zu [71].

Falls ein Patient in Zusammenhang mit einem Rückfall auf die Entzugsstation einer anderen Klinik verlegt werden muss, wird von uns der zuständige Leistungsträger infor-

miert. Während der Entzugsbehandlung halten wir Kontakt zu dem Patienten und dem behandelnden Team und nehmen unverzüglich Rücksprache mit dem Leistungsträger zwecks Klärung der Zustimmung bei etwaiger nahtloser Rückübernahme des Patienten zur Fortsetzung der medizinischen Rehabilitation.

Die Entwicklung und Verfestigung intimer Paarbeziehungen ist im Rahmen der Gruppenbehandlung stets in Erwägung zu ziehen, insbesondere bei der Behandlung gemischtgeschlechtlicher Patientengruppen. Zunehmende und tendenziell ausschließliche Fixierung auf einen gegen- oder gleichgeschlechtlichen Mitpatienten im Sinne eines Intimparters beinhaltet die Gefahr der Herauslösung aus dem gruppendynamischen therapeutischen Gesamtprozess, des Sich-Verschließens gegenüber der therapeutischen Bearbeitung in der Einzel- und Gruppentherapie, der Wiederholung problematischer Verhaltensmuster einschließlich therapeutisch zu überwindender Abhängigkeiten und erhöht damit die Gefahr, den gesamten eigenen therapeutischen Prozess zu beeinträchtigen und in Frage zu stellen [72].

Deshalb setzen wir uns frühzeitig mit den betroffenen Patienten zusammen, besprechen mit ihnen die sich abzeichnenden grundsätzlichen Probleme bei sich verfestigender Paarbeziehung und vereinbaren zu befolgende Zwischenschritte, deren Nichtbefolgen mit Sanktionen bis hin zur disziplinarischen Entlassung beantwortet wird. Die therapeutische Bearbeitung dieses Problems bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen dem intensiven Bemühen um eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre einerseits und der Notwendigkeit der Einhaltung erforderlicher Rahmenbedingungen für den therapeutischen Gesamtprozess andererseits.

Bei allen Kriseninterventionen in Bezug auf schwerere Regelverstöße bemühen wir uns um Erarbeitung von Zwischenschritten. Therapeutisches Ziel ist es, den betroffenen Patienten im Sinne einer gemeinsamen Bilanz nach Krisenmanagement zu ermöglichen, sich in einem überschaubaren kurzen Zeitraum aktiv um eine kritische Bearbeitung der in der Krise deutlich gewordenen Schwierigkeiten zu bemühen. Die Beurteilung dieses Prozesses ist entscheidend für die Frage, ob die Therapie nach Ablauf dieser als Probezeit zu charakterisierenden Phase fortgesetzt werden kann oder beendet wird [70].

Eine Krise im Sinne einer akuten Überforderung eines gewohnten Copingsystems durch belastende äußere oder innere Erlebnisse bedarf einer Krisenintervention, die von folgenden Grundsätzen geprägt ist [73]:

- Jede Krise ist zeitlich begrenzt, die Krisenintervention findet entsprechend in einem zeitlich begrenzten Rahmen statt.
- Die Krisenintervention ist zielorientiert und auf die Bewältigung der Krise zentriert. Bereits vorbestehende Konflikte und Probleme werden nur dahingehend in die therapeutische Krisenintervention einbezogen, als sie die aktuelle Krise unmittelbar berühren. Krisenintervention erfordert selektive therapeutische Aufmerksamkeit.
- Die aktive und z. T. auch direktive Haltung des Therapeuten bildet den unverzichtbaren Rahmen, innerhalb dessen der Patient Lösungswege zu suchen hat, die ihm auch je nach Situation konkret von Therapeutenseite aufgezeigt werden können. In der Krisenintervention sind gesunde Bewältigungsstrategien des Patienten zu fördern, regressiven Tendenzen hingegen ist entgegenzuwirken.

- Krisenintervention ist nur möglich im aktiven Zusammenwirken des gesamten multidisziplinären Teams und erfordert bei ausgeprägten psychiatrischen Zusatz Erkrankungen (comorbiden Patienten) grundsätzlich fachärztliche Präsenz.

## **7.6 Der therapeutische Prozess in der A-Abteilung**

Das therapeutische Programm umfasst im klinischen Alltag ein alle Wochentage einschließendes Tagestherapieprogramm mit jeweils zwei therapeutischen Einheiten vormittags und nachmittags (siehe Anhang). Darüber hinaus sind variable, auf den Einzelfall abgestimmte therapeutische Bausteine als Bestandteil des individuellen Therapieplans in das Gesamtkonzept des sozialtherapeutischen Milieus des Hauses integriert.

Das therapeutische Basisprogramm mit den spezifischen therapeutischen Einheiten wird in allen vier Therapiegruppen durchgeführt, aus Gründen der zeitlichen, räumlichen und personellen Begrenzung jedoch nicht zeitparallel. Die Programmschwerpunkte der drei Stammgruppen wechseln im monatlichen Rhythmus; durch dieses rotierende System durchläuft jede Stammgruppe alle Funktionsbereiche (Küche, Hausreinigung, Außenanlagen / Werktherapie) innerhalb von 3 Monaten mit etwa gleichen zeitlichen Anteilen.

Die fachgerechte Behandlung sowohl als Gruppe als auch individuumzentriert fordert eine klare und eindeutige Behandlungsstruktur, die sich in den im Rahmen der Hausordnung festgehaltenen Regeln niederschlägt und orientierende, strukturierende und stabilisierende Funktion hat. In der Hausordnung (siehe Anhang) werden die Rahmenbedingungen, Möglichkeiten, Aufgaben und Grenzen festgehalten. Die Auseinandersetzung über Notwendigkeit und Sinn der Regeln, die Bemühungen, diese umzuinterpretieren, zu unterlaufen oder auch offen in Frage zu stellen, sind Inhalt der alltäglichen Arbeit mit den Patienten, jeder Team-sitzung und Supervision.

Die umsichtige, geduldige und eindeutige Haltung in der Arbeit mit dem sich in vielfältigen Schattierungen abzeichnenden Widerstand gegen die Hausordnung ist ein wesentliches Element während der gesamten Behandlung. Die Auseinandersetzung mit den Patienten über den Sinn des Regelwerks, das Kontrollieren der Einhaltung und entsprechende therapeutische Interventionen (mit z. B. sanktionierendem Charakter bei Nichteinhaltung) sind wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses.

In Einzelgesprächen und Gruppenangeboten werden diese Grundregeln der Behandlung des Zusammenlebens immer wieder thematisiert und bearbeitet. Ein flexibler Umgang mit den verschiedenen Formen der Nichteinhaltung von Regeln ist therapeutisch unverzichtbar, da es vielen Abhängigen außerordentlich schwer fällt, in schwierigen Situationen mit anderen gemeinsam um einen für alle Seiten tragbaren Kompromiss zu ringen und dabei auch öffentlich selbstkritisch eigenes Fehlverhalten einzugestehen.

Ein besonderer Aspekt des gesamten therapeutischen Prozesses ist die Auseinandersetzung mit Nähe und Distanz. Wir begegnen den Patienten im direkten Kontakt per Sie, um ihnen mit dem gleichen auch formalen Respekt wie jedem anderen Erwachsenen zu begegnen und die professionelle Grundhaltung ihnen gegenüber auszudrücken.

### **7.6.1 Behandlungsphasen**

Erste Phase: Eingewöhnungs-/Motivationsphase

Zweite Phase: Neuorientierungsphase

Zu Behandlungsbeginn sind Eingewöhnung, Integration und Einbindung des neu aufgenommenen Patienten vorrangig (Basisgruppe). Im Mittelpunkt stehen der Aufbau einer Vertrauensbasis und einer therapeutischen Beziehung; die Selbstfindung und Rückbesinnung auf die eigene Person im therapeutischen Milieu der Klinik; motivationsverstärkende Interaktionen bei drohendem Therapieabbruch; das Training gruppentherapeutischer Regeln; die erste Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und denen der Gruppe; die Vertiefung einer nur oberflächlichen oder situationsabhängigen Krankheitseinsicht; die Auftragsklärung im Sinne der Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Erwartungen an die Therapie; die Transparenz des interdisziplinären Angebotes.

Notwendigkeit und Dauer dieser Phase hängen vom Einzelfall ab. Hilfreiche therapeutische Vorerfahrungen, klare Krankheitseinsicht und gute Therapiemotivation, aber auch eine durch den Kosten- / Leistungsträger vorgegebene kurze Gesamtverweildauer, können zu einer Verkürzung oder einem Überspringen dieser Phase führen (so werden Wiederholer, die erst vor kurzem eine Entwöhnungsbehandlung in unserer Klinik beendet haben, in aller Regel sofort in eine Stammgruppe, d. h. in die zweite Phase, aufgenommen).

Unabhängig von der Teilnahme an der Basisgruppe werden in der ersten Woche der Behandlung der aktuelle Stand bezüglich Krankheitseinsicht und Therapiemotivation geklärt, Rehabilitationsziele und -diagnosen festgelegt und die Therapieplanung vorangetrieben, oft nur vorläufig, aber stets in kritischer Reflexion.

Die Erfahrungen der ersten Phase werden am Ende in einer bilanzierenden Fallbesprechung zusammengetragen. Nach Festlegung weiterer Zwischenziele wird dann durch uns entschieden, in welche der drei Stammgruppen der Patient intern verlegt wird.

Wesentliche Ziele dieser zweiten Phase (Stammgruppenzeit), die bei einer 16-wöchigen Therapiedauer in der Regel 12 - 14 Wochen dauert, sind: Verbesserung und Stabilisierung des körperlichen Zustands, Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen, Einsicht in den Zusammenhang von Lebensstil, Suchterkrankung bzw. Gesundheit, Stärkung von gesundheitsförderlichen Ressourcen; Festigung und Vertiefung der Krankheitseinsicht; Erkennen, Erleben und Bearbeiten von Zusammenhängen zwischen psychischen Störungen / Defiziten und aktuellen bzw. chronischen konflikthafter Situationen, Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Fördern des Realitätsbezugs und der psychosozialen Kompetenzen; Vorbereitung auf altes oder neues Berufsfeld, Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit, Erprobung des erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen, Unterstützung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

Ein Teil der zweiten Phase kann auch ganztätig ambulant (teilstationär) absolviert werden (siehe 7.6.2. Ganztätig ambulante (teilstationäre) Behandlung).

Mit jedem Patienten wird während der Behandlungszeit eine Anschlussperspektive erarbeitet. Zur Optimierung des Gesamtbehandlungsplanes stehen am Ende grundsätzlich mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Verkürzung oder Verlängerung der ganztägig ambulanten (teilstationären) oder vollstationären Rehabilitation,
- Ganztägig ambulante (teilstationäre) Beendigung einer in unserem Hause begonnenen vollstationären Entwöhnungsbehandlung,
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung ins aufsuchende betreute Wohnen (siehe 8. Betreutes Wohnen),
- Fortsetzung der Entwöhnungsbehandlung in ambulanten Rahmen (Umwandlung stationärer in ambulante Rehabilitation),
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung in eine Adaptionseinrichtung,
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung in eine stationäre medizinisch-berufliche Rehabilitation (Arbeitsbelastungserprobung, erweiterte Berufsfindung).

Generell wird geprüft, welche konkreten Weiterbehandlungs- und -betreuungsmöglichkeiten das örtliche Hilfesystem für gerade diesen Patienten bereithält (Psychosoziale und andere Beratungsstellen, niedergelassene Medizinische und Psychologische Psychotherapeuten, unsere Institutsambulanz [siehe 9. Institutsambulanz], u. a. m.).

Die Klinik leistet damit einen Beitrag zur „interaktiven Vernetzung“ mit anderen Behandlungsinstitutionen und Einbindung in das räumliche und soziale Umfeld der Einrichtung [74].

### 7.6.2 Ganztägig ambulante (teilstationäre) Behandlung

Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation kann sowohl die gesamte Maßnahme ganztägig ambulant (teilstationär) durchgeführt als auch ganztägig ambulant (teilstationär) begonnen (und vollstationär beendet bzw. vollstationär begonnen) und ganztägig ambulant (teilstationär) beendet werden.

Ganztägig ambulant (teilstationär) bedeutet, dass der Patient werktags in der Regel zwischen 8.30 Uhr und 17.00 Uhr am stationären Programm teilnimmt, sich sonst aber außerhalb der Klinik aufhält.

Der Patient in ganztägig ambulanter (teilstationärer) Phase / Behandlung nimmt wie jeder andere Patient der vollstationären Behandlung an allen werktäglichen Therapieeinheiten teil; bis auf ein zusätzliches Einzelgespräch pro Woche, in dem spezielle Aspekte dieser Phase thematisiert werden können, unterscheidet sich das therapeutische Angebot nicht vom vollstationären Angebot.

Das Angebot richtet sich an solche Patienten, die einerseits so viel psychische Struktur, Ordnung und soziale Stabilität aufweisen, dass eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr notwendig ist, die aber andererseits noch einer geregelten Tagesstruktur bedürfen und die durch die Fortsetzung der Behandlung in einem nur ambulanten Rahmen überfordert wären [75, 76, 77].

Die ganztägig ambulante (teilstationäre) Behandlung ist eine Option, im Einzelfall beim Vorliegen der eingangs skizzierten Voraussetzungen das vollstationäre therapeutische Setting sinnvoll zu modifizieren (ganztägig ambulante Phase) bzw. zu ersetzen (komplett ganztägig ambulant Behandlung). Die oben genannte Indikation ist deshalb breit und offen gehalten, um den Lebensbedingungen des Einzelnen Rechnung tragen zu können. So wurde bewusst weitgehend auf äußere Mindestbedingungen verzichtet (etwa die einer maximalen Entfernung zum Wohnort). Bzgl. der Festlegung der Behandlungsdauer gelten die gleichen Grundsätze wie

bei vollstationären Behandlungen (siehe 3. Behandlungsdauer).

Durch die ganztägig ambulante (teilstationäre) Phase / Behandlung ist es möglich, die Patienten stärker in den realen Lebensraum ihres Alltages einzubinden (Rückkehr in die Wohnung, Einbindung in die häusliche Realität, Pflege und Aufbau sozialer Kontakte); im Einzelfall können sich daraus flexiblere Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Neuorientierung vor Ort ergeben.

Formale Voraussetzungen für den Übergang von vollstationärer zu ganztägig ambulanter Phase ist eine ausreichende Stabilisierung im vollstationären Behandlungssetting in unserem Hause. Bei Wiederholern oder Patienten mit insgesamt reduzierter Behandlungsdauer (von unter 16 Wochen) ist in der Regel von mindestens 8 Wochen vollstationärer Zeit auszugehen. In Einzelfällen kann diese Mindestzeit aber auch unterschritten werden.

Das ganztägig ambulante (teilstationäre) Angebot richtet sich an Patienten der Region (Großraum Köln, Bonn, Leverkusen, Rheinisch-Bergischer Kreis), die die Klinik täglich mit zumutbarem Zeitaufwand erreichen können (bis zu 45 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln).

Sollte sich während der ganztägig ambulanten Behandlung herausstellen, dass der Patient mit diesem Setting überfordert ist, kann er in die vollstationäre Behandlungsform übernommen werden. Sollte bei Rückfälligkeit eine Entzugsbehandlung notwendig werden, muss diese vor einer Rückverlegung in einer externen Klinik abgeschlossen sein (siehe 7.5.18 Kriseninterventionen).

### 7.6.3 Behandlungsmodule

Die Entwöhnungsbehandlung ist ein wesentlicher Baustein in der individuellen Entwicklung eines Patienten mit dem Ziel, die Abhängigkeitserkrankung und damit verbundene Probleme in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht zu überwinden. Um den therapeutischen Prozess der Entwöhnungsbehandlung optimal nutzen zu können, ist eine möglichst enge Verknüpfung mit den therapeutischen Hilfen vor und nach der Entwöhnungsbehandlung und eine konstruktive Auseinandersetzung mit der jeweiligen Lebenssituation unverzichtbar. Auf Grund der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Anschlussperspektiven sind wir bestrebt, den therapeutischen Prozess in der Entwöhnungsbehandlung so zu gestalten, dass den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Patienten Rechnung getragen wird - bei Wahrung des therapeutischen Gesamtrahmens.

Die Entwöhnungsbehandlung kann in der Psychosomatischen Klinik

- vollstationär durchgeführt,
- vollstationär begonnen und ganztägig ambulant (teilstationär) weitergeführt,
- ganztägig ambulant (teilstationär) durchgeführt,
- ganztägig ambulant (teilstationär) begonnen und vollstationär weitergeführt werden.

Darüber hinaus kann die Behandlung auch

- (extern) ambulant begonnen und in der Klinik ganztägig ambulant (teilstationär) oder vollstationär weitergeführt und dann ambulant fortgesetzt werden.

Sofern Patienten eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in der Versorgungsregion der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach begonnen haben und dann nach Klärung der entsprechenden Indikation die Behandlung in der

Klinik gantztägig ambulanter (teilstationärer) oder vollstationär fortgeführt wird, halten wir eine Mindestbehandlungsdauer von in der Regel acht Wochen für notwendig, damit sich diese Patienten nach Wechsel des therapeutischen Settings auf den therapeutischen Prozess unter veränderten Rahmenbedingungen einlassen können.

Eine anschließende Fortsetzung bei der zuvor ambulant behandelnden Beratungsstelle wird von uns aktiv unterstützt. Wir ermöglichen damit allen Beratungs- und Behandlungsstellen der Region – nach Abklärung der leistungsrechtlichen Fragen und der Indikation – eine gewissermaßen zwischengeschaltete gantztägig ambulante (teilstationäre) oder vollstationäre Behandlung bei bereits begonnener ambulanter Behandlung.

Durch die Möglichkeit, verschiedene Behandlungsformen (vollstationär, gantztägig ambulant (teilstationär), ambulant) in der Einrichtung und / oder in enger Verzahnung mit vor- und nachbehandelnden Institutionen (siehe auch 7.6.1 und 7.6.2) modulartig zu kombinieren, kann der gesamte Behandlungsprozess maximal an die Notwendigkeiten des Einzelfalles angepasst werden. Damit wird auch einer Spaltung der verschiedenen Therapieformen entgegengetreten [78] und die Behandlung unter ökonomischen Aspekten optimiert [75].

## 8. Betreutes Wohnen

Das aufsuchende Betreute Wohnen ist ein Angebot der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach zur nachstationären Betreuung von Patienten, die entweder zuvor eine qualifizierte Entzugsbehandlung abgeschlossen oder eine Entwöhnungsbehandlung regulär beendet haben. Das Betreute Wohnen ist als notwendige Ergänzung des ambulanten Netzwerkes der institutionellen Drogen- und allgemeinen psychosozialen Hilfe zu verstehen und existiert seit 12/1996 für den Rheinisch-Bergischen Kreis, seit 1/1998 für die Stadt Köln. Es richtet sich in erster Linie an Abhängige von illegalen Drogen, kann im Einzelfall aber auch von alkohol- und / oder medikamentenabhängigen Patienten der A-Abteilung genutzt werden.

Voraussetzungen zur Teilnahme am Betreuten Wohnen sind:

- Hauptwohnsitz im Rheinisch-Bergischen Kreis oder in Köln
- Diagnostisch gesicherte manifeste Suchterkrankung
- Abschluss einer stationären Akut- bzw. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung

Psychiatrisch behandlungsbedürftige Erkrankungen im Sinne einer Comorbidität sind *kein* Ausschlusskriterium.

Das Angebot richtet sich gezielt an diejenigen Patienten, die auf Grund individueller Schwierigkeiten erhebliche Probleme haben, nach stationärer Behandlung angemessene Hilfs- und Betreuungsmöglichkeiten zu finden [8]. Wegen der oft vorliegenden psychiatrischen Zusatzkrankung werden diese Patienten vom klassischen Angebot der Suchthilfe und auf Grund ihrer Suchtschwierigkeiten von sozialpsychiatrischen Einrichtungen nicht erreicht.

Die Betreuung beginnt nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung und umfasst - je nach im Vordergrund stehender Problematik - individuell unterschiedlich sozialarbeiterische und psychiatrisch pflegerische Hilfen. Praktische Unterstützung bei allen sozialrechtlichen Fragen, Beratung von Angehörigen und anderen Hilfspersonen, bei der eigenen Haushaltsorganisation, Gesundheitsfürsorge, Einleitung er-

forderlicher ärztlicher Behandlungen bis hin zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens wird geleistet. Die am Einzelfall orientierte Betreuung wird überwiegend im unmittelbaren Wohnbereich der Betroffenen geleistet, kann jedoch Gruppenaktivitäten einschließen.

Die Betreuung umfasst zwei bis drei Stunden pro Patient und Woche, darüber hinaus gibt es regelmäßige Sprechstunden pro Woche sowie eine fachärztlich betreute Patientenbesprechung, in der auch über Aufnahme und Entlassung aus dieser Maßnahme entschieden wird. Die Gesamtmaßnahme steht unter Leitung des Chefarztes der Klinik. Ziel des betreuten Wohnens ist das Erreichen bzw. die Wiederherstellung der Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln sowie der psychosozialen beruflichen Reintegration in unsere Gesellschaft. Je nach Einzelfall ist sowohl eine kurz- als auch langfristige Betreuung möglich. Schwerpunkt der Arbeit ist das aufsuchende betreute Einzelwohnen.

Die Planungen für ein stationäres soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige, das im Einzelfall auch mehrfachabhängigen comorbiden Alkoholabhängigen zur Verfügung stehen wird, sind abgeschlossen [79].

## 9. Institutsambulanz

Die Institutsambulanz der Psychosomatischen Klinik wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet, darüber hinaus arbeiten in der Ambulanz psychiatrisch erfahrene Pflegekräfte und Mitarbeiter mit abgeschlossener psychotherapeutischer Zusatzausbildung mit. Die Ambulanz ist werktags gantztägig geöffnet mit offenen Sprechstunden, die sich an den Öffnungszeiten niedergelassener Ärzte orientieren. Die Behandlung in der Institutsambulanz erfolgt entweder auf Überweisung durch einen niedergelassenen Kassenarzt oder direkt in der Ambulanz, welche in diesem Fall die hausärztliche Funktion übernimmt. Die Arbeit in der Ambulanz umfasst die vollständige psychiatrische Diagnostik und Behandlung, tiefenpsychologische fundierte und analytische sowie verhaltenstherapeutische Psychotherapie gemäß den Psychotherapierichtlinien bei multiprofessionellem Arbeitsansatz [7].

Ein zentrales Anliegen ist die Behandlung, Beratung und Betreuung nicht nur des Patienten, sondern auch seines sozialen Umfeldes, insbesondere der Angehörigen und weiterer Bezugspersonen, einzeln und in der Gruppe. Weitere Schwerpunkte sind die Unterstützung bei der Verringerung oder Kompensation sozialer Defizite und psychischer Störungen mit dem Ziel der Rückfallvermeidung durch vor allem übende soziotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungen. Die Koordination von Behandlungs-, Beratungs- bzw. Betreuungs- und pflegerischen Maßnahmen Dritter (insbesondere niedergelassener Ärzte und sozialer Dienste, also vor allem Beratungsstellen) ist entscheidend für die Sicherstellung des Behandlungserfolges.

Die Arbeit im Rahmen der Institutsambulanz umfasst Leistungen der medizinischen Behandlung oder Rehabilitation, nicht jedoch Maßnahmen allgemeiner sozialer, pädagogischer oder psychosozialer Art im Rahmen der allgemeinen sozialen Rehabilitation. Intensität der Behandlung und Betreuung sowie deren Umfang sind entsprechend den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Patienten ausgerichtet, die Arbeit erfolgt unter kontinuierlicher externer Supervision.

Die Patienten können über die Institutsambulanz sowohl vor als auch nach der Entwöhnungsbehandlung betreut und behandelt werden.

## 10. Organisation und Struktur

### ➤ Teamstruktur

In den täglichen Teamsitzungen erörtern die Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Bereiche an jedem Werktag gemeinsam Entwicklung, Eindrücke und Informationen über die aktuellen Patienten, Neuaufnahmen und organisatorische Fragen unter Leitung des therapeutischen Leiters der Abteilung oder des Chefarztes. Darüber hinaus wird jede Woche eine ca. zweistündige Fallbesprechung durchgeführt, in der sowohl die Therapiegruppe als Ganzes als auch einzelne Patienten differenzialdiagnostisch und hinsichtlich des therapeutischen Prozesses ausführlich besprochen werden.

### ➤ Supervision, Fort- und Weiterbildung

Zusätzlich zu Teamarbeit und interner Fallbesprechung findet monatlich eine 90-minütige externe Supervision unter Leitung eines vom Träger unabhängigen klinischen Psychologen und Psychoanalytikers statt, darüber hinaus ebenfalls vierzehntägig eine fachübergreifende interne Fortbildungsveranstaltung (ca. 90 Min.) für alle Mitarbeiter der therapeutischen Stations- und Abteilungsteams der Klinik. Der Chefarzt hat eine zweijährige Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Der therapeutische Leiter der A-Abteilung ist vom Berufsverband Deutscher Psychologen anerkannter Klinischer Psychologe / Psychotherapeut BDP und Supervisor BDP sowie approbierter Psychologischer Psychotherapeut.

### ➤ Leitungsstruktur

Ärztlicher und therapeutischer Leiter der Gesamtklinik ist der Chefarzt, die Leitung der Gesamtklinik besteht aus Verwaltungsleiter, Chefarzt und Pflegedienstleitung.

Die Alkohol- / Medikamentenentwöhnungsabteilung (A-Abt.) wird therapeutisch von einem Diplom-Psychologen geleitet. Das Leitungsteam der A-Abt. umfasst die Fachbereiche Medizin, Psychologie und Sozialarbeit.

An der monatlichen Betriebsleitungskonferenz nehmen neben dem Verwaltungsleiter, dem Chefarzt und dem Pflegedienstleiter die Oberärzte bzw. therapeutischen Abteilungsleiter teil; sie erörtern organisatorische, personelle und strukturelle Probleme der Klinik.

Darüber hinaus werden in einer monatlichen therapeutischen Konferenz des Chefarztes und der Oberärzte bzw. Abteilungsleiter therapeutische und konzeptionelle Grundsatzzfragen besprochen.

### ➤ Personelle Besetzung

Die therapeutischen Mitarbeiter verfügen weitgehend über eine DRV-/VDR-anerkannte Zusatzausbildung. Das multidisziplinär zusammengesetzte Team der A-Abteilung für die insgesamt 40 Behandlungsplätze setzt sich wie folgt zusammen:

Funktionen	Vollstellen
Chefarzt	0,33
Therapeutischer Leiter / Dipl.-Psychologe	1,00
Oberarzt (FA für Psychiatrie / Psychotherap. Med.)	0,25

Arzt	1,00
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	0,13
Dipl.-Psychologe/-in	2,00
Dipl.-Psychologin / Psychotherapeutin i. A.	0,65
Dipl.-Sozialpädagogin (psychotherapeutisch)	1,00
Dipl.-Sozialarbeiterin (psychotherapeutisch)	1,00
Dipl.-Sozialarbeiter	1,00
Dipl.-Sportlehrer	0,78
Tanztherapeutin	0,50
Kunst-/Kreativtherapeutin	0,78
Arbeits-/Werktherapeut/-in	2,50
Pflegedienstleiter	0,21
Exam. pfleg. Mitarbeiterin (Tagdienst)	0,78
Pflegerischer Hintergrunddienst	0,13
Sonst. Personal im Nacht- und Wochenenddienst	2,81
<b>Insgesamt</b>	<b>16,85</b>

Verwaltung (3,0 Stellen) und Sekretariat / Schreibdienst (1,13 Stellen) sind in dieser Übersicht nicht berücksichtigt.

### ➤ Kosten- und Leistungsträger

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine sog. gemischte Krankenanstalt nach § 30 GewO und untersteht der Aufsicht durch das Gesundheitsamt Bergisch Gladbach. Die Leistungen der Klinik sind nach § 6 BHV beihilfefähig, Beihilfe- und Erstattungsfähigkeit der entstehenden Kosten müssen vor Aufnahme mit der Klinik abgeklärt werden. Die Klinik umfasst 122 Betten und befindet sich mit den 42 Betten der Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger im Krankenhausplan des Landes NRW. 38 der jetzt 40 Betten der D-Abteilung waren bis 1995 im Krankenhausplan, die 40 Betten der A-Abteilung bis 2005. Für die 80 Reha-Betten bestehen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V.

Federführend sowohl für die A- als auch D-Abteilung unserer Klinik ist die DRV Rheinland, Düsseldorf. Leistungen der Entwöhnungsbehandlung bedürfen vorab - je nach Zuständigkeit - der Genehmigung durch Rentenversicherer, Krankenkassen, örtliche Beihilfestellen oder Landschaftsverbänden.

## 11. Qualitätssicherung

Fachgerechte und patientenorientierte Durchführung der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) erfordert einen ständigen innerklinischen Prozess zur Überprüfung der erreichten Qualität und Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts entsprechend den sich verändernden Bedingungen der Patienten und des Gesundheits- und Sozialsystems. Das Qualitätssicherungsverfahren unserer Klinik orientiert sich am Fünf-Punkte-Programm der Deutschen Rentenversicherung DRV [80]. Das vorliegende Konzept basiert auf den Empfehlungen zur Erstellung schriftlicher Behandlungskonzepte von Entwöhnungseinrichtungen, bildet als Klinikkonzept eine verbindliche Arbeitsgrundlage für die therapeutischen Teams und hat orientierende und strukturgebende Funktionen für die Patienten der Klinik [81].

Nachstehend werden einige der aktuell praktizierten Instrumente zur Qualitätssicherung skizziert [82, 83]:

Die Basisdokumentation als Instrument zur Sicherung der Prozessqualität erstreckt sich auf nachstehend genannte Merkmale:

- Aufnahmemodus,
- tiefenpsychologisch fundierte Anamnese einschließlich Berufsanamnese,
- Aufnahmebefund mit eingehender psychiatrischer und allgemeinmedizinischer Diagnostik und Anamnese, körperlicher Untersuchung sowie labor- und konsiliarärztlicher Befunde,
- testdiagnostische Untersuchungen,
- psychiatrische und somatische Diagnostik und Differenzialdiagnostik mit Kodierung gemäß ICD-10,
- sozialmedizinische Parameter und Rehabilitationsziele,
- Therapieplanung und Therapieverlauf mit Darstellung der individuellen Problembereiche des Patienten, Sozial- und Leistungsverhalten mit Bewältigungsstrategien,
- sozialmedizinische Stellungnahme,
- Nachsorgekonzept und
- schriftlicher Dokumentation.

Das System zur „Klassifikation therapeutischer Leistung“ KTL [84] findet seit Jahren Anwendung. Eine vollständige Erfassung des therapeutischen Prozesses ist über das KTL-System jedoch nicht in Gänze möglich. Der Reflexion und Rückkoppelung im Sinne der Prozessqualität dient der vom Fachverband *buss* empfohlene Patientenfragebogen, den wir bei Entlassung verwenden. Über den Fachverband *buss* ist die Klinik dem übergreifenden Dokumentations- und Katamnesesystem EBIS zur Überwachung der Ergebnisqualität und Evaluation der Basisdokumentation und Katamneserhebung angeschlossen [85].

Ebenfalls über den Fachverband *buss* sind Mitarbeiter außerhalb der Leitungsebene zur Moderation und Durchführung von Qualitätszirkeln geschult worden, deren Funktion darin besteht, durch praktische Einbeziehung der Mitarbeiter aller betroffenen Bereiche einen Konsens über diagnostische und therapeutische Grundfragen zu finden, den Diskussionsprozess zwischen Leitung und anderen Mitarbeitern zu organisieren und sicherzustellen sowie deutlich werdende Schwachstellen miteinander zu erörtern und zu überwinden [86].

Im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV nimmt die Klinik an einem speziell auf die Belange der Suchterkrankung zugeschnittenen Verfahren zur Beurteilung der Prozessqualität teil: Das sog. „Peer Review“-Verfahren nutzt dabei als Informationszugang zu den Prozessabläufen die nach einem einheitlichen Raster erstellten Entlassungsberichte der Patienten. Pro Klinik zufällig ausgewählte Berichte werden von erfahrenen und geschulten Fachkollegen („Peers“) auf der Grundlage einer detaillierten Liste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale und eines Manuals bewertet. Das Verfahren erlaubt so eine differenzierte Beschreibung und Analyse der Stärken und Schwächen bei der Durchführung der rehabilitativen Maßnahmen [87].

Die Klinik ist Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchthilfe e. V. *deQus* und nimmt seit Beginn an den Maßnahmen zu Qualitätssicherung und -management der *deQus* teil [88].

Seit 2006 arbeitet die Klinik in der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) mit. Nach Selbst- und Fremdbewertung wurde die gesamte Klinik 5/2007 nach KTQ-Reha extern zertifiziert [89].

## 12. Literatur

1. Hasse, H. E. & Schneider, W. (1990). Le travail thérapeutique auprès de toxicomanes en République fédérale d'Allemagne: l'exemple d'une clinique. In G. Broyer (Hrsg.), *Allemagne - Approche Pluridisciplinaire des Toxicomanies. Bulletin de Liaison du Centre National de Documentation sur les Toxicomanies, Lyon (CNDT), 16*, 120 - 136.
2. Schuler, W., Hasse H. E. & Schneider, W. (1992). Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker in stationären Einrichtungen. *Die Rehabilitation, 31* (2), I - X.
3. Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994). Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. *Psychiatrische Praxis, 21*, 13 - 18.
4. Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994). Harm Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger. *Sucht, 40* (1), 50 - 56.
5. Kuhlmann, Th. (2000). *Konzept für die Stationen zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger (7/2000)*. Bergisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.
6. Kuhlmann, Th. & Reuter, M. (2008). *Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Drogenabhängiger (3/2008)*. Bergisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.
7. Kuhlmann, Th. (1999). *Konzept der Institutsambulanz (7/1999)*. Bergisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.
8. Kuhlmann, Th. (1999). *Konzept für das Betreute Wohnen (9/1999)*. Bergisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.
9. Kuhlmann, Th. (1996). Harm Reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit. *Psychiatrische Praxis, 23* (4), 157 - 160.
10. Kuhlmann, Th. (2001). Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe. *Sucht, 47* (2), 131 - 136.
11. Beyer, H. (1990). Die Individualisierung der Suchttherapie aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger. In M. Heide (Hrsg.), *Individualisierung der Suchttherapie* (S. 105 - 109). Saarbrücken-Scheid: Verlag Rita Dader.
12. Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg? *Sucht, 46* (Sonderheft 2), 92 - 176.
13. König, K. (1993). Möglichkeiten und Grenzen psychoanalytischer Zugangsweisen. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien* (S. 73 - 84). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
14. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.). (2002). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
15. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2001). Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Psychotherapie, 6* (1), 58 - 72.

16. Fürstenau, P. (1992). Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Verlag J. Pfeiffer.
17. Fürstenau, P. (2002). Psychoanalytisch verstehen - Systemisch denken - Suggestiv intervenieren. (2. erw. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
18. Rose, H. H. (1981). Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 8, 1 - 7.
19. Schmidt-Traub, S. (2008). Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual (3., vollständig überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
20. Margraf, J. & Schneider, S. (2000). Paniksyndrom und Agoraphobie. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 2: Störungen - Glossar (2., vollst. überarb. und erw. Aufl., S. 1 – 28). Berlin: Springer-Verlag.
21. Wöller, W., Krause, J. & Alberti, L. (1996). Was ist supportive Psychotherapie? Nervenarzt, 67, 249 - 252.
22. Wöller, W., Bernard, J., Kruse, J. & Albus, C. (2001). Supportive und interaktionelle Techniken bei Patienten mit defizitären Ich-Funktionen. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden, (S. 205 – 235). Stuttgart: Schattauer GmbH.
23. Kernberg, O. F. (1996). Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
24. Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
25. Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. Psychotherapeut, 40, 130 – 145.
26. Grawe, K. (2000). Psychologische Psychotherapie (2. korrigierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
27. Becker, P. (1995). Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
28. Wagner, R. F. & Becker, P. (Hrsg.). (1999). Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
29. Fiedler, P. (2007). Persönlichkeitsstörungen (6., vollständig überarbeitete Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
30. Fiedler, P. (1999). Differentielle Indikation und differentielle Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In H. Saß & S. Herpertz (Hrsg.), Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen. Beiträge zu einem schulenübergreifenden Vorgehen (S. 63 – 73). Stuttgart: Thieme-Verlag.
31. Fiedler, P. (2000). Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
32. Reschke, K. (1990). Gestaltung gesundheitsrelevanter Informationen. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch (S. 461 - 474). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
33. Petermann, F. (Hrsg.) (1997). Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch (2. vollst. überarb. und erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
34. Verheul, R., van den Brink, W. & Geerlings, P. J. (1999). A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. Alcohol, 34, 197 - 222.
35. Littleton, J., Mayer, S. & al Qatari, M. (1997). Repeated alcohol consumption: implications for craving, kindling treatment. Biological Psychiatry, 42, 275S - 276S.
36. Böning, J. (1994). Warum muss es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. Sucht, 4, 244 - 252.
37. Kiefer, F. (2002). Pharmakotherapeutische Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. In K. Mann (Hrsg.), Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen (S. 91 – 106). Lengerich: Papst Science Publishers.
38. Kuhlmann, Th. & Wessel, Th. (2000). Akutbehandlung: ambulant – (teil-)stationär – qualifiziert. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Individuelle Hilfen für Suchtkranke (S. 163 - 174). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
39. Kuhlmann, Th. (1999). Konzept für die Station zur qualifizierten Akutbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (7/1999). Bergisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.
40. Kuhlmann, Th., Summa-Lehmann, P., Reymann, G. & Marcea, J. T. (2001). Anforderungen an eine qualifizierte Akutbehandlung Alkoholabhängiger in NRW. Suchttherapie, 2 (2), 93 – 97.
41. Körkel, J. & Schindler, Chr. (1999). Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten (S. 175 - 196). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
42. Körkel, J. (2000). Vom Sollen und Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. Abhängigkeiten, 6 (1), 5 – 25.
43. Rost, W.-D. (2001). Psychoanalyse des Alkoholismus. Therapie, Diagnostik, Behandlung. (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
44. Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983). Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
45. Institut für Therapieforchung (Hrsg.). (2002). „Rauchfrei nach Hause.“ Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Rauchentwöhnungsmanual für Kliniken (1. Version September 2002) und „Rauchfrei - Ich?!“ Ein Manual für die stationäre Rauchentwöhnung (1. Version September 2002). München: IFT.
46. Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hrsg.). (2005). Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Einführung in die indikationspezifischen Curricula. Version 2005. Berlin: BfA.
47. Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). (1994). Comorbidität - Therapie von psychischen Störungen nach Sucht. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
48. Wittfoot, J. & Driessen, M. (2000). Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. Suchttherapie, 1 (1), 8 – 15.
49. Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hrsg.). (1994). Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verarbeitung, therapeutische Ansätze (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

50. Mentzos, St. (2002). Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
51. Mentzos, St. (Hrsg.). (2000). Psychose und Konflikt. Zur Theorie und Praxis der analytischen Psychotherapie psychotischer Störungen (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
52. Kuhlmann, Th. & Morjan, A. (1996). Die Schizophrenie - zum Verständnis der Krankheit und der Erkrankten. Psych. Pflege Heute, 2 (4), 230 - 236.
53. Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.). (1994). Psychotherapie mit psychotischen Menschen. Berlin: Springer-Verlag.
54. Schallenberg, H. (1996). Wiederherstellung der Berufsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? (S. 133 - 140). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
55. Beyer, H. (1996). Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag? (S. 100 - 112). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
56. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2003). Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung (6., neubearb. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
57. Hidién, W. & Quinten, C. (1998). Berufliche Reintegration in der medizinischen Rehabilitation heißt: Vom (Arbeits-)Markt her denken. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchttherapie unter Kostendruck: Entwicklungen und Perspektiven (S. 146 - 150). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
58. Meyer, Th., Peter, B. & Kupper, R. (2000). Das Problem Arbeitslosigkeit in der stationären Behandlung von alkoholkranken Menschen. Abhängigkeiten, 6 (2), 17 - 27.
59. Leidag, Th., Pfeiffer, A. & Thapa-Görder, N. (2001). Computerunterricht an Ergotherapieschulen. Empfehlungen für den Unterricht. Dortmund: verlag modernes lernen, Borgmann KG.
60. Birkendahl, R. (2005). Beratung von Rehabilitanden. Ein Modellprojekt in den von der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft zur Rehabilitation Suchtkranker belegten Einrichtung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (BerRAG) in der Zeit vom 1. Juli 2001 bis 30. Juni 2004. LVA Rheinprovinz. Mitteilungen, 2004, 223 - 226.
61. Fuchs, P. (2000). Ergotherapie im Suchtbereich. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. (2. Aufl.). Dortmund: verlag modernes leben.
62. Petzold, H. & Orth, I. (Hrsg.). (1990). Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie (Bd. I). Paderborn: Junfermann-Verlag.
63. Deimel, H. & v. d. Schoot, P. (1988). Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker. Entwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts; Ergebnisse und Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt des Kultusminister des Landes NRW. Frechen: vgr, Verlags Gesellschaft Ritterbach.
64. Klein, P. (1993). Tanztherapie. Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein. München: Verlag J. Pfeiffer.
65. Schneider, W. (1989). Begründung einer bewegungstherapeutischen Planstelle. Tanz und Therapie, Zeitschrift für Tanztherapie, 1, 11 - 15.
66. Kaufman, E. & Kaufmann, P. N. (1992). Familientherapie bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
67. Moeller, M. L. (1996). Selbsthilfegruppen. Anleitung und Hintergründe. Reinbek: Rowolt Taschenbuch Verlag.
68. Beyer, H. (1988). Sozialrechtliche Aspekte bei Therapieabbrüchen. In J. Rieger, L. Schmidt & E. Walch-Heiden (Hrsg.), Irreguläre Therapiebeendigung - Panne oder Chance? (S. 93 - 99). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
69. Lauer, G., Richter, B. & Sohns, R. (1996). Rückfälle während stationärer Alkoholismustherapie: Auszugrenzendes Übel oder integrationsbedürftige Realität? Report Psychologie, 1996 (5 - 6), 382 - 388.
70. Körkel, J., Wernado, M. & Wohlfarth, R. (Hrsg.). (1995). Stationärer Rückfall - Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
71. Körkel, K. (Hrsg.). (1991). Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer. Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
72. Klein, M., Quinten, C. & Roeb, W. (Hrsg.). (1992). Abhängigkeit, Sucht, Beziehung. Beziehungs- und Interaktionsverhalten im Suchtkontext. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
73. Schnyder, U. & Sauvart, J.-D. (Hrsg.). (1993). Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Hans Huber Verlag.
74. Lappe, R.-B. (1999). Grundlage einer angemessenen Vergütung. Ist die ausschließliche Orientierung an der Strukturqualität noch ausreichend? In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten (S. 258 - 265). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
75. Schallenberg, H. (1999). Die Auswirkungen der veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen auf die Behandlung Suchtkranker - Entwicklungstrends und neue Anforderungen. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten (S. 258 - 265). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
76. Ebeling, J. (2000). Indikationskriterien für eine teilstationäre Behandlung. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen (S. 150 - 157). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
77. Schneider, R. (2000). Indikationskriterien für eine stationäre Behandlung. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen (S. 158 - 166). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
78. Marcea, I. T. & Kuhlmann, Th. (2001). Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und / oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie / Psychotherapie. Suchttherapie, 1 (1), 45 - 50.
79. Kuhlmann, Th. (1999). Konzept für ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige (12/1999). Ber-

gisch Gladbach: Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.

80. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (Hrsg.). (2000). Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation – Instrumente und Verfahren. DRV-Schriften Band 18. Frankfurt am Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.
81. Kulick, B. (1994). Konzeptqualität bei stationärer Entwöhnungsbehandlung (Beitrag auf dem 7. Heidelberger Kongreß des Fachverbandes Sucht e. V., 15.06. - 17.06.1994).
82. Schliehe, F. & Zollmann, P. (1994). Reha – Dokumentation und Qualitätssicherung. Prävention und Rehabilitation, 7 (2), 50 - 54.
83. Beutel, M. (1995). DIN EN ISO 9000 ff. Ein Modell zur Qualitätssicherung in der Suchtkrankenhilfe? Sucht, 42 (1), 55 - 61.
84. Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.). (2007). KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2007 (5. Neubearb. Aufl.). Berlin: DRV Bund.
85. Michael Strobl, M., Schiessl, A. & Weissbach, S. (2007). EBIS Einrichtungsbezogenes Informationssystem. Manual für die Suchtkrankenhilfe (EBIS-A/S), Version 8.x, Stand 1/2007. (8. Aufl.). Höhenkirchen: GSDA GmbH.
86. Härter, M., Groß-Hardt, M. & Berger, M. (Hrsg.). (1999). Leitfaden Qualitätszirkel in der Psychiatrie und Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
87. Kawski, St., Dorenburg, U., Beckmann, U. & Koch, U. (2000). Prozessqualität in der stationären Suchtrehabilitation. Suchttherapie, 1 (3), 126 - 136.
88. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2000). Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie. Kassel: deQus.
89. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (Hrsg.). (2005). KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog für den Bereich Rehabilitation, Version 1.0. Siegburg: KTQ-GmbH.

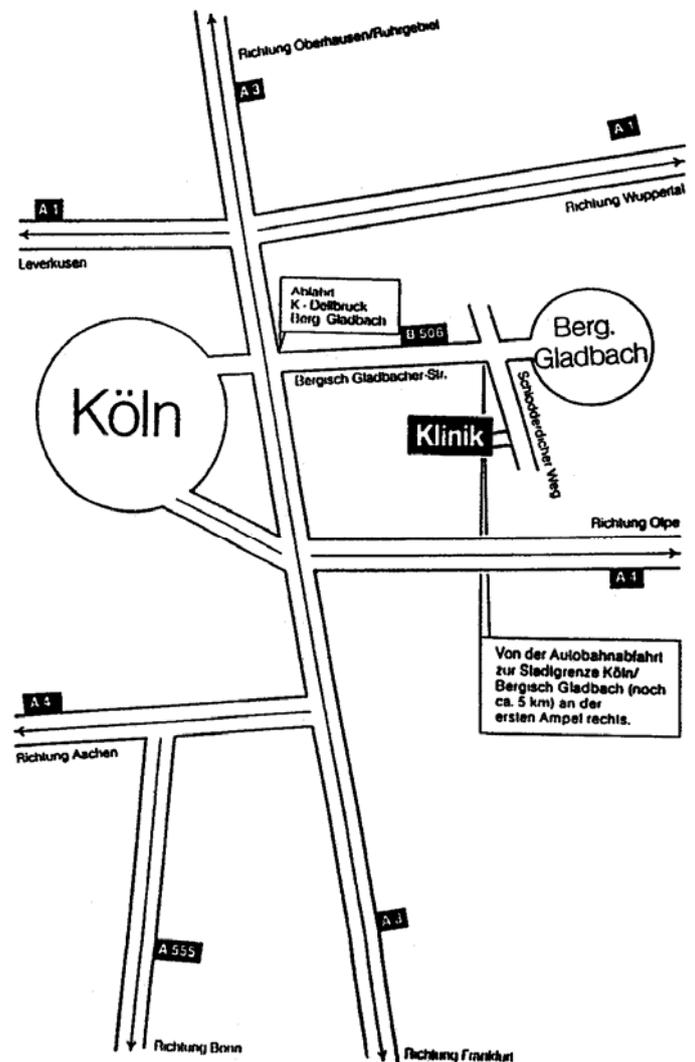
## 13. Anhang

### 13.1 Lage der Klinik / Anfahrt

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (Hauptklinik) liegt an der Stadtgrenze zwischen Bergisch Gladbach und dem Kölner Stadtteil Dellbrück in einem walddreichen Naherholungsgebiet.

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Schloderdicher Weg 23 a  
51469 Bergisch Gladbach  
Tel.: 02202/206-0

Zur Groborientierung:



Autobahn A3, Abfahrt „Köln-Dellbrück / Bergisch Gladbach“, auf der „Bergisch Gladbacher Str.“ in Richtung Bergisch Gladbach fahren, immer geradeaus der Straße folgen, nach 5,4 km rechts auf den „Schloderdicher Weg“ abbiegen (ab dort ist ausgeschildert), nach 400 m wieder rechts, nach 100 m erneut rechts abbiegen.

### 13.2 Grundregeln der Behandlung (Hausordnung der Entwöhnungsbehandlung. A-Abt.)

Die Grundregeln der Behandlung sind eine wesentliche **Grundlage für die Zusammenarbeit** zwischen Ihnen als Patient und uns als Mitarbeitern und damit für Ihre Behandlung.

Die Regeln im Einzelnen:

- Verzicht** auf alle psychoaktiven Substanzen (alle Suchtstoffe, ob legal wie Alkohol oder illegal wie Cannabis) sowie Medikamente, welche nicht ärztlich verordnet sind. Das schließt den Verzicht auf Erwerb, Konsum, Handel etc. ein sowie den Verzicht auf alle Materialien und Werkzeuge, die für Zubereitung und Konsum erforderlich sind.
- Kontrollen** zur Sicherstellung der Suchtmittelfreiheit in der Entwöhnungsbehandlung (vor allem Atemluft- und Urinkontrollen und Durchsuchung der Kleidungsstücke und Wertsachen) werden mehrfach ohne Vorankündigung während der Behandlung durchgeführt. Wir erwarten dabei Ihre aktive Unterstützung.
- Rauchen** bzw. Konsum von Tabakprodukten jeder Art ist nur außerhalb des Klinikgebäudes zulässig. Aus versicherungsrechtlichen und feuerschutztechnischen Gründen sind wir verpflichtet, das Einhalten dieser Vorschrift sicherzustellen. Der Besitz von koffeinhaltigen Getränken und Produkten ist ebenfalls verboten, ihr Konsum eingeschränkt.
- Außenkontakte** sind zu Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung eingeschränkt (Ausgangssperre, 2 Wochen); sie werden mit Fortschreiten der Behandlung erweitert (Zweierausgang, Einzelausgang, Heimfahrt). Bei ganztägig ambulanter (teilstationärer) Behandlung entfallen diese Einschränkungen. Empfang und Versand von Briefen und Päckchen sowie Telefonieren sind von Anfang an möglich.
- Intensive **Intimbeziehungen** untereinander sind sowohl für die Behandlung der unmittelbar betroffenen Patienten als auch die gesamte Gruppe problematisch. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie während der Behandlung hier keine sexuellen Beziehungen oder Intimkontakte zu Mitpatienten beginnen. Andernfalls wird die Fortsetzung Ihrer Behandlung erheblich belastet und unter Umständen völlig in Frage gestellt.
- In einem Klima übergroßer Angst oder Bedrohung ist therapeutische Arbeit nicht möglich, massive Aggressivität kann daher nicht geduldet werden. Auf Anwendung bzw. nur Androhung von **Gewalt** oder Provokation zu Gewalttätigkeiten ist zu verzichten.
- Grundsätzlich gilt, dass Sie bei Regelverstößen mit **Sanktionen** bis hin zur sofortigen disziplinarischen Entlassung rechnen müssen. Wir wollen, dass Sie sich während der Behandlung mit Ihren Schwierigkeiten auseinander setzen und nicht vor ihnen weglaufen. Deshalb erwarten wir von Ihnen, dass Sie sich auch um die Einhaltung der Regeln bemühen und, falls Sie bestimmte Regeln nicht einhalten, rechtzeitig und umfassend zu den Regelverstößen stehen.
- Wir erwarten Ihre **aktive Teilnahme** sowohl an den einzelnen Behandlungsangeboten als auch in der Einhaltung und Entwicklung einer konstruktiven Atmosphäre, die eine fachgerechte Behandlung ermöglicht.

Dazu gehört auch, dass Sie sich über Änderungen im jeweiligen Tages- und Wochenprogramm informieren, die aktuellen Aushänge der schwarzen Bretter regelmäßig durchsehen und neue Informationen an Ihre Mitpatienten weitergeben. Über konkrete Einzelheiten des Behandlungsprogramms und -ablaufs werden Sie von Mitarbeitern in Kenntnis gesetzt. Diese Informationen sind verpflichtend.

Konkretisierungen und Ergänzungen dieser Grundregeln finden Sie in den Aushängen am schwarzen Brett und in der „Patientenbroschüre“.

### 13.3 Therapeutischer Wochenplan

Wochenplan		A-Abt.																				
		BG = Basisgruppe, SG1 - SG3 = Stammgruppe 1 - 3 (Gruppen 30 - 32)				Donnerstag				Mittwoch				Freitag								
Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
7:30 - 8:20	Frühsp Küchendienst, Bettenmachen, Zimmer aufräumen																					
9:00 - 10:15	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	GT	
10:45 - 12:00	KT	WT	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	
14:00 - 17:00	SP	Küche	Außenanlage	Hausreini.	Behördengänge, ärztliche Behandlungen, sonstige Besorgungen bzw. therapiefreie Zeit	Küche	Außenanlage	Hausreini.	13:15 Großgruppe	16:00 Zimmerreinigung	Küche	Außenanlage	Hausreini.	Arbeitsgemeinschaften Indikationsgruppen	SB	Küche	Außenanlage	Hausreini.	BT	Küche	Außenanlage	Hausreini.

#### Legende:

- H Funktionsbereich Hausreinigung
- K Funktionsbereich Küche
- HO Funktionsbereich Holz / Außenanlage
- GT Gruppenpsychotherapie
- GB Gesundheitsberatung / Gesundheitstraining
- SB Sozialarbeiterische Beratung
- BT Bewegungstherapie
- KT Kreatives Training
- SP Sporttherapie
- WT Werktherapie