

Fachkrankenhaus Hansenbarg



Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte

Institutionskennzeichen (IK-Nr.): 260330839

QS-Nummer: 0200152

Rehabilitationskonzept

Hanstedt, April 2025

Verfasser: Bertrand Evertz et al.

Eine Einrichtung der Alida Schmidt-Stiftung



Das vorliegende Konzept ist unter Mitwirkung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Fachkrankenhauses Hansenbarg entstanden und beschreibt die Strukturen und Leistungen für die Durchführung der stationären Suchtrehabilitation.

Hinweis zu männlichen/weiblichen Wortformen:

Soweit im Text Substantive verwendet werden, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach inhaltlichem Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn aus Gründen der vereinfachten Lesbarkeit an einigen Stellen lediglich das generische Maskulinum Anwendung findet, beispielsweise bei der Beschreibung der Aufgaben und Funktionen der einzelnen Mitarbeitergruppen.

Verantwortlich für die Endfassung:

Bertrand Evertz	(Einrichtungsleitung)
Anita Eberle	(Therapeutische Leitung)
Dr. Susanne Schulze	(Oberärztin)
Antje Lohse	(Verwaltungsleitung)

Kontaktdaten:

Fachkrankenhaus Hansenbarg
Rehabilitationsklinik für Abhängigkeitserkrankte
Ärztlicher Leiter: Bertrand Evertz

Franz-Barca-Weg 36
21271 Hanstedt

Tel: 04184/899-0
Fax: 04184/899-170
eMail: info.fkh@alida.de
www.hansenbarg.de

eine Einrichtung der
Alida Schmidt-Stiftung
Hamburger Straße 152
22083 Hamburg
Tel: 040 / 227 101-0
Fax: 040 / 227 101-19
Stiftung des privaten Rechts
Geschäftsführung: Christina Baumeister

Institutionskennzeichen (IK-Nr.): 260330839

Ärztliche Leitung des Fachkrankenhauses Hansenbarg:
Bertrand Evertz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Stellvertretende ärztliche Leitung des Fachkrankenhauses Hansenbarg:
Dr. Susanne Schulze, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

Therapeutische Leitung:
Anita Eberle, Sozialpädagogin

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	6
2 Allgemeine Angaben zum Fachkrankenhaus Hansenbarg	7
2.1 Träger.....	7
2.2 Lage und Infrastruktur.....	7
2.3 Historie	7
2.4 Leistungsträger	8
3 Struktur der Einrichtung	9
3.1 Gelände und räumliche Ausstattung	9
3.2 Medizinisch-technische Ausstattung	10
3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden	11
3.5 Verpflegung und Rehabilitanden.....	11
3.6 Behandlungsplätze	12
3.7 Barrierearmut.....	12
3.8 Zielgruppe	12
3.9 Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten	12
4 Rehabilitationskonzept.....	14
4.1 Wissenschaftliche Grundlagen	14
4.1.1 Epidemiologische Daten	14
4.1.2 Zentrale Kennzeichen stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen	17
4.1.3 Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung.....	18
4.1.4 Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe	22
4.1.5 Kontextfaktoren	25
4.1.6 Wirkfaktoren für eine erfolgreiche individuelle Rehabilitation	26
4.1.7 Psychotherapeutische Behandlungsmodelle	27
4.1.8 Unsere therapeutische Grundausrichtung	30
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	32
4.2.1 Allgemeine Indikation zur medizinischen Rehabilitation	32
4.2.2 Indikation zur stationären medizinischen Rehabilitation	32
4.2.3 Indikation für die Aufnahme im Fachkrankenhaus Hansenbarg	33
4.2.4 Kontraindikationen.....	34
4.3 Rehabilitationsziele.....	34
4.4 Rehabilitationsdauer	35
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung.....	36
4.6 Rehabilitationsprogramm.....	37
4.7 Rehabilitationselemente	38
4.7.1 Aufnahmeverfahren.....	38

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	39
4.7.3 Medizinische Therapie.....	41
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	42
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen	47
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken.....	51
4.7.7 Freizeitangebote.....	52
4.7.8 Sozialdienst.....	52
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	53
4.7.10 Angehörigenarbeit	54
4.7.11 Rückfallmanagement.....	54
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	55
4.7.13 Weitere Leistungen.....	56
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	59
5 Personelle Ausstattung	61
6 Räumliche Gegebenheiten	62
7 Kooperation und Vernetzung	63
8 Maßnahmen der Qualitätssicherung	64
8.1 Interne Qualitätssicherung.....	64
8.2 Dokumentation und Datenschutz.....	64
8.3 Hygienemaßnahmen	65
8.4 Externe Qualitätsüberwachung	65
9 Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation	66
10 Notfallmanagement.....	68
11 Fortbildung und Weiterbildung	69
12 Supervision.....	70
13 Hausordnung / Therapievertrag	71
Literatur	72
Anlagen	78

1 Einleitung

Die hier vorliegende Konzeption für die Rehabilitation suchtmittelabhängiger Menschen in der Fachklinik Hansenbarg wurde unter Ausrichtung auf die gesetzlichen Grundlagen und Ziele der Leistungsträger Deutsche Rentenversicherung (DRV) und Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erstellt. Grundlage sind die Bestimmungen des § 6 SGB IX in Verbindung mit § 26 SGB IX sowie § 15 SGB VI bzw. § 11 Absatz 2 SGB V, welche die Leistungen der medizinischen Rehabilitation beschreiben. Die entsprechenden Vereinbarungen und Rahmenkonzepte der Leistungsträger, insbesondere das Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27.03.2009, sowie die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12, 2006) wurden beachtet.

Aufbau und Gliederung der Konzeption orientieren sich am „gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten“ vom 23.09.2011 sowie dem „Manual zur Erstellung eines medizinischen Konzeptes der Deutschen Rentenversicherung“ vom 12.08.2022. Sie ist wissenschaftlich begründet und nimmt Bezug auf das bio-psycho-soziale Krankheitsfolgenmodell der WHO und ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, BAR 2008). Das Konzept entspricht den Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Anforderungen der Leistungsträger.

2 Allgemeine Angaben zum Fachkrankenhaus Hansenburg

2.1 Träger

Der Träger des Fachkrankenhauses Hansenburg ist die Alida Schmidt-Stiftung. Diese wurde 1874 als Wohnstift für bedürftige Frauen gegründet und betreibt heute Einrichtungen und Dienste der Kinder- und Jugendhilfe, der Eingliederungshilfe, Seniorenwohnanlagen und Suchthilfeeinrichtungen.

Im Bereich Suchtkrankenhilfe erbringt die Alida Schmidt-Stiftung seit dem Jahr 1973 Versorgungsleistungen, zunächst mit dem damals gegründeten sozialtherapeutischen Wohnheim für suchtkranke Männer in Hamburg-Jenfeld. Es folgte 1979 das Fachkrankenhaus Hansenburg (FKH) in Hanstedt / Nordheide. Im Jahr 1989 wurde eine Beratungsstelle eröffnet und 1999 im Verbund mit dem Träger Therapiehilfe e.V. das Beschäftigungsprojekt ZukunftArbeit GmbH gegründet.

Heute ist die Stiftung im Bereich Suchtkrankenhilfe Träger der Therapeutischen Gemeinschaft Jenfeld (TGJ), die die Segmente Suchtberatung und ambulante medizinische Rehabilitation, Adaption, Soziale Rehabilitation und Vorsorge umfasst, und mit der eine umfangreiche Kooperation besteht. Somit besteht innerhalb der Alida Schmidt-Stiftung ein Therapieverbund, der mit Ausnahme der stationären Entgiftung alle wesentlichen stationären und ambulanten Angebote umfasst.

2.2 Lage und Infrastruktur

Unmittelbar vor den Toren Hamburgs (Entfernung zur Stadtgrenze 20 km) und Lüneburgs (30 km) gemeindenah und verkehrsgünstig gelegen, befindet sich die Klinik im nördlichen Randbereich der Lüneburger Heide. Das Fachkrankenhaus ist von einem 45 Hektar großen Waldgrundstück umgeben, das dem Träger gehört. Dies wirkt sich positiv auf Luftqualität und Hitzeprävention aus, zudem unterstützt der enge Kontakt zur Natur die inneren Achtsamkeitsprozesse, die wesentlicher Bestandteil unserer psychotherapeutischen Behandlung sind.

Am Klinikeingang befindet sich eine mehrmals am Tag angefahrene Bushaltestelle mit Verbindung nach Buchholz in der Nordheide, von wo aus Zugverbindungen nach Hamburg, Bremen und Hannover bestehen. Für Rehabilitanden, die mit dem eigenen PKW anreisen wollen, sind ausreichend kostenlose Parkplätze auf dem Klinikgelände vorhanden.

Fußläufig ist der Urlaubsort Hanstedt zu erreichen, in dem sich mehrere Restaurants und Cafés sowie Geschäfte für den täglichen Bedarf und eine Apotheke befinden. In der nahen Umgebung laden touristische Ziele wie der Wildpark Lüneburger Heide, der Baumwipfelpfad Heidehimmel, das Waldbad und der Barfußpark zu Ausflügen ein.

Fahrräder können vor Ort kostenfrei entliehen werden. Ein klinikeigener Shuttle steht bei Bedarf für Verlegungen und externe Arzttermine zur Verfügung.

2.3 Historie

Im Jahre 1910 errichtete der Hamburger Juwelier Franz Barca seinen heute unter

Denkmalsschutz stehenden Landsitz. 1939 verkaufte er Gebäude und Grundstück an die damalige Landesversicherungsanstalt (LVA) Hamburg, die 1946 dort die Kinderheilstätte für tuberkulosegefährdete Kinder einrichtete. Diesen Zweck erfüllten das Kerngebäude und das durch die LVA errichtete Bettenhaus und das Schwesternwohnheim, solange bis sich durch Verbesserung der Lebensverhältnisse keine epidemiologisch notwendige Nutzung mehr im ursprünglichen Sinne ergab. Mit der Anerkennung der Alkoholabhängigkeit als Krankheit 1968 und der im Jahre 1978 abgesicherten Finanzierung der Entwöhnungsbehandlung durch die Rentenversicherung erfolgte im Jahr 1979 die Umwandlung des Kinderkurheims zur Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und der Aufbau der Klinik durch den ärztlichen Leiter Herrn Dr. Lempke. Grundstück und Gebäude wurden zunächst von der LVA gepachtet und 1989 an die Stiftung verkauft.

Unter der 2001 nachfolgenden Leitung durch Herrn Dr. Stracke bis Sommer 2024 konnte der von Dr. Lempke geprägte ganzheitliche Ansatz ergänzt und weiterentwickelt werden, insbesondere im Hinblick auf die Abklärung und Mitbehandlung der komorbiden Störungen und den vertieften Einbezug der individuellen beruflichen Aspekte während der Rehabilitation.

Zwischen 1990 und 2007 wurde die Klinik auch baulich stetig weiterentwickelt und hierbei um eine Sporthalle, eine Physiotherapieabteilung mit Bewegungsbad, Freizeiträume und eine Cafeteria sowie eine neue Küche erweitert.

Zuletzt konnte 2020 ein umfassender Umbau mit Erweiterung um zusätzliche Einzelzimmer und Verbesserung der Barrierefreiheit sowie Qualität der Unterbringung der Patienten abgeschlossen werden.

2.4 Leistungsträger

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg ist als stationäre Rehabilitationseinrichtung zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter von den Leistungsträgern, die eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme durchführen, anerkannt (Deutsche Rentenversicherung, Krankenkassen, Maßregelvollzug, Sozialhilfeträger). Der federführende Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Nord, mit der zuletzt 2023 ein Vertrag zur Ausführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach § 38 Abs. 1 SGB IX abgeschlossen wurde.

Auch mit den Krankenkassen bestehen Vergütungsvereinbarungen für das Fachkrankenhaus Hansenbarg.

3 Struktur der Einrichtung

3.1 Gelände und räumliche Ausstattung

Das Gelände beherbergt mehrere Gebäude mit baulichen Anteilen zwischen 1910 (reetgedecktes Landhaus (Barca-Haus) mit viel Charme als symbolischer Mittelpunkt) und 2020 (vorerst letzte Erweiterungsphase). Die Klinik ist auf einem Heidegeesthang mit 45 Hektar Land mit Wald, Wiesen und Bach gelagert, umgeben von bäuerlicher Landwirtschaft. Die Lage ermöglicht einen Einbezug des sozialen Umfeldes des Rehabilitanden in die Behandlung, bei einer gleichzeitig gerade zu Beginn der Therapie oft notwendigen Distanz zum häuslichen Milieu.

Die Unterbringung der Rehabilitanden erfolgt mehrheitlich in Einzelzimmern in drei räumlich nah beieinanderliegenden Häusern (Alida-Haus, Hansen-Haus und Barca-Haus). Jedes Zimmer verfügt über einen Sanitärbereich mit Dusche und WC. Viele Wohnräume sind mit einem Balkon ausgestattet.

Das Essen findet im großzügigen Speisesaal statt, der das gemeinsame Essen der jeweiligen Bezugsgruppen ermöglicht.

In der klinikeigenen Außenanlage stehen zur sportlichen Betätigung und Erholung Waldwanderwege, ein Volleyballfeld, ein Fitnessparcours, ein Swimmingpool in den Sommermonaten sowie Grillplätze und Feuerstellen zur Verfügung. Im Innenbereich können die im Rahmen der Arbeitstherapie geführte Cafeteria, eine Bibliothek, mehrere Fernsehräume, ein Kaminzimmer und ein Billardraum genutzt werden.

Tabelle 1: Diagnostisch/therapeutisch genutzte Räumlichkeiten

Raumart	Anzahl	Anmerkungen
Arztzimmer	4	Ein Arztzimmer mit Sonographiegerät
Notfallzimmer	1	
Schwesternzimmer	1	Kombiniert mit Warteraum
Medikamentenraum	1	
Verbandsraum	1	
Nachtbereitschaft	1	
Büro PDL / Aufnahme	1	
Arztassistenten / EKG	1	
Akupunkturraum	1	
Arbeitszimmer der Berufsgruppen:		
Psychologie	10	
Sozialarbeit	1	
Ergotherapie	3	
Physiotherapie	1	

Dezidierte Therapieräume:		
Gruppentherapieräume	7	
Räume Ergotherapie	3	
Räume Physiotherapie		3 Einzeltherapieräume Fitnessparcours im Außenbereich Wassertretbecken Vierzellenbad
Bewegungsbad / Schwimmbad	2	1 Bewegungsbad bis 1,30 m Tiefe innen 1 Freibad beheizt bis 1,80 m Tiefe
Fitnessraum	1	1 Rudergehärt, 3 Fahrradergometer, 1 Laufband, 1 Crosstrainer, 1 Beinpresse, 1 Seilzug, 1 Sprossenwand
Sporthalle	1	
Räume Arbeitstherapie		Gewächshaus, Forstwerkstatt
PC-Raum	1	12 Trainingsplätze für PC-Training, Neurokontroll-Training (NKT) zur Rückfallprophylaxe CogPak - Gedächtnistraining
Lehrküche		3 Arbeitsplätze

3.2 Medizinisch-technische Ausstattung

Die medizinische Abteilung verfügt über

- ein Mehrkanal-EKG-Gerät
- ein Ultraschallgerät
- zwei Alkoholmessgeräte
- div. Blutdruckmessgeräte
- zwei Lichttherapielampen
- einen Notfallkoffer
- zwei TENS-Geräte
- zwei digitale Körperwaagen
- zwei Sauerstoffflaschen
- zwei Blutzuckermessgeräte
- ein Pulsoximeter

- eine Zentrifuge
- zwei digitale Thermometer

Weiter sind in den Bereichen der Medizin und der Physiotherapie/Bewegungstherapie drei Defibrillatoren installiert.

Darüber hinaus besteht eine Kooperation mit dem Krankenhaus Buchholz, z. B. zur Durchführung von Entgiftungen sowie allen akuten Erkrankungen, die einer Behandlung oder diagnostischen Abklärung in einer Klinik bedürfen. In psychischen Krisen, die den Rahmen unserer Möglichkeiten sprengen, arbeiten wir gut mit dem LKH Lüneburg zusammen. Darüber hinaus besteht eine langjährige Vernetzung zu den Konsilärzt*innen der unterschiedlichen Bereiche.

3.4 Öffnungszeiten der Einrichtung und Therapiezeiten der Rehabilitanden

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg ist als stationäre Einrichtung durchgehend, auch an Wochenenden und Feiertagen, besetzt, jedoch gilt eine Nachtruhe von 24:00 – 06:00, in der ein Bereitschaftsdienst der Pflege vor Ort ist und ein ärztlicher Bereitschaftsdienst im Hintergrund.

Die Therapie findet regelmäßig von Montag bis Freitag statt in der Zeit von 08:00 – 16:30, einzelne therapeutische Veranstaltungen finden auch samstags oder sonntags statt. Morgenrunden für neuaufgenommene und krisenhafte Patient*innen finden ebenfalls am Wochenende sowie an Feiertagen statt.

Da die Selbstversorgung bei abhängigkeiterkrankten Menschen besondere Bedeutsamkeit hat, gibt es eine Anwesenheitspflicht bei den Mahlzeiten, ansonsten können die Patienten ab dem 8. Tag nach Aufnahme tagsüber nach den Therapiezeiten von 16:30 bis 22:00 das Klinikgelände verlassen.

Die angestrebte Therapiedichte für den einzelnen Rehabilitanden liegt im Korridor von 18 bis 24 Wochentherapiestunden. Da der Therapiebedarf einerseits, die Belastbarkeit andererseits gerade aufgrund der unterschiedlichen Betroffenheit relevanter komorbider psychiatrischer Störungen deutlich variiert, halten wir eine gewisse Flexibilität bei der Quantität der eingesetzten Therapien für geboten.

3.5 Verpflegung und Rehabilitanden

Die Verpflegung der Rehabilitanden wird in der klinikeigenen Küche jeweils frisch zubereitet. Dabei wird die Küche einschließlich Menüplanung und Einkauf durch drei Mitarbeitende (2,5 Stellen) einer Fremdfirma geleitet, die übrigen Mitarbeiter sind Angestellte der Fachklinik.

Während morgens und abends ein Buffetangebot bereitgestellt wird, stehen mittags jeweils drei Gerichte zur freien Auswahl, darunter stets ein vegetarisches. Zusätzlich gibt es mittags ein Salatbuffet. Wasser und Tee sind ständig verfügbar, zusätzlich wird zwei Mal täglich auch kostenlos Kaffee angeboten.

Einmal wöchentlich treffen sich die Rehabilitanden (durch die jeweiligen Vertreter ihrer Bezugsgruppe) mit der Verwaltungsleitung und der Hauswirtschaftsleitung im Gruppenrat. Die Rehabilitand*innen bringen dort Beschwerden und Wünsche aus den Gruppen vor, wobei auch Wünsche, Anregungen und Beschwerden über das Speiseangebot entgegengenommen werden. Die Küchenleitung entnimmt die Beschwerden, Hinweise und Anregungen aus dem gefertigten Protokoll und gibt Rückmeldung bzw. nimmt Stellungnahme dazu.

Die Qualität des Essens wird zusätzlich mittels regelmäßiger Befragungen der Rehabilitand*innen durch den Dienstleister erfasst.

Das Erfordernis von Sonderkost wird bei der ärztlichen Aufnahme erfasst und entsprechend verordnet. Die Umsetzung erfolgt durch unsere Ernährungsberaterin in Absprache mit der Küche.

3.6 Behandlungsplätze

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg besteht aus einer einzigen Fachabteilung mit 100 stationären Behandlungsplätzen für erwachsene, abhängigkeiterkrankte Männer und Frauen, davon 67 in Einzelzimmern, 20 in Zweibettzimmern und 8 bis 16 in optionalen Zweibettzimmern. Ein gesonderter Wohntrakt für Frauen wird entsprechend therapeutischer Indikation belegt.

3.7 Barrierearmut

Ein barrierefreier Zugang gemäß den Vorschriften des SGB I und IX und Behindertengleichstellungsgesetzes ist für die zentralen Wohn- und Therapieräume gewährleistet, aufgrund baulicher Gegebenheit im z. T. denkmalgeschützten Gebäudeensemble aber nicht für alle Bereiche möglich.

3.8 Zielgruppe

Die Aufnahme in die Rehabilitationsklinik erfolgt nach Zuweisung durch den Leistungsträger bei entsprechender Antragsstellung durch den Rehabilitanden und seine Suchtberatungsstelle. Ein Großteil der Rehabilitanden kommt nach erfolgter Entgiftungsbehandlung direkt (Nahtlosverfahren) oder im zeitlichen Abstand von bis zu mehreren Wochen, somit abstinent, gelegentlich aber auch in einer aktuellen Konsumphase. Das Angebot ist suchtmittelübergreifend und richtet sich an Frauen und Männer ab dem Alter von 18 Jahren. Das Suchtbild Alkoholabhängigkeit bildet in der Praxis den Schwerpunkt. Es können auch Abhängigkeiten von Medikamenten sowie illegalen Stoffen (sogenannten Partydrogen, Cannabis, Kokain, Amphetaminen etc.) und polytoxikomane Abhängigkeitsformen behandelt werden. Ausgeschlossen sind akut opiatabhängige oder substituierte Personen.

Komorbide psychische Erkrankungen (Depressionen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen, ADHS) liegen bei bis zu 75% der Rehabilitand*innen vor und werden regelhaft mitbehandelt. Akut psychotische oder suizidale Zustände stellen eine Kontraindikation für die Rehabilitationsbehandlung dar.

3.9 Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten

Die sich im Organigramm der Klinik widerspiegelnde Behandlungsstruktur beruht auf den vier organisatorisch und räumlich ineinandergreifenden Bereichen:

- Medizin, Physiotherapie und Ernährungsberatung
- Psychotherapie
- Arbeitstherapie, Haustechnik und Hauswirtschaft und
- Verwaltung

Zum Einrichtungsträger besteht eine enge Verbindung über die Person der Geschäftsführerin und die Mitarbeiter der Hauptverwaltung.

Die Klinik arbeitet im Netzwerkverbund mit den örtlichen Beratungsstellen zusammen und verfügt über gute Kontakte zum Bereich der betrieblichen Suchtprävention v.a. im Hamburger Raum, in dem auch viele unserer Rehabilitanden aus Niedersachsen arbeiten.

4 Rehabilitationskonzept

4.1 Wissenschaftliche Grundlagen

4.1.1 Epidemiologische Daten

Im Deutschland leiden etwa 1,6 Millionen Männer und Frauen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren an einer Alkoholabhängigkeit, dazu etwa 1,4 Millionen an einem krankheitswertigen Alkoholmissbrauch, zusammen also mehr als 3 Millionen Menschen oder 3,5% der Bevölkerung. Hinzu kommen etwa 9 Millionen Erwachsene, bei denen ein problematischer oder bereits riskanter Konsum vorliegt.

Der Gesamtanteil der Medikamentenabhängigen wird mit etwa 1,8% angegeben, wobei 1,4% von Benzodiazepinen abhängig sind. Bei einem Anteil von etwa 8% Cannabiskonsumenten geht man von etwa 0,8% Cannabisabhängigen aus. Bei den sonstigen Drogenkonsumenten (insbesondere Heroin, Kokain und Stimulanzien), die etwa 1,2% der Gesamtbevölkerung darstellen, ist etwa die Hälfte abhängig erkrankt.

Abhängigkeitserkrankungen beinhalten nicht nur sehr schwerwiegende psychiatrische Erkrankungen, sondern führen auch zu massiven körperlichen Folgeschäden:

Aktuelle Schätzungen zur Mortalität gehen von 70.000 alkohol- und etwa 100.000 nikotinbedingten Todesfällen pro Jahr in Deutschland aus. Allerdings treten alkoholbedingte Todesfälle im Schnitt bereits deutlich früher auf (30% der Alkoholabhängigen versterben vor dem 60. Lebensjahr), so dass die Mortalität stärker durch Alkohol als durch Nikotin erhöht ist. Noch höher, mit einer Mortalität von 1-2% pro Jahr bereits ab Beginn der Abhängigkeit, liegt die Sterblichkeit beim intravenösen Konsum von Drogen wie Heroin und Kokain.

Die monetäre Belastung des Gesundheitswesens durch Behandlungen alkoholassoziierter Erkrankter wurde im Jahr 2020 für Deutschland auf 16,7 Mrd. Euro jährlich geschätzt. Insgesamt wurde die Volkswirtschaft 2020 durch alkoholassoziierte Krankheiten mit 57 Mrd. € belastet.

Abhängigkeitserkrankungen haben zudem gravierende Auswirkungen auf die berufliche Leistungsfähigkeit. Wie der Fachverband Sucht in einer Stellungnahme vom 10.05.2004 ausführt, wird die Wechselwirkung zwischen Arbeitslosigkeit und insbesondere Alkoholabhängigkeit durch folgende Befunde gestützt:

Alkoholabhängige werden überproportional häufig arbeitslos infolge von hohen Fehlzeiten, Leistungsminderungen, disziplinarischen Konflikten und anderes mehr, so dass relativ gesehen die Zahl der arbeitslosen Alkoholabhängigen stärker angewachsen ist, als die Gesamtzahl der Arbeitslosen.

Bereits vor Eintritt der Arbeitslosigkeit bestehende ausgeprägte Alkoholprobleme intensivieren sich im Zuge langanhaltender Arbeitslosigkeit signifikant häufiger, als während eines gleich langen Zeitraums kontinuierlicher Beschäftigung.

Bei fast 10% der arbeitsamtsärztlichen Gutachten wird als ICD-10-Erstdiagnose eine „psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ festgestellt.

Daher ist eine zielführende Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen nicht nur aus medizinischer Sicht erforderlich, sondern auch im Hinblick auf die soziale und gesellschaftliche Wiedereingliederung geboten. Die medizinische Rehabilitation ist im Bereich der Entwöhnungsbehandlung sowohl im Hinblick auf die Reintegration ins Erwerbsleben bzw. den Erhalt der Erwerbstätigkeit als auch bezüglich der Minderung der individuellen Gesundheitsausgaben erfolgreich, wie vor allem frühere Untersuchungen gezeigt haben:

Von 6.881 durchgeführten Suchtrehabilitationen (1999) mit einem Durchschnittsalter von 42 Jahren verblieben 61% in den zwei Jahren nach der Rehabilitationsmaßnahme lückenlos im Erwerbsleben. Weitere 27% waren immerhin lückenhaft erwerbstätig, so dass insgesamt 88% nach zwei Jahren noch im Erwerbsleben verblieben. Bei 7% endete das Erwerbsleben mit einer Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, 2% gingen in Altersrente und 3% verstarben.

Bei suchtbedingten Erkrankungen reduzierten sich nach einer stationären Rehabilitationsbehandlung innerhalb eines Fünfjahreszeitraumes die Arbeitsunfähigkeitsfälle um 83,1%, die Arbeitsunfähigkeitstage um 75,3%, die Krankenhausfälle um 63,4% und die Krankenhaustage um 76,7%.

In den letzten 20 Jahren zeigten die entsprechenden katamnestischen Befunde vor dem Hintergrund der schwierigen Lage auf dem Arbeitsmarkt weniger Erfolge bei der beruflichen Wiedereingliederung. Entsprechende Studien zeigten aber, dass die stationäre Rehabilitation die suchtbedingte Eskalation der eingesetzten beruflichen Desintegration verhindern konnte, und somit dem Auftrag der Sicherung der beruflichen Leistungsfähigkeit gerecht werden konnte. Bei zuvor arbeitslosen Rehabilitanden waren innerhalb von zwei Jahren immerhin etwa 20% wieder in Beschäftigung.

Besonderheiten bei Lifestyledrogen-Konsumenten

Bei den sogenannten Lifestyledrogen handelt es sich neben Cannabis v. a. um Amphetamine, Ecstasy und andere Amphetaminderivate (wie PMA, MDA, MDEA, PMMA, BDBM, BDB, 2C-B). Amphetamin wirkt ähnlich aufputschend wie Kokain und wird von Rehabilitand*innen häufig alternativ eingenommen. Innerhalb Deutschlands hat der Konsum dieser Lifestyledrogen im sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Kontext in den letzten 20 Jahren erheblich zugenommen, was sich in den letzten Jahren auch zunehmend in der Inanspruchnahme des Suchthilfesystems widerspiegelt.

So machte nach dem Jahresbericht 2021 der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) im Berichtszeitraum allein Cannabis als Hauptdiagnose mit 19,9% inzwischen ein Fünftel aller Fälle im ambulanten Suchthilfesystem aus. Im Vergleich der Jahre 2017 bis 2021 ist dabei eine merkliche Zunahme von 18,4% auf 19,9% bei primärer Cannabisabhängigkeit, wie auch bei Kokainabhängigkeit (von 2,9% auf 3,5%) und Stimulanzienabhängigkeit (von 6,1% auf 6,6%) zu verzeichnen, während die Fälle von Alkoholabhängigkeit auf hohem Niveau stagnieren (um 48,3%) und die betreuten Fälle bei Opiatabhängigkeit deutlich abnehmen (von 13,0% auf 9,4%). Ähnliche Tendenzen sind auch im Bereich der stationären Rehabilitation festzustellen, wobei allerdings die Cannabisabhängigkeit als Hauptdiagnose trotz einer Steigerung von 9,2% im Jahr 2017 auf 10,2% im Jahr 2021 trotz Steigerungstendenz im stationären Bereich noch deutlich geringer repräsentiert ist.

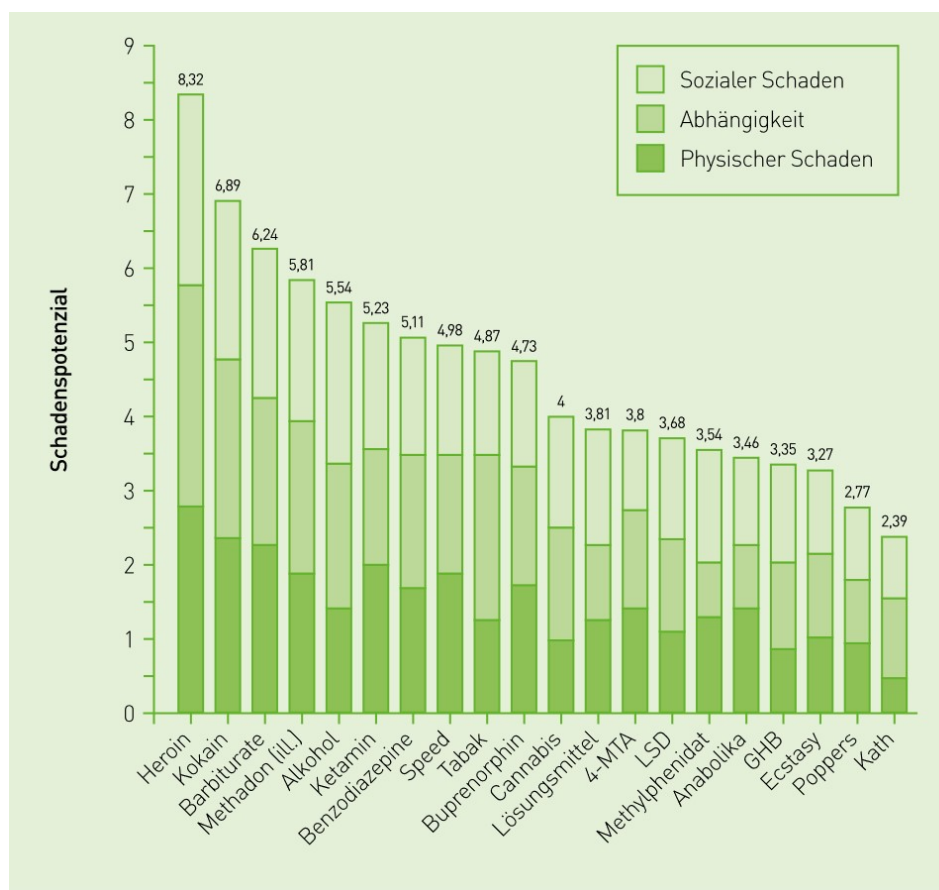
Insgesamt weist die hohe Inanspruchnahme des Suchthilfesystems auf die intensiven negativen psychosozialen Folgen der Lifestyledrogen hin, die früher in gewissen Teilen deutlich unterschätzt wurden. Der polyvalente Gebrauch, wie beispielsweise die Kombination von Ecstasy mit anderen Drogen, kann außerdem zu einer Potenzierung der Wirkung und zu unerwarteten Rauschverläufen führen. Ca. 90% der Ecstasy-Konsumenten verfügen über Erfahrungen mit Cannabis, Amphetaminen und u. U. zusätzlich mit LSD und Kokain. Es liegt also häufig eine Polytoxikomanie vor, wobei aber Heroin und Crystal-Meth oft gemieden werden. Die Folgen von häufigem und dauerhaftem Gebrauch von Ecstasy und auch von Cannabis sind zudem bis heute noch unzureichend erforscht. Unstrittig ist die Gefahr von Hirnveränderungen, insbesondere diejenigen für Gedächtnisprozesse und Angstentstehung, die bei regelmäßigem Konsum vor dem 25. Lebensjahr besonders ausgeprägt sind. Neben dem Abhängigkeitsrisiko und den damit verbundenen individuellen und sozialen Folgeerscheinungen treten Panikzustände, Derealisations- und Depersonalitätssymptome, depressive Syndrome, drogeninduzierte

paranoide und atypische Psychosen als potenzielle psychiatrische Folgewirkungen auf.

Während wir im Regelfall keine rein oder überwiegend von Lifestyledrogen abhängige Rehabilitand*innen behandeln, sehen wir in den letzten Jahren zunehmend einen entsprechenden, häufig polytoxikomanen Beikonsum bei primärer Alkoholabhängigkeit, so dass wir eine entsprechende Expertise auch in Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige für erforderlich halten.

Zudem zeigen sich Abhängige von Lifestyledrogen oft abgeschreckt von den rigiden Behandlungsbedingungen in traditionellen Drogeneinrichtungen und dem Umgang mit den nicht selten straffälligen Intensivkonsumenten, so dass sie eine Behandlung in diesen Kliniken ablehnen. Nach unserer Erfahrung profitieren auch jüngere, noch weitgehend sozial und beruflich integrierte, kokainabhängige Rehabilitand*innen von einem an der Alkoholentwöhnung angelehnten Setting und können somit verantwortlich mitbehandelt werden.

Der Konsum von Lifestyledrogen ist im Schnitt körperlich deutlich weniger schädlich als der intravenöse Heroingebruch oder auch eine langjährige Alkoholabhängigkeit. Das Suchtpotential der einzelnen Substanzen sowie die vielfältigen psychischen und sozialen Folgen werden häufig aber sowohl von den Konsumenten sowie in öffentlichen Diskussionen deutlich unterschätzt.



Psychotrope Substanzen nach „Gefährlichkeit (nach Nutt et al. 2007)

4.1.2 Zentrale Kennzeichen stoffgebundener Abhängigkeitserkrankungen

Mit Einführung des ICD-10 erfolgte Anfang der Neunzigerjahre ein Paradigmenwechsel in der Klassifikation psychiatrischer Erkrankungen von einer ätiologisch oder häufig pseudoätiologisch bestimmten Sichtweise zu einem syndromorientierten, operationalisierten diagnostischen Vorgang, der sowohl die wissenschaftliche Forschung von unnötigen und häufig falschen a priori Annahmen lösen und empirisch belastbarer machen wie auch zu einer höheren Zuverlässigkeit der klinischen Diagnostik führen sollte, was in großen Teilen gelungen ist. So besteht bei Verwendung des ICD 10 tatsächlich eine erstaunlich hohe Interrater-Reliabilität bei den verschiedensten psychiatrischen Erkrankungen.

Für die Diagnose der stoffgebundenen Abhängigkeit muss nach ICD-10 das Vorhandensein mindestens drei der folgenden Kriterien im letzten Jahr festgestellt werden:

1. starker Wunsch oder Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren
2. verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduzierung des Konsums
4. Nachweis einer Toleranzentwicklung
5. Fortschreiten der Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
6. anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises deutlicher schädlicher Folgen

Während die Operationalisierung eine Gleichwertigkeit der Symptome nahe legt, zeigt die eingehende Beschäftigung mit den Krankheitsbild, dass zwei der Symptome zentrale Bedeutung zum Verständnis der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeitserkrankung haben, nämlich die verminderte Kontrollfähigkeit bis hin zum Kontrollverlust über das Konsumverhalten und das Auftreten körperlicher Entzugssymptome, während die anderen Kriterien eher das Ausmaß oder die Folgen dieser beiden Mechanismen darstellen.

Kontrollverlust

Der Kontrollverlust beschreibt nicht nur den für unsere Rehabilitand*innen in der Vorgeschichte typischen Übergang vom „normalen Trinken“ hin zum vom Umfeld und Betroffenen als übermäßig und problematisch erlebten Konsum, sondern ist auch tierexperimentell seit langem als entscheidendes Kriterium einer Suchtentwicklung nachgewiesen.

Von besonderer Bedeutung zum Verständnis von Suchtentwicklungen beim Menschen ist dabei der Befund, dass nur freiwilliger Suchtmittelkonsum zu Kontrollverlust führt. Bei forcierter Einnahme entwickelt sich zwar durchaus eine körperliche Abhängigkeit, wie an auftretenden Entzugssymptomen abzulesen ist, allerdings nehmen diese Tiere nach Durchführung des Entzuges bei späterem Wahlangebot von Wasser und verdünntem Alkohol wesentlich weniger Alkohol zu sich als die primär in „free choice“ abhängig gewordenen Versuchstiere. Versuche mit Opiaten kamen zu analogen Ergebnissen.

Des Weiteren ist bemerkenswert, dass dieser Kontrollverlust, der sich bei Versuchstieren als quantitativ vermehrtem, situationsunabhängigen und durch aversive Reize (wie Vergällung des Alkohols) nicht wesentlich einschränkbarem Konsum zeigt, auch bei längerer Suchtmittelfreiheit nicht reversibel ist. D. h., dass dieses pathologische Trinkverhalten auch nach längeren Perioden der Abstinenz beim erneuten Anbieten von Alkohol rasch wieder eintritt. Dieses Ergebnis wurde 2000 von Spanagel und Hölter bestätigt, die dieses Phänomen als „rückfallartiges Trinken“ beschreiben. Der „point of no return“ im Krankheitsverlauf kann offenbar auch vor dem Auftreten einer körperlichen Abhängigkeit erreicht werden, was prognostisch und therapeutisch zu

berücksichtigen ist.

So eingeschränkt Tierversuche auf eine so komplexe Erkrankung direkt auf den Menschen zu übertragen sind, ist doch eine direkte Parallelität zu den Krankheitsverläufen unserer Rehabilitand*innen zu erkennen, bei denen Abstinenzabbrüche auch nach Jahren rasch zu schweren Rückfällen in das frühere Krankheitsbild führen können.

Körperliche Abhängigkeit

Das zweite zentrale Kriterium einer Abhängigkeitserkrankung ist das Auftreten von Entzugssymptomen, durch die eine körperliche Abhängigkeit der Rehabilitand*innen belegt wird. Da ab diesem Zeitpunkt vermehrter Suchtmittelkonsum zum Vermeiden dieser Entzugssymptome oft zu rascher Konsumsteigerung und damit zu einer oft erheblichen Zunahme verschiedenster Folgeschäden führt, wird im Alltag die körperliche Abhängigkeit gerne mit der Suchtmittelabhängigkeit an und für sich gleichgesetzt. Dies spiegelt sich auch in der Rolle der Kostenträger wider: Während für die Behandlung eines Entzugssyndroms und körperlicher wie psychiatrischer Folgeschäden die Krankenkassen zuständig sind, gilt die Behandlung der innerpsychischen Kontrollverlustproblematik während der Entwöhnungsbehandlung als Rehabilitation zu Lasten der Rentenversicherungsträger, also eher als Behandlung von Erkrankungsfolgen denn als Behandlung der Erkrankung selbst.

Es kann aber sowohl bei entsprechendem Kontrollverlust im Konsummuster eine eindeutige Abhängigkeit ohne körperliche Abhängigkeit vorliegen wie auch - beispielsweise nach länger erforderlicher Opiattherapie – ein isoliertes körperliches Entzugssyndrom auftreten, ohne dass eine psychische Abhängigkeit vorliegt.

Allerdings stellt das Feststellen körperlicher Entzugssymptome für viele Rehabilitand*innen einen ersten Wendepunkt in der Krankheitseinsicht dar, da diese den Rehabilitand*innen ihre Abhängigkeit meist klar vor Augen führen. Der meist zuvor eingetretene Kontrollverlust wird dagegen häufig aufgrund der ausgelösten Scham- und Schuldgefühle so weitgehend bagatellisiert oder rationalisiert, dass die Betroffenen ihre Erkrankung initial meist bezweifeln.

4.1.3 Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung

Abhängigkeitserkrankungen werden seit langem als multifaktoriell bedingte Erkrankungen betrachtet, auf deren Entwicklung Spezifika der Suchtmittelwirkung, intraindividuelle Faktoren (wie genetische Disposition, lebensgeschichtliche Prägung, psychiatrische Komorbidität) und sozial-gesellschaftliche Rahmenbedingungen Einfluss nehmen.

Suchtmittelspezifische Wirkungen

Bei aller Verschiedenheit der heutzutage verfügbaren und eingesetzten Suchtmittel zeigt die pharmakologische Forschung, dass die suchtspezifischen Wirkungen im Wesentlichen durch drei verschiedene neuronale Systeme vermittelt werden: Das dopaminerge Belohnungssystem, das inhibierende und damit spannungs-, stress- und angstlösende GABA-System und das Endorphin-System, das für das in der Anflutungsphase einsetzende Glücks- und Rauscherleben zuständig ist.

Durch die enge Vernetzung dieser Strukturen im limbischen System werden durch Suchtmittelkonsum meist alle drei Systeme, wenn auch in unterschiedlicher Intensität, gleichzeitig aktiviert. Von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer stoffgebundenen Abhängigkeit ist dabei die Aktivierung des dopaminergen Belohnungssystem, das dazu dient, Verhaltensweisen, die zu positiven emotionalen Erlebnissen führen, zu verstärken. So werden überlebensrelevante Aktivitäten wie Essensaufnahme oder Sexualität durch starke Dopaminausschüttung belohnt und dadurch zukünftig vom Individuum vermehrt angestrebt. Suchtmittel lösen in entsprechenden

Mengen dagegen Dopaminausschüttungen aus, die bis zum 10-fachen höher sind als eine aktivitätsgetriggerte Ausschüttung und damit die Wiedereinnahme rasch konditionieren. Allerdings scheint durch die differenzierte Arbeitsweise des Belohnungssystems die gezielte, freiwillige Einnahme des Suchtmittels für die „erfolgreiche“ Konditionierung im Sinne des „wantings“ des erlebten Zustandes und damit für die psychische Abhängigkeitsentwicklung mitentscheidend zu sein.

Fortgesetzter freiwilliger Konsum führt nicht nur zum zunehmenden „wanting“ oder „craving“ nach dem verwendeten Suchtmittel, sondern gleichzeitig aufgrund der überstark ausgelösten Neurotransmitterausschüttung zu Schutz- und Kompensationsmechanismen, die die Sensibilität der durch die Suchtmittel aktivierten neuronalen Systeme herunterregelt. Dies führt einerseits zur Toleranzentwicklung, andererseits aber dazu, dass Alltagsaktivitäten das Belohnungssystem immer weniger triggern können, d.h. positive emotionale Erlebnisse zunehmend weniger ohne Suchtmittelkonsum erreicht werden können, was den Teufelskreis der Suchtentwicklung weiter beschleunigt.

Neben der generellen Aktivierung des Belohnungssystems bei allen Suchtmitteln liegt meist noch die spezifische euphorisierende, schmerzlindernde, allgemein dämpfende oder angstlösende Wirkung der anderen Neurotransmittersysteme vor. Gerade Alkohol hat neben den diesbezüglich noch spezifischer wirkenden Benzodiazepinen auch eine ausgeprägte anxiolytische und spannungslösende Wirkung, die das Suchtpotential bei verschiedenen komorbiden Störungsbildern deutlich erhöht.

Chronizität durch neuronale Umstrukturierung

Eine wichtige Erkenntnis der letzten Jahre ist die Irreversibilität bestimmter neuronaler Adaptionsvorgänge im Rahmen der Abhängigkeitsentwicklung, die den wissenschaftlichen Hintergrund des länger bestehenden Konzeptes eines Suchtgedächtnisses bilden. Während die Anpassungen im Bereich der Transmitterausschüttung und Rezeptordichte der einzelnen Synapsen bei langer Abstinenz meist gut reversibel sind, sind neu entstandene neuronale Verbindungen meist dauerhafter Natur und werden beim erneuten Konsum schnell reaktiviert. Für die Ausbildung dieser neuronalen Vernetzung wird eine Prägung in einer sensiblen (Konsum-)Phase angenommen, die zu einem statischen Suchtgedächtnis führt, das wiederum irreversiblen Kontrollverlust bedingt.

Übertragen auf unsere suchtmittelabhängigen Rehabilitand*innen ist in Übereinstimmung mit der Praxis von einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit auszugehen, mittels langer Abstinenz oder kontrolliertem Konsum nicht nur zu einer Verhaltensmodifikation, sondern auch zu einem Löschen des Suchtgedächtnisses zu gelangen, so dass wir den Ansatz des kontrollierten Konsumierens für abhängige Suchtkranke als sehr bedenklich einstufen. Anders sieht dies möglicherweise bei missbräuchlichem oder riskantem Konsum ohne manifeste Abhängigkeit aus.

Individuelle Faktoren

Verschiedene individuelle Faktoren beeinflussen das Risiko, überhaupt eine stoffgebundene Abhängigkeit zu entwickeln, sowie den Verlauf der Erkrankung. Gleichzeitig beleuchten diese Faktoren, insbesondere die häufigen komorbiden psychiatrischen Erkrankungen, auch besondere Merkmale der Suchtentstehung oder der Suchttherapie.

Genetische Faktoren

Die genetische Mitverursachung der Alkoholabhängigkeit ist durch verschiedenste Studien gut belegt. Je nach Belastung der Familienanamnese wird das Erkrankungsrisiko erheblich gesteigert, insbesondere für Söhne, deren männliche Verwandte väterlicherseits erkrankt sind. Es handelt sich um einen polygenen Erbgang, wobei sowohl Besonderheiten im Leberstoffwechsel wie im Nervensystem eine Rolle spielen. Diese Erkenntnisse haben aber

bislang wenig Einfluss auf die Gestaltung der Entwöhnungsbehandlung, so dass wir diesen Aspekt hier nicht weiter vertiefen.

Persönlichkeitsstörungen

Aufgrund der erheblichen psychosozialen und gesellschaftlichen Folgen der Abhängigkeitserkrankungen prägten diese Aspekte in den Anfängen professioneller Suchttherapie auch die Sichtweise der Krankheitsentstehung. Ein Beispiel dafür ist die Überschätzung der Bedeutung verschiedener Persönlichkeitsstörungen für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung. Eindeutig sind die frühen Persönlichkeitsstörungen, nämlich die dissoziale und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (sowohl vom impulsiven wie vom Borderline-Typ), mit einem erhöhten Abhängigkeitsrisiko verbunden, was zumindest partiell auf frühe Traumatisierungen zurückgeführt werden kann. Umstritten ist die Bedeutung der narzisstischen Persönlichkeitsstörung, die als primär aus tiefenpsychologisch fundierter Sicht von den anderen Persönlichkeitsstörungen abgegrenzt und deshalb auch nicht mehr eigenständig im ICD-10 aufgenommen wurde. Viele Autoren sahen aufgrund der erhöhten Kränkbarkeit und dem verminderten Selbstwertgefühl der Betroffenen den Nährboden einer späteren Suchtentwicklung, was bislang jedoch nicht durch prospektive Studien erhärtet werden konnte.

Für die sonstigen Persönlichkeitsstörungen ist bekannt, dass diese allenfalls einen geringen Risikofaktor für Abhängigkeitserkrankungen darstellen. Der hohe Anteil beziehungs- und verhaltensauffälliger Suchtpatient*innen ist vielmehr durch sekundäre Veränderungen aufgrund der Abhängigkeitserkrankung bedingt und unter konsequenter Abstinenz bei vielen Patient*innen deutlich rückläufig. Therapeutisch sind Persönlichkeitsstörungen zum einen bei spezifischer Begünstigung von Suchtmittelrückfällen und zum anderen aufgrund der allgemeinen Beeinträchtigung der Behandlungcompliance entsprechend zu berücksichtigen.

Störungen der Affekte

Im Bereich der relevanten komorbiden psychiatrischen Erkrankungen spielen quantitativ die depressiven und die Angststörungen die größte Rolle.

Bei konsumierenden Alkoholkranken liegt der Anteil der Patient*innen mit depressiver Symptomatik bei über 30%. Knapp die Hälfte dieser Syndrome klingt bei durchgeführter Entgiftung innerhalb von 4 Wochen vollständig ohne pharmakologische antidepressive Therapie ab und kann daher als alkoholtoxisch bedingte symptomatische Depression eingeordnet werden. Mit verbleibenden 15-20% depressiven Störungen bei erreichter Abstinenz liegt diese Inzidenz weiter deutlich über der Inzidenz von etwa 10% bei nicht-suchtkranken Personen. Dabei spielen sowohl reaktive Störungen auf die psychosozialen Folgen der Suchterkrankung als auch gemeinsame Ursachen von Depressionen und Sucht (z. B. nach Traumatisierung) eine Rolle.

Die therapeutische Relevanz für die stationäre Suchtrehabilitation wird deutlich an dem Umstand, dass bei Persistenz der depressiven Symptomatik während der Entwöhnungsbehandlung die Rückfallquote in den Alkoholkonsum fast auf das Doppelte erhöht ist. Dies ist leicht vorstellbar, wenn man bedenkt, dass zum Aufbau einer tragfähigen Abstinenzmotivation sowohl emotional aufgenommene Erfolgserlebnisse, grundsätzliche Zufriedenheit mit der Lebenssituation und eine realistische Zuversicht bezüglich des Behandlungserfolges wesentliche Faktoren sind. All dies wird durch eine persistierende Depression erschwert oder unmöglich gemacht.

Angststörungen sind mit einer Inzidenz von etwa 15-20% der alkohol- und insbesondere auch der benzodiazepinabhängigen Personen ebenfalls überzufällig vertreten. Im Gegensatz zu depressiven Störungen kann hier von einer recht eindeutigen Kausalität gesprochen werden, da die Abhängigkeit von sedierenden Suchtmitteln keine erhöhte Rate von Angststörungen hervorruft, aber etwa 30-50% der Angstpatient*innen sekundär eine Suchterkrankung entwickeln, entweder iatrogen durch Verschreibung von Benzodiazepinen oder eigeninitiativ im Sinne eines (meist mehr oder weniger bewussten) Selbstbehandlungsversuches. Angststörungen, die

besonders häufig zu nachfolgenden Abhängigkeitserkrankungen führen sind, vor allem die Panikstörung und die soziale Phobie, weniger die anderen isolierten Phobien und die generelle Angststörung.

Auch hier ist die Therapie der Angststörung während der Suchtrehabilitation wichtig, wobei prognostisch weniger die absolute Symptomreduktion als das Überwinden der Vermeidungshaltung wesentlich für die Einhaltung der Abstinenz ist.

Hyperarousel und ADHS

Wie in jüngerer Zeit intensiver untersucht, verdoppelt sich in etwa bei einem im Erwachsenenalter persistierendem Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) das Risiko an einer Alkohol-, Cannabis- oder Amphetaminabhängigkeit zu erkranken. Pathogen sind dabei offenbar die überschießende Reaktion auf Außenreize (Hyperarousel) und die innerlich erhöhte Grundspannung, die die Vulnerabilität des Belohnungssystems für dämpfende Suchtmittel erhöht. Bei der Amphetaminabhängigkeit wirkt zudem die spezifische, scheinbar paradoxe Konzentrationsverbesserung positiv verstärkend. Wird dagegen schon im Kindesalter mit einer Methylphenidat-Therapie (Ritalin) begonnen, bleibt die überzufällig häufige Suchtentwicklung aus.

Auch andere Erkrankungen, die zu Hyperarousel-Reaktionen führen, wie die unten angeführte Posttraumatische Belastungsstörung gehen mit Suchtentwicklungen einher, was einen wichtigen Mechanismus der Suchtmittelwirkung verdeutlicht.

Traumafolgestörungen

Kein Krankheitsbild ist kausal so eng mit der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen verbunden wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Potenziell traumatische Ereignisse liegen in der Lebensgeschichte von etwa 60% der Erwachsenen vor, sind also sehr häufig. Gelingt die Verarbeitung dieser Traumata aber so gut, dass keine PTBS entsteht, so ist das Risiko, später suchtkrank zu werden, nicht erhöht. Kommt es zu einer akuten PTBS mit ständiger vegetativer Anspannung, Hyperarousel, Intrusionen und entsprechendem Vermeidungsverhalten setzt bei 20-30% eine Abhängigkeit ein, die auch nach Abklingen der akuten PTBS hinaus persistiert.

Dauert die PTBS länger als ein Jahr und gilt somit als chronisch, so entwickeln etwa 50% der Patient*innen eine Abhängigkeit, und zwar meistens von Alkohol, Benzodiazepinen oder Opiaten. Offenbar gelingt es mit Opiaten am zuverlässigsten, die als unerträglich erlebten Rückerinnerungen zu unterdrücken, so dass der prozentuale Anteil an Traumatisierten bei den Drogenabhängigen mit über 60% am höchsten ist. Dabei zeigen gerade drogenabhängige Patient*innen sehr oft eine prognostisch ungünstige Typ II-Traumatisierung (komplexe PTBS), die von zusätzlichen dissoziativen Symptomen und Persönlichkeitsveränderungen (häufig vom Borderline-Typ) gekennzeichnet ist. Bei den Alkoholabhängigen liegt der Anteil der Rehabilitand*innen mit PTBS immer noch bei etwa 15% (10% der alkoholabhängigen Männer und 20% der alkoholabhängigen Frauen), was zumeist klinisch unterdiagnostiziert und damit auch unterschätzt wird.

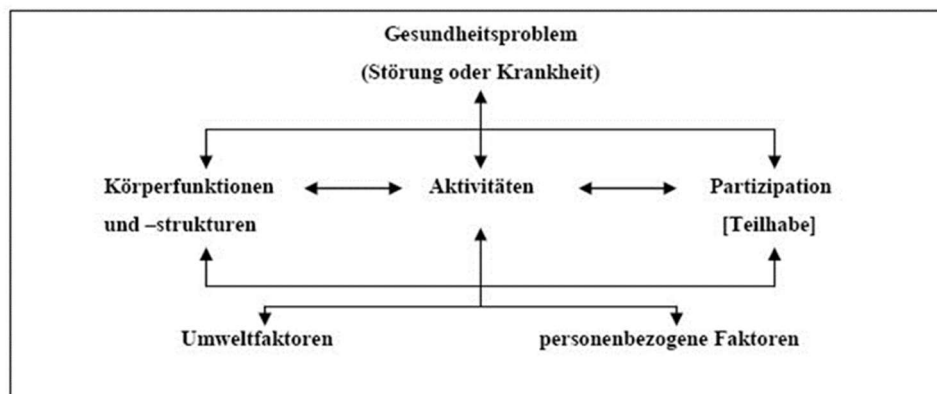
Die Prognose der Rehabilitation bei Vorliegen einer PTBS ist weniger günstig einzuschätzen: Die Abbruchquoten sind deutlich erhöht, Alkoholrückfälle sind bei Reaktivierung traumatischer Erinnerungen häufig und daher wird eine dauerhafte Abstinenz und eine Rückkehr ins Berufsleben häufig nicht erreicht. Dies sollte nicht verwundern, da bereits eine nicht durch Sucht komplizierte, chronische PTBS bei etwa der Hälfte der Betroffenen zu einem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben führt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass noch wenige Kliniken bislang optimale Rehabilitationsbedingungen für traumatisierte Patient*innen anbieten, da dieses Krankheitsbild erst in den letzten Jahren stärker ins Blickfeld gerückt ist. Interessanterweise zeigen gerade alkoholabhängige traumatisierte Patient*innen, vor allem männliche, eine

besondere, angstbetonte Unterform der PTBS (Langeland 2004), die einer gezielten Desensibilisierungsbehandlung besser zugänglich ist. Viele Rehabilitanden zeigen zudem insgesamt eine recht milde traumabedingte Symptomatik, die oft zu Beginn der Rehabilitation nicht vordiagnostiziert worden ist. Bei geeignetem Vorgehen sind besonders in diesen Fällen durchaus bessere Chancen für eine erfolgreiche Rehabilitation zu erwarten.

4.1.4 Beeinträchtigungen von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe

Betrachtung von Suchterkrankungen im Model der ICF

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte 2001 die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF). Im Jahre 2005 wurde die vorläufige deutsche Endfassung von einer Arbeitsgruppe um Michael F. Schuntermann abgeschlossen (Schuntermann 2009). Die ICF beschreibt den Menschen mit seinen Erkrankungen und daraus resultierenden Einschränkungen für Aktivität und Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (Arbeitswelt, Freizeit, Sozialkontakte, etc.) im Kontext der ihn umgebenden förderlichen oder hinderlichen Umweltfaktoren und der Auswirkungen der individuellen Eigenschaften und Akzentuierungen seiner Persönlichkeit. Die einzelnen Elemente dieses Modells beeinflussen sich wechselseitig.



Die ICF greift das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell beziehungsweise eine systemische Betrachtungsweise einer Person mit Gesundheitsproblemen auf. Dieser ganzheitliche Blick auf den Menschen in seiner Lebenswelt entspricht dem bisher erläuterten Ansatz des Fachkrankenhauses Hansenbarg und ergänzt diesen durch eine fachübergreifende Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes.

Suchterkrankungen zählen in dieser Betrachtung zu den schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen. Das liegt nicht nur an ihrer Chronizität mit fortschreitender Verschlechterung der Krankheitssymptomatik, sondern insbesondere an den resultierenden gravierenden Funktionseinschränkungen, die sich auf fast alle Alltagsaktivitäten auswirkt und so letztlich alle wesentlichen Lebensbereiche beeinträchtigt, was sich in der Erfassung nach ICF deutlich widerspiegelt. In den entwickelten Ländern ist die Alkoholabhängigkeit inzwischen auf der WHO-Rangliste der Krankheiten, welche die meisten durch frühzeitigen Tod oder schwere Beeinträchtigungen verlorenen Lebensjahre ("lost life years") verursachen, auf den zweiten Platz vorgerückt, übertroffen nur von den Depressionen.

Je stärker die Lebensqualität beeinträchtigt wird, vor allem bei familiärer und beruflicher Desintegration, umso schneller schreitet die Abhängigkeitsentwicklung voran, so dass sich rasch ein Teufelskreis entwickelt.

Während zu Beginn der Abhängigkeit überwiegend mentale Funktionen (Begrifflichkeit gemäß ICF) beeinträchtigt sind, kommen im weiteren Verlauf je nach Intensität des Suchtmittelkonsums und der Folgeerkrankungen Beeinträchtigungen im Bereich der bewegungsbezogenen Funktionen, der Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems sowie der Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems hinzu.

Während der stationären Rehabilitation stellt sich die besondere Situation dar, dass durch die vorangegangenen Interventionen (beispielsweise eine qualifizierte Entgiftung) eine partielle Abstinenzfähigkeit (zumindest im geschützten Rahmen) erreicht ist, wodurch etliche Funktionsbeeinträchtigungen rückläufig sind, die verbleibenden Funktionsdefizite sowie die über Jahre kumulierenden Defizite im Bereich der Aktivitäten aber prägend für die Prognose in Erscheinung treten, so dass neben der suchtspezifischen Therapie eine gezielte Förderung der Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen erforderlich ist.

Am häufigsten finden sich Beeinträchtigungen der Aktivitäten im Kapitel "Bedeutende Lebensbereiche", das Arbeit und Beschäftigung, aber auch wirtschaftliche Leben und Erziehung/Bildung umfasst. Daneben sind oft Beeinträchtigungen im Bereich der Interpersonellen Interaktionen und Beziehungen, der Selbstversorgung und des häuslichen Lebens, des Gemeinschafts- und sozialen Lebens sowie im Bereich der Allgemeinen Aufgaben und Anforderungen festzustellen. Die wichtigsten Teilhabeaspekte werden im Folgenden erläutert.

Arbeit

Arbeit stellt einen zentralen Teilhabebereich unserer Gesellschaft dar. Bei Suchtkranken ist die berufliche Integration in Folge von erkrankungsbedingter mangelnder Arbeitsleistung, Unzuverlässigkeit, Kommunikationsdefiziten, Verhaltensproblemen oder Defiziten im Erscheinungsbild häufig gefährdet. Umgekehrt ist Arbeit ein protektiver Faktor für die Gesundheit:

Laut dem Konzept des Fachverbandes Sucht zu „Arbeitsbezogenen Leistungen in der Sucht-Rehabilitation“ ist der Zusammenhang von Gesundheit und Arbeit ein gesellschaftspolitisches Thema von erstrangiger Bedeutung (Siegrist 1996). Dabei führt insbesondere bei Männern Arbeitslosigkeit zu vielfältigen, erheblichen gesundheitlichen Problemen einschließlich einer starken Zunahme allgemein psychiatrischer und suchtspezifischer Probleme. Die Befundlage für arbeitslose Frauen ist weniger deutlich ausgeprägt, weist aber in die gleiche Richtung.

Leider stellt die zunehmende Arbeitslosigkeit im Bereich der ambulanten und stationären Entwöhnungsbehandlung eine gravierende Schwierigkeit dar: Unter den Alkoholabhängigen in Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlungen) ist die Arbeitslosenquote von rund 7% im Jahr 1975 kontinuierlich auf knapp 35% (1990) und schließlich auf etwa 37% (2005) gestiegen. Sie ist damit weitaus stärker als die allgemeine Arbeitslosenquote in der Erwerbsbevölkerung angestiegen.

Gerade die Langzeitarbeitslosigkeit gefährdet die berufliche Wiedereingliederung und damit den Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen maßgeblich. In den letzten Jahren wurde zudem deutlich, dass die Abhängigkeitserkrankung bei arbeitslosen Rehabilitand*innen meist weiter fortgeschritten und die Behandlung weniger Aussicht auf Erfolg hat als bei erwerbstätigen Rehabilitand*innen.

Innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss einer stationären Suchtrehabilitation werden etwa 45% der Arbeitslosen versus 23% der Erwerbstätigen mit Alkohol rückfällig, im Schnitt sind die Rückfälle schwerer mit Wiederaufnahme des süchtigen Trinkmusters in 70% der rückfälligen Rehabilitand*innen versus 40% bei Erwerbstätigen (nach Henkel 2003-2005).

Nach 2 Jahren befinden sich nur 23% der vorher Arbeitslosen wieder in Arbeit. Hauptgründe sind nach der ARA-Studie die allgemein restriktive Arbeitsmarktlage, die häufigen Arbeitsmarkthandicaps wie hohes Alter, geringe schulisch-berufliche Qualifikation und lange Arbeitslosenzeiten sowie die häufigen und gravierenden Rückfälle.

Aus diesen und vielen weiteren Untersuchungen ergibt sich die klare Schlussfolgerung, bei erwerbslosen Rehabilitanden neben Intensivierung der Rückfallprophylaxe gezielt Maßnahmen zur Förderung der Teilhabe im Bereich Arbeit einzusetzen. Es gilt im Rahmen der Therapie nicht nur Arbeitsfähigkeit zu fördern bzw. wiederherzustellen, sondern bei Rehabilitand*innen mit bestehendem Arbeitsplatz dessen Erhalt gezielt zu unterstützen, sowie bei arbeitslosen Rehabilitand*innen eine möglichst konkrete erwerbsbezogene Perspektive zu entwickeln. Die S3-Behandlungsleitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), überarbeitete Fassung von 2020, sieht dementsprechend vor, dass bei bestehender Erwerbslosigkeit bevorzugt Settings angeboten werden sollen, die auch eine Reintegration ins Arbeitsleben fördern. Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes sollen Beratungs- und Coaching-Settings angeboten werden, die einem Arbeitsplatzverlust vorbeugen.

Um den Auswirkungen einer Krankheit oder Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken, erbringt die Deutsche Rentenversicherung (DRV) in Einklang mit §9 SGB VI Leistungen zur Teilhabe. Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten sollen verhindert werden, ebenso wie ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben. Ziel ist es, Betroffene dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern oder in diesem zu halten. Von der DRV werden dazu Leistungen der medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben angeboten und finanziert.

Familiäres Umfeld und Beziehungen

Eine fortgeschrittene Abhängigkeit führt nicht nur zu Verminderung und später Verlust der beruflichen Leistungsfähigkeit, sondern auch zu massiven Belastungen der familiären Strukturen bis hin zum Verlust aller nahestehenden Beziehungen. Gesundheitspolitisch und aus sozialer Sichtweise heraus ist nicht nur die Belastung für die Suchterkrankten bedeutsam, sondern auch die induzierten Beeinträchtigungen bei deren Partnern und Kindern:

In Deutschland leben etwa 2,65 Millionen Kinder, bei denen ein Elternteil eine alkoholbezogene Störung (Missbrauch oder Abhängigkeit) aufweist, sowie etwa 40.000 Kinder mit einem drogenabhängigen Elternteil. Etwa jedes dritte dieser Kinder erlebt regelmäßig physische Gewalt (als Opfer oder Zeuge).

Kinder suchtkranker Eltern sind die größte bekannte Risikogruppe zur Entwicklung eigener Suchtstörungen, insb. Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie Verhaltenssüchte.

Für alle anderen psychischen Störungen (z. B. Ängste, Depressionen, Schizophrenien, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen) weisen sie ebenfalls erhöhte Risiken auf.

Zusätzlich zu den induzierten Störungen sollten hier auch Verhaltensänderungen im Sinne einer Ko-Abhängigkeit berücksichtigt werden.

Der Erhalt oder die Verbesserung der familiären Beziehungen und der Partnerschaft stellen neben dem Erhalt des Arbeitsplatzes und der Gesundheit eines der zentralen Motive für eine suchtspezifische Rehabilitation dar. Während ein Teil der Probleme mit der Abstinenz abklingt, sind zum Lösen etlicher Konflikte therapeutische Unterstützung des Betroffenen oder Paar- bzw. Familieninterventionen erforderlich.

Allgemeine Aufgaben, häusliches Leben und Selbstversorgung

Überschuldung und Wohnungsprobleme sind häufig, im Extrem resultiert sogar Obdachlosigkeit aus dem zunehmenden Verlust der basalen sozialen Handlungskompetenzen. Durchaus vorhandene Hilfsangebote können in der akuten Konsumphase kaum genutzt werden. Andererseits ist ein intaktes soziales Netzwerk mitentscheidend für die Abstinenzprognose, so dass sich ein Teufelskreis aus Nichtbeenden-Können des Trinkens und weiterer Verschlechterung der sozialen Situation ergibt.

Während bei Erreichen der Abstinenz im geschützten Rahmen meist eine ausreichende Selbstversorgung festzustellen ist, werden allgemeine Aufgaben und Anforderungen oft unzureichend bewältigt, so dass die Rehabilitand*innen Hilfen wie Schuldenregulierung, Unterstützung bei Klärung der Wohnsituation oder die Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung benötigen.

4.1.5 Kontextfaktoren

Neben den krankheitsspezifischen Funktionsbeeinträchtigungen und den individuellen Beeinträchtigungen der Aktivitäten spielen gerade bei der Alkoholabhängigkeit auch gesellschaftsspezifische Kontextfaktoren eine große Rolle bei der Krankheitsbewältigung. Neben dem oben bereits genannten Einfluss des allgemeinen Arbeitsmarktes als Indikator für die beruflichen Wiedereingliederungschancen im Anschluss an eine Rehabilitationsbehandlung spielen folgende Faktoren eine besondere Rolle bei der Bewältigung von Suchterkrankungen:

Gesellschaftliche Sicht von Suchterkrankungen

Trotz einer deutlich verbesserten Akzeptanz der Abhängigkeit als Erkrankung wird diese immer noch nicht als neutrale Erkrankung angesehen, weder vom Umfeld noch vom Betroffenen selbst. Dies führt nicht nur zu erheblichen Problemen im Erlernen des optimalen Umgangs mit der Erkrankung, sondern auch zu großen Widerständen der Betroffenen, sich rechtzeitig bei Bemerken der ersten Symptome in fachliche Behandlung zu begeben. Schon die Akzeptanz der Diagnose fällt vielen Patient*innen schwer, da sich ihr Selbstbild nicht mit der möglichen Entwicklung einer Suchterkrankung vereinbaren lässt. Viele Motivationsprobleme lassen sich ursächlich darauf zurückführen.

Da vordergründige Anpassungsleistungen der Rehabilitand*innen an die von außen herangetragene Abstinenzernwartung diesen Grundkonflikt nicht lösen können, stellt für uns das Erreichen einer innerlichen Krankheitsakzeptanz ein wesentliches Therapieziel dar, das wir durch eine ganzheitliche Sicht, gezielte Einbindung in die TherapiEGemeinschaft und eine anerkennende, wohlwollende Beziehungsgestaltung sowie psychoedukativen Interventionen fördern.

Gender

Geschlechtsspezifische Suchttherapie hat lange, gute Tradition, insbesondere was die Berücksichtigung frauenspezifischer Problemkonstellationen und Therapiebedürfnisse angeht. Gerade im Bereich der Suchttherapie traumatisierter Patientinnen hat dies zu vielfältigen spezifischen Verbesserungen der Behandlung und auch des Selbstverständnisses der Patientinnen geführt.

Weniger berücksichtigt in den meisten Therapiekonzepten ist, dass Männer deutlich häufiger von fast allen Abhängigkeitserkrankungen betroffen sind. Von Alkoholabhängigkeit sind etwa doppelt so viele Männer als Frauen betroffen. Neben vermuteten genetischen Faktoren sind die Ursachen dafür im gesellschaftlich bedingten, starren Rollenverständnis und Selbstbild von Männern zu suchen, das von vermindertem Gesundheitsbewusstsein, Risikofreudigkeit, Konkurrenz- und Leistungsdenken, Begrenzung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit und der Neigung zu sozialer Isolation gekennzeichnet ist. Während sich Frauen bei aller konkreten Benachteiligung in den letzten Jahrzehnten den Freiraum erarbeitet haben, auch männertypische Rollen und Verhaltensweisen bei Bedarf anzunehmen, tun sich Männer umgekehrt sehr viel schwerer, als weiblich wahrgenommene Bedürfnisse oder Verhaltensweisen anzunehmen und sie werden dafür auch stärker gesellschaftlich sanktioniert.

So sind sich Männer ihrer tieferen emotionalen Bedürfnisse häufig nicht bewusst und kompensieren gerade Wünsche nach Nähe und Geborgenheit mit Alkoholkonsum, der gesellschaftlich gerade für jüngere Männer viel akzeptierter ist als „weiche“ oder gar „schwache“ Seiten zu zeigen. Zudem sind auch Männer Traumatisierungen ausgesetzt, die aber für den Betroffenen weitaus stärker tabuisiert sind als bei Frauen. So leiden in absoluten Zahlen etwa gleich viele alkoholabhängige männliche Patienten an Traumafolgestörungen (insbesondere PTBS) wie alkoholabhängige Patientinnen, es gibt aber so gut wie keine männerspezifischen Therapieangebote für sie. Vielfach wird die Diagnose auch nicht rechtzeitig gestellt, weil bei zusätzlichen aggressiven Impulsen eher von einer dissozialen Persönlichkeitsstörung, bei zusätzlichen Angstsymptomen eher von einer klassischen Angststörung ausgegangen wird.

Auch wenn valide Untersuchungen zur Wirksamkeit männerspezifischer Ansätze noch selten sind, sehen wir es als unsere Aufgabe, auch in diesem Bereich individuell auf die Bedürfnisse der Rehabilitanden abgestimmte Behandlungsansätze zu entwickeln.

4.1.6 Wirkfaktoren für eine erfolgreiche individuelle Rehabilitation

Verschiedene Faktoren verbessern die Prognose einer durchgeführten stationären oder ganztags ambulanten Suchtrehabilitation erheblich:

Frühe Phase der Erkrankung

Je früher Erkrankte sich zu einer Therapie entschließen, desto geringer sind die belastenden Folgeschäden und desto weniger stark sind die zu überwindenden Symptome der Suchterkrankung ausgeprägt. Leider findet immer noch nur ein kleiner Anteil der Rehabilitand*innen im Sinne der Sekundärprävention frühzeitig zu einer Entwöhnungsbehandlung. Individuelle Therapieangebote und ein motivationsförderndes Therapiesetting erleichtern diesen Rehabilitand*innen, sich früher in Behandlung zu begeben.

Behandlungskontinuität

Wie statistisch gut belegt ist, kommen Rückfälle bei behandlungsmotivierten Rehabilitand*innen überzufällig häufig bei Wechsel der Behandlungsform, der behandelnden Einrichtung oder auch nur der Bezugstherapeut*innen vor, meist durch Abbruch der Weiterbehandlung seitens der Rehabilitand*innen.

Eine persönlich verbindliche Beziehungsgestaltung, enge Kooperation mit den Vor- und Nachbehandlern, eine individuelle, von den Rehabilitand*innen getragene Therapieplanung und Übergabegespräche unter Einbezug des Rehabilitanden können diesen Therapieabbrüchen vorbeugen. In vorbildlicher Weise wird dies in Niedersachsen durch die Kombi-Nord-Therapie umgesetzt, an der unsere Klinik beteiligt ist, wobei die Erfahrungen aus dieser engen Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen auch anderen Rehabilitand*innen zu Gute kommen, die sich nicht in einer Kombi-Nord-Therapie befinden.

Hohe intrinsische Abstinenzmotivation

Eine hohe ich-syntone erlebte, intrinsische Motivation erleichtert nicht nur die Mitarbeit im langwierigen und anstrengenden Rehabilitationsprozess, sondern auch das Überstehen von drohenden oder eingetretenen Abstinenzabbrüchen. Aufgrund der initial niedrigen Krankheitsakzeptanz führen aber fast immer extrinsische und negative Motivatoren wie Angst vor gesundheitlichen, beruflichen oder familiären Folgen zum Antritt einer Therapie. Diese negative Motivation lässt erfahrungsgemäß gerade bei eingehaltener Abstinenz mit zunehmendem

Abstand zur Trinkphase innerhalb der ersten Monate deutlich nach. Eine ständige Bearbeitung und Weiterentwicklung der Abstinenzmotivation zu einer perspektivischen aus positiven Gründen hergeleiteten, eigenständig erlebten Abstinenzentscheidung ist daher für eine dauerhaft tragfähige Abstinenz erforderlich.

Hohe Kompetenz im Umgang mit rückfallbegünstigenden Alltags- und Krisensituationen

Rückfallprophylaxe-Training ist berechtigterweise zum Standardmodul innerhalb der suchtspezifischen Rehabilitation geworden. Neben der Erarbeitung konkreter Bewältigungsstrategien und der schrittweisen Überprüfung im Klinikalltag, in der Freizeit und bei Belastungserprobungen, ist auch eine hohe Grundzufriedenheit als Teil dieser Kompetenz anzusehen.

Ebenfalls nachgewiesen ist die Wirksamkeit des bei uns eingesetzten Neurokontroll-Trainings (NKT), das computergestützt ein Wegbewegen vom Alkohol in Versuchungssituationen übt.

Abstinenzförderndes familiäres und berufliches Umfeld

Wie viele Untersuchungen übereinstimmend zeigen, ist die Abstinenzrate nach regulär beendeter stationärer Suchtrehabilitation in hohem Maße von dem Umfeld abhängig, das die Rehabilitand*innen zu Hause erwartet. Neben einer fehlenden alkoholfreien Zone im direkten Lebensbereich der Rehabilitand*innen sind vor allem schwelende familiäre oder berufliche Konflikte und unangemessene Erwartungen an heimkehrende Rehabilitand*innen als kontraproduktiv anzusehen. Eine möglichst weitgehende Klärung dieser Probleme noch während der Therapiezeit mit den Rehabilitand*innen selbst, bei Belastungsfahrten, aber auch in Familienseminaren oder Angehörigen-Gesprächen mit Therapeut*in, Rehabilitand*in und Außenpersonen trägt zur Sicherung des Therapieerfolges bei.

Erfolgreiche Behandlung der psychiatrischen Komorbidität

Wie oben ausgeführt, vermindern unzureichend behandelte oder gar übersehene komorbide psychiatrische Erkrankungen die Chance einer erfolgreichen Suchttherapie in hohem Maße. Eine standardisierte Diagnostik bei allen Rehabilitand*innen sichert die rechtzeitige Einleitung wirksamer Maßnahmen.

Zügige berufliche Reintegration

Unbestritten stellt die erfolgreiche berufliche Wiedereingliederung einen Meilenstein bei der suchtspezifischen Rehabilitation der Betroffenen dar. Wenngleich bei länger bestehender Arbeitslosigkeit ein direkter beruflicher Neuanfang häufig nicht gelingt, können und müssen konkret eingeleitete Maßnahmen – wie Adaption oder berufsfördernde Maßnahmen – den Rehabilitand*innen Planungssicherheit und Zukunftsperspektive geben. Dazu ist eine hoch individuelle Ausgestaltung der Ergo- und Arbeitstherapie erforderlich.

4.1.7 Psychotherapeutische Behandlungsmodelle

Obwohl viele Teilaspekte zur Entwicklung und zur Behandlung von Suchterkrankungen bekannt sind, besteht bis heute kein umfassendes integratives Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens. Unser Suchtverständnis basiert daher auf den Ergebnissen verschiedener Forschungsansätze. Dargestellt werden als komplementär zu verstehende Partialtheorien. Feuerlein fasste diese bereits 1987 zum bio-psycho-sozialen Modell der Alkoholabhängigkeit zusammen, das später im erweiterten Autorenteam aktualisiert

(Feuerlein, Küfner, Soyka 1998) und 2001 im DHS-Positionspapier auch auf die Konzeptbildung anderer Abhängigkeiten erweitert wurde. Ursprünglich stammt dieses Modell von Engel (1977) aus dem Bereich der Psychosomatischen Erkrankungen, mittlerweile wird es als grundlegend für die Genese aller psychischen Störungen (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 1997) angesehen. Dies bedingt die Notwendigkeit nicht nur für die primär im Fokus der Behandlung stehenden Abhängigkeitserkrankungen, sondern ebenfalls für die sie häufig komplizierenden komorbiden Störungen (z. B. Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen), von monokausalen und linearen Erklärungs- und Behandlungsmodellen Abstand zu nehmen und stattdessen mit multifaktoriellen Ansätzen zu arbeiten.

Das generelle bio-psycho-soziale Modell bildet die Grundstruktur einer modernen psychotherapeutisch ausgerichteten Rehabilitation, deren einzel- und gruppenpsychotherapeutischen Angebote aber meist spezifische Weiterentwicklungen bestehender psychotherapeutischer Grundmodelle darstellen. In der Fachklinik Hansenbarg kommen im Wesentlichen vier unterschiedliche Therapiemodelle zur Anwendung:

Verhaltenstherapeutischer Ansatz

In den verhaltenstherapeutischen Lerntheorien werden Abhängigkeitserkrankungen als erlernte Verhaltensmuster verstanden. Durch die Beobachtung des sozialen Umfeldes (Eltern, Peers) sammeln Kinder erste Erfahrungen mit Suchtmitteln im Sinne eines Modelllernens (Bandura 1969). Im weiteren Verlauf werden Effekte des operanten Konditionierens wirksam (Schlüter-Dupont 1990; Rist, Watzl 1999). Dabei wirken Suchtmittelleffekte wie Euphorisierung, Enthemmung usw. direkt positiv verstärkend, während Anerkennung durch die Peergruppe für den Konsum z. B. indirekt verstärkend wirkt (Arend 1994). Als negative Verstärker wirken angstreduzierende, sedierende Effekte des Suchtmittels sowie der Wegfall von Langeweile, Isolation oder depressiven Verstimmungen. Mit fortschreitender Abhängigkeitsentwicklung nimmt die positive Verstärkung (Erzeugung positiver Befindlichkeiten) zunehmend zugunsten der negativen Verstärkung (Vermeidung unangenehmer Zustände) ab. Alternative Verhaltensweisen (z. B. direkte Klärung von Konflikten, Überwindung von Unsicherheiten, Steigerung des Selbstwirksamkeitserlebens) werden nicht entwickelt und andere Belohnungsquellen nicht erschlossen.

Aufgrund des sich stetig steigenden Konsums kommt es zu negativen sozialen Reaktionen des Umfeldes (Probleme in der Partnerschaft oder im Beruf), auf die mit vergeblichen Abstinenzversuchen (Trinksystemen) reagiert wird. Langfristig führen diese Umstände zu einem Muster intermittierender Verstärkung und damit zu erhöhter Lösungsresistenz des abhängigen Verhaltens (Rist, Watzl 1999). „Der Teufelskreis ist geschlossen: Alkoholtrinken als Problemlöseversuch und Verstärkerquelle ist selbst zum Problem mit einer Fülle negativer Konsequenzen geworden, die wiederum mit Alkohol bewältigt werden sollen“ (Arend 1994).

Die sozial-kognitiven Lerntheorien fokussieren besonders auf kognitive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse. Dabei wird angenommen, dass im Laufe der lebenslangen Lerngeschichte abgespeicherte Informationen die Verarbeitung jeder neuen Informationen im Sinne von Top-Down-Prozessen mitsteuern (Bartling et al. 2005). Beck geht bei Alkoholabhängigen von problematischen Grundannahmen über das Selbst aus, die automatische negative Gedanken und Emotionen auslösen. Positive Wirkungserwartungen an das Suchtmittel und erlaubniserteilende Gedanken haben dann immer wieder die Bewältigungsstrategie „Trinken“ zur Folge (Beck et al. 1997). Therapeutische Interventionen zielen auf die Veränderung der dysfunktionalen Grundannahmen (z. B. zu mangelnder Selbstwirksamkeit oder unrealistisch überhöhter Wirkungserwartungen trotz negativer Erfahrungen) und der darauffolgenden kognitiven Prozesse ab.

Psychodynamischer / tiefenpsychologisch orientierter Ansatz

Analytische/tiefenpsychologische Theorien gehen davon aus, dass sich Abhängigkeitserkrankungen in der Regel in Verbindung mit der Störung frühkindlicher Entwicklungsaufgaben entfalten. Je nach Zeitpunkt der Störung ergeben sich unterschiedliche strukturelle Mängel oder innerpsychische Konflikte, die dem Suchtmittelkonsum jeweils spezielle Funktion und Bedeutung geben (zusammenfassend in Bilitza 2009; Ermann 2007; Lutz 2010).

Die Ich-psychologischen Konzepte legen ihren Schwerpunkt auf strukturelle Defizite in der Entwicklung der grundlegenden psychischen Instanzen (Ich, Es und Über-Ich). Die Suchtmittelabhängigkeit wird als Symptom einer gestörten Ich-Entwicklung gesehen (Rost 1987). Das Ich mit seiner innerpsychischen Aufgabe, zwischen den weitgehend unbewussten Triebansprüchen des Es, den normvermittelnden Ansprüchen des Über-Ichs und den Erwartungen der Umwelt zu vermitteln, ist durch Ich-Schwäche und Überforderung gekennzeichnet. Die Folge sind Reizüberflutung und letztlich Versagen gegenüber den Triebwünschen des Es. Mangelnde Impulskontrolle, gestörte Ausdrucksfähigkeit, geringe Frustrationstoleranz und ungenügende Affektdifferenzierung sind die hauptsächlichen Defizite. Suchtmittel wirken in diesem Zusammenhang affektdämpfend und -regulierend und stellen einen Selbstheilungsversuch dar (Aßfalg, Rothenbacher 1987).

Systemischer Ansatz

Den verschiedenen Ansätzen der systemischen/familientherapeutischen Theorien ist gemeinsam, dass sie den (Index-)Patienten als Teil eines oder mehrerer verschachtelter Systeme verstehen. „Die Ergebnisse familienorientierter Forschung rechtfertigen die Annahme suchtspezifischer Familienstrukturen nicht“ (Schwertl 1998, S.24). Diese Systeme streben ein funktionales Gleichgewicht an. Auch die Suchterkrankung hat jeweils eine systemstabilisierende Funktion bzw. stellt einen Lösungsversuch des Systems dar. Die Tatsache, dass Hilfe gesucht wird, ist in der Regel ein Zeichen dafür, dass das System dysfunktional geworden ist und die Selbstregulierungskräfte nicht mehr ausreichen. Trotzdem sind auf individueller und Systemebene immer auch Ressourcen vorhanden. Die Aufgabe des Therapeuten ist es, diese Ressourcen durch geeignete Interventionen wieder zugänglich zu machen und lösungsorientiert Entwicklungsmöglichkeiten zu erarbeiten (Feuerlein et al. 1998).

Integratives Modell der „allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe

Grawe (1994 a) fordert auf der Basis der Ergebnisse seiner Studien zur Therapiewirksamkeit eine „Allgemeine Psychotherapie“, die auf vier gesicherten Wirkfaktoren aufbauen könne:

Klärungsarbeit; in Bezug auf bewusste und unbewusste Motive, Werte, Ziele, etc.

Ressourcenaktivierung; Nutzung der Fähigkeiten und Potentiale des Patienten für die Therapie

Problemaktualisierung; die Probleme, Konflikte des Patienten mit den zugehörigen Emotionen und Gedanken im Therapiesetting erlebbar und damit behandelbar machen

Bewältigungsarbeit; aktive Unterstützung in Form therapeutischer Interventionen aber auch praktischer Hilfe

Grawes Forschungsergebnisse und Schlussfolgerungen bilden die theorienübergreifende Klammer für unseren Behandlungsansatz. Die vier Wirkfaktoren können „als Heuristiken oder Perspektiven benutzt werden, unter denen das Therapiegeschehen gemeinsam reflektiert wird“ (Grawe 1994 b). Im Rahmen unserer Behandlung ist besonders die Tiefenpsychologie geeignet, unbewusste Motive und Ziele für den Rehabilitanden erlebbar und damit behandelbar zu machen. Die Lerntheorien stellen Problemaktualisierung und Bewältigungsarbeit in den Vordergrund. Die schulenübergreifende Verbindung von Klärungs- und Bewältigungsperspektive wird ergänzt

durch die familientherapeutische Beziehungsperspektive, die das zwischenmenschliche Geschehen, die Einbindung in Systeme und die Ressourcen des Menschen betont.

Der wertschätzenden und stützenden Therapiebeziehung kommt eine besondere Bedeutung zu, da sie einerseits eine der Ressourcen des Rehabilitanden darstellt und andererseits nachweislich einen erheblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat (Orlinsky et al. 1994).

In der Umsetzung stützen wir uns zudem intensiv auf die vier Grundbedürfnisse nach Grawe, die wie folgt beschrieben sind:

Orientierung und Kontrolle: Das Bedürfnis, die Welt zu verstehen und Geschehnisse vorherzusehen oder zu beeinflussen.

Lustgewinn und Unlustvermeidung: Das Streben nach positiven Erlebnissen und die Vermeidung negativer Erfahrungen.

Bindung: Das Bedürfnis nach Beziehungen und sozialer Verbundenheit.

Selbstwerterhöhung: Das Bedürfnis, sich selbst als wertvoll und kompetent zu erleben.

Das achtsame Beobachten, Ansprechen und Reflektieren dieser Grundbedürfnisse in den verschiedensten Therapiemodulen bildet für unsere Rehabilitand*innen die inhaltliche Klammer, die den Transfer in das eigene Erlebnismodell ermöglicht und ein kongruentes Erleben des Therapieprozesses erleichtert.

4.1.8 Unsere therapeutische Grundausrichtung

Ich der Fachklinik Hansenbarg hat sich über die Jahre des engen Austausches mit den Rehabilitand*innen wie im multiprofessionellen Team ein ganzheitlicher, integrativer Behandlungsansatz gebildet, der zu einer sehr hohen Therapieadhärenz mit konstant niedriger Rückfall- und Abbruchquote geführt hat.

Dies wird neben einer durchgehend empathischen Grundhaltung mit Begegnung der Rehabilitand*innen auf Augenhöhe durch eine hohe Beziehungskonstanz und Verlässlichkeit der Abläufe unterstützt, die mittels einer durchgängigen Betreuung der Bezugsgruppen im Ko-Therapeuten-System sowie konsequenter Umsetzung des Bezugstherapeutensystem nicht nur im Bereich der Psychotherapie, sondern auch in Bereich der Ergo- und Arbeitstherapie erreicht wird.

Um das Verständnis für die eigenen Therapieprozesse schneller zu vertiefen, bauen die einzelnen Therapieelemente bzw. -module transitiv aufeinander auf, was durch den wiederkehrenden Bezug auf die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse nach Grawe erreicht wird. So werden diese in der Bezugsgruppe in Form der Lebensflussbesprechung im persönlichen Erleben konkretisiert, dann in einer Indikationsgruppe beispielsweise in einer Achtsamkeitsübung erlebbar gemacht oder vor dem Hintergrund mangelnder Selbstfürsorge beleuchtet.

Diese Ausrichtung nach Grawe bestimmt auch die Teambesprechungen und dient als inhaltliche Klammer zum gemeinsamen Verständnis der Rehabilitand*innen über die einzelnen Berufsgruppen hinaus.

Die oben beschriebenen Therapieansätze werden eklektisch eingesetzt, so werden bei der wichtigen Lebensflussbesprechung eher tiefenpsychologische Elemente betont, während in der Indikationsgruppe Depressionsbewältigung oder Rückfallprophylaxe eher verhaltenstherapeutische Modelle als hilfreich erlebt werden. Die psychotherapeutischen Einzelstunden werden gemäß der jeweiligen Grundausbildung der Therapeuten gestaltet, um eine möglichst hohe Kongruenz und Effektivität zu ermöglichen.

Weitere Behandlungsprinzipien

Aktivierung und Ressourcenförderung

Da sinnvolle Alternativen zum Suchtmittelkonsum im Alltag gefunden werden und aufgebaut werden müssen und Erfolgserlebnisse sowohl die Abstinenzzuversicht wie die Abstinenzmotivation stärken, müssen zusätzlich ressourcen- und erlebniszentrierte Ansätze zum Tragen kommen. Hier spielen das breite und differenzierte Sportprogramm, weitere körperbezogene Therapieangebote und die Ergotherapie eine große Rolle.

Stärkung der Handlungskompetenz durch Psychoedukation

Zur Erarbeitung eines dauerhaft tragfähigen Abstinenzvorsatzes im Besonderen und eines differenzierten Gesundheitsbewusstseins im Allgemeinen ist neben der Bearbeitung der innerpsychischen Problematik auch der Erwerb einer realistischen Selbsteinschätzung und konkreter Handlungskompetenz durch sachgerecht vermitteltes Wissen erforderlich. Dazu wird eine strukturierte Wissensvermittlung in Form von interaktiv gehaltenen Vorträgen zu den Themen Suchtmedizinische Information, Suchttherapeutische Information, Nikotin-Information und Ernährungsinformation angeboten. Bei Bedarf und spezifischen Indikationen erfolgt die Informationsvermittlung zusätzlich in Einzelsitzungen oder interaktiven Kleingruppen wie gezielte Diätberatung oder die Depressionsgruppe. Das vermittelte Wissen wird punktuell in den therapeutischen Sitzungen oder der Visite thematisiert, um den individuellen und den Praxisbezug zu festigen.

Diagnostikgeleitete individuelle Behandlung der bestehenden Komorbidität

Auf die Bedeutung der sachgerechten Mitbehandlung komorbider psychiatrischer Störungen wurde oben ausführlich eingegangen. Da diese Störungen während der akuten Konsumphase oder Entgiftungsbehandlung oft nicht umfassend abgeklärt werden können, steht am Anfang die psychiatrische Diagnostik mit besonderer Berücksichtigung von depressiven Erkrankungen, Angststörungen, ADHS und Traumatisierungen in der Vorgeschichte. Bei besonders schweren Störungen wird zudem in den ersten zwei Wochen die Rehabilitationsfähigkeit der Versicherten kritisch überprüft, insbesondere, wenn eine vorgeschaltete psychiatrische Behandlung erfolgreicher erscheint.

Generell ist die gleichzeitige rehabilitative Behandlung der Sucht und der psychiatrischen Begleiterkrankung im Sinne der Förderung der Krankheitsbewältigung und der Handlungskompetenz vorteilhaft, da sich die Erkrankungen gegenseitig stark beeinflussen und eine gleichzeitige Besserung prognostisch günstig ist. So weit als möglich wird daher die Therapie der komorbiden Störungen, ob medikamentös oder psychotherapeutisch, in den Psychotherapeutischen Kernprozess mit eingebunden.

Frühzeitige individuelle Planung und Förderung der beruflichen Wiedereingliederung

Je nach Förderungsbedarf im Bereich der (Vorbereitung der) beruflichen Wiedereingliederung wird die Therapieplanung angepasst, um einen optimalen Kompromiss zwischen vertiefter psychotherapeutischer Auseinandersetzung und eher handlungsrelevanter arbeitstherapeutischer Förderung zu finden. Bei den Chefarztvisiten werden neben medizinischen und psychotherapeutischen Themen immer auch die berufliche Situation und die entsprechende Planung thematisiert.

Alle damit befassten Prozesse und die Aufgaben der jeweils involvierten Mitarbeiter*innen sind ausführlich in unserem dezidierten BORA-Konzept beschrieben.

Enge Vernetzung mit zuweisenden und nachsorgenden Stellen

Die Fachklinik Hansenbarg sieht sich als integrativer Baustein eines umfassenden

Suchthilfenetzwerkes in der Region Hamburg / Harburg mit zusätzlicher überregionaler Verankerung und beteiligt sich aktiv an der Förderung der institutionsübergreifenden Zusammenarbeit. Zusammen mit derzeit 10 Suchtberatungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft bietet sie für Betroffene in Niedersachsen und Hamburg die Kombi-Nord-Therapie im regionalen Verbund an.

Die Klinik sieht es sowohl in diesen Therapieverbünden wie in der Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen und Kliniken als ihre Aufgabe an, Aufnahme und Entlassung der Rehabilitand*innen optimal mit den Kooperationspartnern zu koordinieren und zu begleiten. Fachlichem Austausch und konstruktiver Kritik stehen wir stets positiv und offen gegenüber.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1 Allgemeine Indikation zur medizinischen Rehabilitation

Der sozialrechtliche Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherung im Hinblick auf die medizinische Rehabilitation zielt auf:

„die Wiederherstellung, den Erhalt oder die wesentliche Besserung der Gesundheit sowie Leistungs- und Erwerbsfähigkeit der Betroffenen,

eine Vermeidung bleibender sozialer und arbeitsbezogener Funktionseinschränkungen sowie eine Verschlimmerung oder Chronifizierung der Erkrankung,

die Befähigung der Betroffenen zum adäquaten, aktiven und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung sowie

den Erhalt der „Teilhabe“ der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Berufsleben trotz möglicher Einschränkungen.“ (DRV Bund, 2015, S. 6).

4.2.2 Indikation zur stationären medizinischen Rehabilitation

Bei der Durchführung der medizinischen Rehabilitation soll die Behandlungsdichte der Schwere der Erkrankung Rechnung tragen. Anhaltspunkte für die Indikation einer stationären Durchführung der Rehabilitation ergeben sich aus der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 (DRV Bund, 2013, S.12)

Danach kommt eine stationäre Rehabilitation insbesondere dann in Betracht, wenn

- schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet bestehen, die eine erfolgreiche ambulante Rehabilitation in Frage stellen.
- die Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) erforderlich ist, um den Rehabilitationserfolg zu sichern.
- das soziale Umfeld des/der Abhängigkeitskranken keine unterstützende Funktion hat.
- der/die Abhängigkeitskranke beruflich nicht integriert ist und infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung bedarf, die ambulant nicht erbracht werden können.
- eine stabile Wohnsituation nicht vorhanden ist.
- es erkennbar ist, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans in Bezug auf die Anforderungen einer ambulanten Entwöhnung nicht ausreichend vorhanden ist.

- der/die Abhängigkeitskranke nicht bereit oder nicht in der Lage ist, während der ambulanten Entwöhnung abstinenter zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
- ein langer oder intensiver Suchtverlauf insbesondere vor dem Hintergrund der vorgenannten Kriterien eine Indikation für eine stationäre Entwöhnung darstellt.

4.2.3 Indikation für die Aufnahme im Fachkrankenhaus Hansenbarg

Die Indikationen für eine Entwöhnungsbehandlung im Fachkrankenhaus Hansenbarg für volljährige Männer und Frauen sind:

- Alkoholabhängigkeit (ICD 10 - F10.2)
- Medikamentenabhängigkeit (ICD 10 - F11.2, F13.2)
- Abhängigkeit von illegalen Substanzen (ICD 10 - F12.2, F14.2, F15.2, F16.2, F18.2), überwiegend in Form der oben beschriebenen Lifestyledrogenabhängigkeit
- Multipler Substanzgebrauch (ICD 10 - F19.2), vor allem kombinierte Abhängigkeit von Alkohol und Lifestyledrogen

In den letzten Jahren hat sich in der Bevölkerung das Konsummuster generell vom (Mono-)Konsum einer Substanz hin zum Mischkonsum verändert. Somit liegt auch bei vielen unserer Rehabilitand*innen eine Mehrfachabhängigkeit vor. Rehabilitand*innen mit aktuellem, intravenösem Konsum von Opiaten, aktuell Substituierte oder Konsument*innen von Crack werden nicht aufgenommen. Die Behandlung von Opiatmittelabhängigen im Zusammenhang mit chronischen Schmerzsyndromen wird einzelfallbezogen vor Aufnahme chefärztlich exploriert, abgewogen und entschieden. Bei fast 90% unserer Rehabilitand*innen besteht zusätzlich eine Nikotinabhängigkeit (F17.2) mit gesundheits- und teilweise auch erwerbsgefährdenden Auswirkungen.

Für die Aufnahme der Rehabilitation ist ein nüchternes Erscheinen zum Behandlungsbeginn erforderlich. Dafür ist ein vorausgegangener, möglichst stabiler Kontakt zu einer Suchtberatungsstelle, in der der Sozialbericht erstellt wird, die Absolvierung einer (qualifizierten) Entgiftung bzw. die Nahtlosverlegung aus einer Akutklinik erwünscht.

Trotzdem schafft es ein kleiner Teil unserer Therapiebewerber*innen nicht, suchtmittelfrei zur Aufnahme zu erscheinen. Restalkoholbefunde am Aufnahmetag sind keine Kontraindikation für die Behandlung. Allerdings wird in medizinisch notwendigen Fällen der Rehabilitationsbeginn verschoben und ein körperlicher Entzug in den Akutkrankenhäusern in Buchholz oder Winsen oder in der psychiatrischen Klinik Lüneburg vorgeschaltet.

Neben den suchtmittelspezifischen Diagnosen besteht bei mehr als der Hälfte unserer Rehabilitand*innen eine komorbide, psychische Erkrankung.

Diese beinhalten hauptsächlich:

- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (F1x.5)
- Depressive Störungen (F32.x, F33.x, F34.x)
- Angst-, seltener Zwangsstörungen (F40.x, F41.x, F42.x)
- Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43.x)
- Somatoforme Störungen (F45.x)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x)
- Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter (F90.x)

4.2.4 Kontraindikationen

Kontraindikationen für eine Rehabilitationsbehandlung im Fachkrankenhaus Hansenborg sind akute Suizidalität, akutes psychotisches Geschehen, ausgeprägte hirnorganische Störungen (z. B. Korsakow-Syndrom) sowie ansteckende Krankheiten, die eine Gefährdung von Mitrehabilitand*innen (z. B. MRSA) darstellen. Tägliche psychiatrische Konsile im Haus erlauben es, auch Rehabilitand*innen mit psychotischen Störungen in Remission zu behandeln, wenn deren psychische Belastbarkeit unter gruppentherapeutischen Behandlungsbedingungen vorab geklärt ist.

Die Einrichtung ist barrierearm, insofern können Menschen mit körperlichen Behinderungen aufgenommen werden, die ihren Alltag mit entsprechenden Hilfsmitteln (z. B. Gehhilfen, Rollatoren etc.) selbstständig bewältigen können. Permanent gehunfähige, schwer übergewichtige (> 130 kg) oder bettlägerige Rehabilitand*innen können aber aufgrund der Weitläufigkeit von Wegen und Gebäuden nicht aufgenommen werden.

Voraussetzung für die Behandlung ist in jedem Fall die regelhaft durch Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und eine ausreichend günstige Rehaprognose des/der Patient*in. Zur Teilnahme an der Rehabilitation ist daher ein Mindestmaß an Orientierung (räumlich, zeitlich, inhaltlich u. situativ), an Verbalisationsfähigkeit (Deutschkenntnisse), an Interaktionsfähigkeit (Impulskontrolle, Einhaltung von Gruppenregeln) und Introspektionsfähigkeit erforderlich. Wenn sich im Behandlungsverlauf begründete Zweifel an der Rehafähigkeit ergeben, wird der/die Rehabilitand*in in angemessenere Behandlungsangebote verlegt. Verbale oder physische Aggression (Androhung von Gewalt oder Tötlichkeit) gegenüber Mitrehabilitand*innen oder Mitarbeiter*innen werden als therapiegefährdende Verhaltensweisen betrachtet und führen ggf. zur Entlassung.

4.3 Rehabilitationsziele

Die allgemeinen Ziele der medizinischen Rehabilitation (s.o.) bilden den Hintergrund für die individuellen Reha-Ziele der Rehabilitand*innen. Laut den aktuellen S3-Leitlinien ist das Ziel der Postakutbehandlung dauerhafte Abstinenz bzw. die Reduktion von Rückfallhäufigkeit, -dauer und -schwere (AMWF, 2021). Darüber hinaus sollen körperliche und seelische Störungen weitgehend behoben oder ausgeglichen und die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft erhalten bzw. erreicht werden (DRV, 2013).

Die Ziele sollen möglichst spezifisch, messbar, akzeptabel und realistisch sein. Durch den Einbezug des Rehabilitanden in die Zielplanung werden Eigenverantwortung und Motivation gefördert. Aufgrund der komplexen und weitreichenden Problemlagen unserer Klientel muss in der Regel eine Einschränkung auf die drängendsten und gleichzeitig erreichbar erscheinenden Ziele vorgenommen werden.

Angelehnt an die ICF-Struktur lassen sich folgende häufigen Ziele beispielhaft benennen:

Körperstrukturen und -funktionen

Medizinisch:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Reduktion von Risikofaktoren/-verhalten
- Linderung spezifischer somatischer Komorbiditäten
- Optimierung der Medikation
- Diagnostische Abklärung des somatischen Zustandsbildes

Psychotherapeutisch:

- Entwicklung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Aufbau/Stabilisierung der Behandlungsmotivation
- Psychische Stabilisierung insb. bei komorbiden Erkrankungen
- Vermittlung von Informationen zu psychotropen Substanzen
- Identifikation der innerpsychischen Suchtmittelfunktion
- Vermittlung eines Erklärungsmodells für Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik
- Förderung der Abhängigkeitsakzeptanz
- Förderung der Abstinenzentscheidung
- Identifikation von Rückfallrisikosituationen
- Aufbau und Anwendung von alternativen Bewältigungsstrategien inkl. Ablehnungstraining
- Verbesserung der Emotionsregulation (bes. in Rückfallrisikosituationen)
- Vermittlung von Akzeptanz für unabänderliche Lebensumstände/-erfahrungen
- Förderung von Achtsamkeit
- Erwerb eines bedürfnisorientierten Lebensstils und Ressourcenaktivierung
- Vermittlung von Informationen zu komorbiden Erkrankungen und Weiterbehandlungsmöglichkeiten

Aktivitäten und Teilhabe:

- Verbesserung von Problemen im interpersonellen Bereich im sozialen Umfeld und Beruf (z. B. Frustrationstoleranz, Abgrenzungs- und Konfliktfähigkeit, Selbstsicherheit)
- Förderung von Wahrnehmung und Ausdruck von persönlichen Bedürfnissen
- Verbesserung der Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung
- Verbesserung von Problemlösefähigkeiten
- Erhalt und Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens (z. B. durch interne und externe Praktika zur Belastungserprobung)
- Klärung belastender Faktoren am Arbeitsplatz
- Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes durch Unterstützung beim Wiedereinstieg in den Beruf (z. B. bei der Gestaltung eines leidensgerechten Arbeitsplatzes im Rahmen von Arbeitgebergesprächen)
- Erweiterung berufsbezogener Kompetenzen und Verbesserung der Vermittlungschancen am Arbeitsmarkt (Stellenrecherche und Erstellung von Bewerbungsunterlagen)
- Erarbeitung realistischer, beruflicher Zukunftsperspektiven und Informationen über Unterstützungsangebote (Jobcenter, DRV, BTZ etc.)
- Verbesserung der Alltagsbewältigung (Unterstützung bei der Klärung von finanziellen und Wohnungsproblemen)
- Klärung häuslicher Belastungen sowie Erhalt von Informationen über und Initiierung von Unterstützungsangeboten
- Motivation zum Besuch von Selbsthilfegruppen und zur Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten

Die aufgeführten Ziele sind exemplarisch und werden nach der individuellen Situation erweitert und angepasst.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt für Erstbewilligungen durch die Rentenversicherungsträger 13 + 2 Wochen bei den Diagnosen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. Das bedeutet, dass von

einer Regelbehandlung von 13 Wochen ausgegangen wird, diese bei Bedarf aber ohne neuerlichen Antrag seitens des Leistungserbringers um weitere zwei Wochen verlängert werden kann. Daneben kommen Rehabilitand*innen auch zu Auffang- oder Festigungsbehandlungen mit individuellen Bewilligungen zwischen 6 bis 10 Wochen.

Krankenkassen, die als Leistungsträger zuständig sind, wenn die berufliche Teilhabe nicht im Vordergrund steht (bei 10% unserer Rehabilitand*innen im Jahr 2024), bewilligen in der Regel zunächst 6-8 Wochen, ermöglichen auf Antrag aber meist eine Verlängerung der Behandlungsdauer.

Die durchschnittliche Verweildauer der regulär entlassenen Rehabilitand*innen lag im Jahr 2024 bei 90,5 Tagen (94,8 Tage bei regulärer Entlassung, 26,6 Tage bei vorzeitiger Entlassung).

Die Bewilligungszeiten werden allerdings nicht starr umgesetzt, sondern in einer inhaltlich sinnvollen Individualisierung und Flexibilisierung (Lubenow 2001; Müller-Fahrnow 2002) dem individuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Rehabilitanden angepasst. Hierfür haben die Rentenversicherungen uns eine eigenständige Verlängerungs- oder Verkürzungsoption für ihre Versicherten eingeräumt (Budgethoheit), sofern die individuellen Verlängerungen und Verkürzungen in Summe die Gesamtbewilligungszeit ihrer Versicherten am Ende des Kalenderjahres nicht überschreiten.

Als weiteren Bestandteil einer individualisierten, einrichtungsübergreifenden sowie bedarfs- und zielorientierten Behandlung führt das Fachkrankenhaus Hansenbarg auf der Grundlage des Gemeinsamen Rahmenkonzeptes der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (DRV, 2017) den stationären Teil der Kombi-Nord-Maßnahmen für Versicherte Deutsche Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover, Nord und Oldenburg-Bremen durch. Mit diesem Behandlungsangebot tragen die Rentenversicherungen und die Fachklinik dem Umstand Rechnung, dass signifikante Beeinträchtigungen mehrerer kognitiver Funktionen während des ersten Jahres der Alkoholabstinenz anhalten (Stavro et al. 2013) und die Verankerung neuer, zumeist fremder Bewältigungsstrategien erschweren. Lt. Grawe (2004) sind durchschnittlich neun bis zwölf Monate notwendig, um das neuronale Belohnungssystem in einen Zustand zurückzuführen, in dem angemessene Wahrnehmungen und Handlungsplanungen möglich sind. Diesem Befund entsprechend beträgt der Behandlungs- und Bewilligungsrahmen der Kombi-Nord-Behandlung 52 Wochen, wovon (zumeist initial) für Alkohol- und Medikamentenabhängige zwischen 8 und 13 Wochen im stationären Teil vorgesehen sind. Die stationäre Phase dient primär der Distanzierung von konsumfördernden Belastungen, Problemen und Konflikten und soll vor allem dazu genutzt werden, das Problemverständnis und Bewältigungsstrategien aufzubauen. In den sich daran anschließenden ambulanten Rehabilitationsanteilen werden die sozialen und familiären Ressourcen mit einbezogen (Wohnortnähe, Regionalität), wobei die Wohn- und Arbeitsumgebung als Übungsumfeld dient. Durch dieses einrichtungsübergreifende Behandlungssetting wollen die beteiligten Institutionen eine handlungsorientierte Therapie für die Rehabilitand*innen ermöglichen, in der Strategien zur rückfallfreien Alltagsbewältigung durch das Üben am Wohnort gefördert und bearbeitet werden können (vgl. DRV, 2017).

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Rehabilitationsplanung beginnt vor Aufnahme der Rehabilitand*innen mit der Sichtung der zur Verfügung gestellten Unterlagen durch den Chefarzt, um mögliche Kontraindikationen zu prüfen und eine Grobplanung im Hinblick auf komorbide Störungen oder eine sich schon abzeichnende Bezugsgruppenzuweisung zu erstellen.

Nach erfolgter ärztlicher Aufnahme erfolgt die Zuweisung einer jeweiligen Bezugsperson für die

zentralen Bereiche Medizin, Psychotherapie und Ergo-/Arbeitstherapie, die über die gesamte Behandlungszeit konstant bleibt, d. h. alle Rehabilitand*innen haben ihren Bezugsarzt, ihren Bezugstherapeuten, der jeweils Einzeltherapeut und im Regelfall auch Gruppentherapeut ist sowie ihren Bezugsergotherapeuten.

Alle Bezugsmitarbeiter erarbeiten während der zweiwöchigen Orientierungsphase in der Aufnahmegruppe die jeweiligen individuellen Therapieziele mit entsprechenden Maßnahmeplänen. Neben der Überprüfung der Gesamtausrichtung des therapeutischen Prozesses im Rahmen der ersten Chefarztvisite (etwa nach einer Woche) findet dreimal während der Rehabilitation die individuelle multidisziplinäre Therapieverlaufsüberprüfung statt, die bei uns Aufnahme-Verlaufs-Besprechung (AVB) genannt wird. Hierzu treffen sich die jeweiligen Bezugsmitarbeiter unter zusätzlicher Beteiligung der Sport- /Physiotherapeuten unter Supervision einer Leitungsperson (Chefarzt, Leitender Therapeut oder Oberarzt) zum Abgleich der Zielsetzungen und Maßnahmen. Schwerpunkt sind in der AVB1 (nach 2 Wochen) die Klärung offener diagnostischer oder anamnestischer Fragen, in der AVB2 (nach 5 Wochen) die Planung der beruflichen Wiedereingliederung, Klärung der familiären und Wohnperspektive und in der AVB3 (nach 10 Wochen) die abschließende sozialmedizinische Beurteilung in der multiprofessionellen Gesamtschau.

Die konkrete Umsetzung der Therapieplanung in den Wochenplan erfolgt innerhalb des Patfak-Therapieplanungsmoduls durch die zuständigen Einzeltherapeut*innen. Falls aus Rehabilitand*innen- oder Therapeut*innensicht Plananpassungen sinnvoll oder sogar notwendig erscheinen, können diese kurzfristig nach Rücksprache im Gesamtteam von den Einzeltherapeut*innen veranlasst werden.

Bei allen Planungsschritten werden die Rehabilitand*innen, entweder im direkten Kontakt oder durch die ausführliche Vor- und Nachbesprechung partnerschaftlich in die Therapieplanung mit einbezogen. Zudem steht es ihnen immer frei, die offene Chefarztsprechstunde u. a. für die Klärung solcher Planungsfragen zu nutzen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Wir behandeln Rehabilitand*innen im Fachkrankenhaus Hansenborg ausschließlich stationär. Die rehabilitationsspezifische Eingangsdiagnostik identifiziert bei den Rehabilitand*innen über die Probleme ihrer Abhängigkeitserkrankung hinaus Risiken für die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit bzw. der erfolgreichen beruflichen Wiedereingliederung, wie z. B. zugrunde liegende gravierende somatische und/oder psychische Erkrankungen, unbewusste Konfliktkonstellationen, eine ungünstige Krankheitsverarbeitung, einen Berentungswunsch oder auch bereits vor der Erkrankung bzw. unabhängig von ihr bestehende Probleme am Arbeitsplatz. Schließlich muss auch eine Verknüpfung der Leistungen der medizinischen Rehabilitation mit den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die Rehabilitand*innen berücksichtigt werden, wenn individuelle Kompensationsmöglichkeiten ausgeschöpft sind und eine Anpassung des Arbeitsplatzes oder andere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben für die berufliche Wiedereingliederung erforderlich sind (§ 11 Abs. 2 SGB IX).

Die Rehabilitationsdiagnostik in der Aufnahmephase, im Verlauf und am Ende der Rehabilitation besteht bei Rehabilitand*innen mit Abhängigkeitserkrankungen darin, ihre Einschränkungen und Ressourcen auf den verschiedenen ICF-Ebenen, d. h. Schädigungen/Funktionsstörungen, Fähigkeits- und Aktivitätsstörungen und Beeinträchtigungen der Partizipation, zu beschreiben, die Kontextfaktoren und die Wechselbeziehungen zwischen den Ebenen zu analysieren und diese Informationen für eine individuelle Rehabilitationsplanung zu nutzen. Zeitnahe diagnostische Befunde, die vor der Rehabilitation erhoben wurden, werden dabei mit einbezogen. Die Rehabilitationsdiagnostik erfolgt kontinuierlich über den gesamten Therapieverlauf z. B. durch

Überprüfungen der Hypothesen in den Teambesprechungen, ärztliche und sozialarbeiterische Sprechstunden und ärztliche Visiten sowie durch die Aufnahme-Verlauf-Besprechungen (AVB).

Die Diagnostik in unserer Klinik umfasst obligatorisch:

- Die eingehende somatische Untersuchung inklusive relevanter Laborparameter bei der Aufnahme, Entlassung und je nach Indikation als Zwischenuntersuchung
- Die medizinische, soziale, biographische und Suchtanamnese
- Die Arbeits- und Berufsanamnese
- Die Erhebung der psychischen und somatischen Symptome und der psychosozialen Belastungsfaktoren
- Die testpsychologische Diagnostik
- Den psychopathologischen Befund
- Die psychodynamische Diagnostik
- Die Erfassung besonderer Beruflicher Problemlagen (BBPL) mittels MELBA und dem Würzburger Screening

Im Rahmen unseres Therapiekonzeptes kommt der Psychodynamik und Symptomanalyse ein besonderer Stellenwert für die konkrete Therapieplanung zu. Die psychologische Diagnostik bezieht sich auf Persönlichkeits- und Leistungsaspekte, auf beziehungsspezifische Konflikte, Konflikte in Arbeit und Beruf, auf die Suchtentwicklung, die Bereiche Depression, Angst, Schmerz und somatoforme Störungen und auf Krankheitsbewältigung. Ein weiterer diagnostischer Bereich umfasst die Erhebung und Bewertung von Aspekten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, der salutogenen Faktoren und der sozialen Integration. Weiterhin ermöglichen computergestützte psychodiagnostische Auswertungen von eingesetzten Fragebogenverfahren die Therapeut*innen, Ergebnisse zeitnahe zu Beginn der Behandlung und intermediär in den Therapieprozess mit einzubeziehen.

Zu den Besonderheiten unseres arbeitsbezogenen Rehabilitationsprogramms verweisen wir auf unser ausführliches BORA Konzept.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Nach Eingang eines Sozialberichts und eines ärztlichen Befundberichts o. Ä. werden die Rehabilitand*innendaten elektronisch erfasst und dem Chefarzt zur Entscheidung über die Aufnahme vorgelegt. Bei Unklarheiten im Hinblick auf die Indikation der Behandlung (s. Kontraindikationen) nimmt der Chefarzt Kontakt zum künftigen Rehabilitanden oder der zuständigen Beratungsstelle auf, um diese abzuklären. Nach der Aufnahmeentscheidung wird der Rehabilitand über die grundsätzliche Aufnahme informiert, auf eine Planungsliste gesetzt und nach Eingang der Kostenzusage des Kostenträgers zwei Wochen vor dem konkreten Aufnahmetermin angeschrieben. In dem Einladungsschreiben wird über wichtige Aspekte der Behandlung sowie mitzubringende Materialien informiert. Bei Bedarf kann für den Aufnahmetag die Abholung durch den klinikeigenen Shuttle von einem der nahegelegenen Bahnhöfe vereinbart werden.

Zur Begleitung durch den Aufnahmetag wird jedem neu aufzunehmenden Rehabilitand*in ein/e Rehabilitand*in aus der künftigen Therapiegruppe an die Seite gestellt. Diese/r begleitet die Neuaufnahme durch die verschiedenen Abteilungen des Hauses. Da ein kleiner Prozentsatz unserer Neuaufnahmen es nicht schafft, vollständig suchtmittelabstinent zur Aufnahme zu erscheinen, wird vor der verwaltungsmäßigen Aufnahme nach einer Suchtmittelkontrolle entschieden, ob –

wegen möglicher Entzugskomplikationen - eine Entgiftung in einem Akutkrankenhaus vorgeschaltet wird oder die zu erwartende Entzugssymptomatik hausintern handhabbar ist.

Seit 2017 kommt ein Teil unserer Neuaufnahmen - in Ermangelung auch kurzfristiger Abstinenzfähigkeit - als **Nahtlosverlegung** aus den Entgiftungsabteilungen der umliegenden Akutkrankenhäuser (DRV, 2017). Nach dem ärztlichen Einverständnis wird der Rehabilitand dann in der Verwaltung aufgenommen. Es erfolgt die ärztliche Aufnahmeuntersuchung sowie die Einweisung in die praktischen Abläufe des Hauses (Zimmerbezug, Vorstellung in der Küche, Aushändigung des vorläufigen Rehaplans etc.). Am zweiten Behandlungstag findet das Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten statt, in dem auch Unterlagen zur Anamnese und Basisdokumentation ausgehändigt werden. Zur Klärung sozialrechtlicher Problemlagen stellt sich unsere Sozialarbeiterin in der ersten Behandlungswoche in einer Informationsveranstaltung vor und weist auf ihre Sprechzeiten hin.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Einen Schwerpunkt der Aufnahmephase bildet neben der somatischen und sozialen/erwerbsbezogenen die umfassende Diagnostik der psychischen Situation des Rehabilitanden. Sie dient dem Beziehungsaufbau von Rehabilitand*in und Behandler*in sowie der Problemdefinition für die Behandlung. Sie ist zur Individualisierung der Behandlung unabdingbar (Lindenmeyer, 2000). Am Ende der Behandlung unterstützt sie im Sinne eines Prä-/Postvergleichs eine resümierende Bewertung der Therapieerfolge in unterschiedlichen Facetten.

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik muss zwischen der diagnostischen Abklärung der Abhängigkeitserkrankungen ("Suchtdiagnostik"), eventueller komorbider psychischer Störungen (primär, sekundär oder nebeneinander bestehend), der Diagnostik der kognitiven Leistungsfähigkeit, insbesondere im Hinblick auf neuropsychologische Beeinträchtigungen (Scheurich, 2009) und der Einschätzung seelischer Funktionsstörungen unterschieden werden. Letztere werden in unserem BORA-Konzept aus dem Jahr 2017 im Detail beschrieben.

Für die psychologische Diagnostik füllen alle Rehabilitand*innen zu Beginn und am Ende der Behandlung ein Set von Selbstbeurteilungsbögen aus, deren Ergebnisse von den jeweiligen Bezugstherapeut*innen an die Rehabilitand*innen zurückgemeldet und besprochen werden. Abgeleitet aus den Ergebnissen werden gemeinsam Behandlungsziele und daraus abgeleitet die Teilnahme an indikativen Gruppen geplant. Zusätzlich stehen bei Bedarf weitere Testverfahren zur Verfügung, z. B. für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen, der Traumafolgestörungen, der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung im Erwachsenenalter oder den kognitiven Bereich.

Tabelle 2: Eingesetzte psychologische Testverfahren

Suchtdiagnostik	Standarddiagnostik: IDTSA (Typische Trinksituationen) DTCQA (Abstinenzzuversicht)
Erfassung psychischer Störungen bzw. psychischer Problembereiche	Standarddiagnostik: BDI (Beck-Depressions-Inventar) SCL-90-R (Symptom-Checkliste) U-FB (Unsicherheits-Fragebogen)

	SVF-120 (Stressverarbeitungs-Bogen) Bei Bedarf (Beispiele): SKID-II (Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II Störungen) HASE (Homburger ADHS Skalen für Erwachsene) IES (Impact of Event Scale) IK-PTBS (Interview zur komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung) DES II (dt. Fragebogen zu dissoziativen Symptomen (FDS))
Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit	Einsatz bei Bedarf: BENTON (Hirnorganische Beeinträchtigung) MWT-B (Intelligenztest) HAWIE-R (Intelligenztest)
Erfassung erwerbsbezogener Fähigkeiten	Standarddiagnostik: AVEM (Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster) ICF Psych A & P (Messinstrumente zur Operationalisierung ICF-basierter Funktionseinschränkungen im Kontext psychischer Störungen) MINI ICF APP (Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei seelischen Erkrankungen) SIMBO-C (s. BORA-Konzept, 2017) Würzburger Screening Bogen (s. BORA-Konzept, 2017) MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (s. BORA-Konzept, 2017))

Die klassifikatorische Diagnostik der Abhängigkeiten erfolgt durch den jeweiligen Bezugstherapeuten und Ärzten auf Grundlage des ICD-10. In unklaren oder schwer zu diagnostizierenden Fällen wird die primäre diagnostische Einschätzung gezielt in der Chefarztvisite überprüft. Bei problematischer Unterscheidung zwischen Alkoholabhängigkeit und -missbrauch wird der MALT (Feuerlein et al. 1977) durchgeführt. Zur genaueren Erfassung der typischen Trinksituationen wird bei allen Rehabilitand*innen mit Alkoholproblematik der IDTSA (Lindenmeyer, Florin 1998) eingesetzt, zur Erfassung der Abstinenzsicherheit der DTCQA (Glöckner 2001). Die weitere individuelle Abhängigkeitsproblematik wird in den Anamnesefragebögen und den Anamnesegesprächen durch die medizinische Abteilung, den Chefarzt und den Bezugstherapeuten erhoben.

Die Erfassung komorbider psychischer Störungen erfolgt auf der Symptomebene durch die bereits erwähnten Selbstbeurteilungsinstrumente - wie z. B. den BDI für depressive Symptomatik oder den U-FB und die SCL-90 für Angstsymptomatik - und durch klinische Beobachtungen. Im Verdachtsfällen erfolgt regelhaft eine vertiefende klinische Diagnostik und eine klassifikatorische Diagnostik nach ICD-10 in der Chefarzt-Visite oder in den Sprechstunden der Oberärztin (FÄ für Psychiatrie) in enger Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten. Die psychiatrische Vorgeschichte wird bereits im medizinisch-psychiatrischen Fragebogen detailliert erhoben und nachexploriert. Berücksichtigt wird dabei, dass eine psychopathologische Symptomatik ebenfalls Ausdruck eines protrahierten Entzugs sein kann und erst nach längerem Fortbestehen im abstinenter Zustand sicher diagnostiziert werden kann.

4.7.3 Medizinische Therapie

Das ärztliche Team des Fachkrankenhauses besteht aus dem Chefarzt und der Oberärztin mit fachärztlicher Kompetenz im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie einer Allgemeinärztin, einem Facharzt für Innere Medizin und einer sehr erfahrenen Assistenzärztin mit Weiterqualifizierung in chinesischer Medizin. Darüber hinaus steht eine Mitarbeiterin zur medizinischen Assistenz zur Verfügung.

Die ärztliche Präsenz ist während der üblichen Arbeitszeit montags bis freitags von 8 Uhr bis 16.30 Uhr gewährleistet. An Wochenend- und Feiertagen sowie außerhalb der Präsenzzeit ist eine ärztliche Rufbereitschaft mit oberärztlichem bzw. chefarztlichem Hintergrund organisiert.

Alle Rehabilitand*innen werden am Tag der Aufnahme ärztlich untersucht. In diesem Rahmen erfolgt die Einschätzung der akuten medizinischen Behandlungsbedürftigkeit (bspw. Entzugsbehandlung) sowie die Festlegung der medizinischen Rehabilitationsziele, einschließlich der bedarfsgerechten Verordnung von Medikamenten, Physiotherapie und Ernährungsberatung. In der Regel wird am Folgetag der Aufnahme eine Blutabnahme durchgeführt und in der Folgeweche ein EKG erstellt. Eine psychiatrische Aufnahmeuntersuchung erfolgt am zweiten Behandlungstag. Ebenfalls zu Behandlungsbeginn stellt sich jeder Rehabilitand in der chefarztlichen Visite vor.

Aus den Eingangsuntersuchungen ergeben sich bei Bedarf Folgetermine zur spezifischen Diagnostik und (medikamentösen) Therapie. Auf allgemeinärztlich-internistischer und psychiatrischer Ebene werden Sprechstunden und Behandlungstermine angeboten. Die Indikation zur konsiliarisch-fachärztlichen Behandlung bzw. zur Krankenhausverlegung wird durch die Stationsärzte erstellt und durch das Pflegepersonal organisiert. Hierfür stehen die Krankenhäuser in Buchholz in der Nordheide und in Winsen an der Luhe sowie niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen einschließlich Zahnärzte in der nahen Umgebung zur Verfügung.

Ergänzende Befunde und deren Behandlungsverlauf werden in der Patientenakte dokumentiert und, falls für die Rehabilitationsziele von Bedeutung, in die Rehabilitationsbehandlung integriert.

Zum Ende der Behandlung erfolgt ärztlicherseits die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung in Zusammenschau mit den Befunden der anderen Berufsgruppen.

Im Gesamttherapieprogramm der Klinik sind die Ärzte an den Gesundheitsschulungen und dem medizinischen Unterricht zu den Themen Nikotinabhängigkeit und alkoholassoziierte Erkrankungen beteiligt.

Im Rahmen von Übergaben und Verlaufsbesprechungen tauschen sie sich im Gesamtteam über die Behandlungsverläufe der einzelnen Rehabilitand*innen aus.

Darüber hinaus werden Akupunktur und Lichttherapie als unterstützende medizinische Maßnahmen angeboten.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Aus den unter 4.1 beschriebenen Störungskonzepten ergibt sich die Strategie, für die Behandlung der Suchtkranken im Fachkrankenhaus Hansenbarg eine große Methodenvielfalt vorzuhalten, um zentrale Bestandteile der Suchtdynamik aufzugreifen, zu aktualisieren und zu verändern. Verkürzt formuliert betrachten wir Suchtmittelabhängigkeit als Ausdruck eines dysfunktionalen Bewältigungsversuchs zur Regulation von Gefühlen, die den Betroffenen situativ und biographisch bedingt in so starke Überforderung (Stress) versetzen, dass er kurzfristig keine andere „Lösungsmöglichkeit“ sieht, als das emotionsregulierende Suchtmittel zu konsumieren. Um dieses Krankheitsgeschehen zu verstehen, aber auch abstinente Bewältigungserfahrungen zu ermöglichen, bedienen wir uns verschiedener, wissenschaftlich fundierter therapeutischer (z. B. tiefenpsychologischer, verhaltenstherapeutischer, systemischer) Methoden.

Als verbindendes Betrachtungssystem nutzen wir das Modell der „Allgemeinen Psychotherapie“ nach Grawe sowie die Thematisierung der Grundbedürfnisse, ebenfalls nach Grawe.

Als zusätzlich hilfreich erleben wir das „Motivational Interviewing“ (MI) nach Miller und Rolnick (1999), in dem alle neuen psychotherapeutischen Mitarbeiter vor Ort geschult werden. Das MI ist u. E. besonders gut geeignet, ambivalente Motivationslagen der Rehabilitand*innen in wertschätzender Haltung zu thematisieren und im Respekt für ihr Gewordensein in Veränderung in Richtung auf eine konsistentere Bedürfnisbefriedigung zu bewegen.

Für diese Veränderung halten wir eine gute, tragfähige, therapeutische Beziehung für zentral.

Bezugstherapeutensystem

Bei Aufnahme wird allen Rehabilitand*innen ein fester Bezugstherapeut zugewiesen. Durch das Bezugstherapeutensystem möchten wir zum einen Sicherheit und Orientierung vermitteln, andererseits möchten wir zwischenmenschliche Beziehung als zentralen Ort zum Erlernen von Emotionsregulation etablieren. Beziehung soll mittelfristig der Ort werden, an dem eine alternative - nicht süchtige - Form der Gefühlsregulation erfahren und entwickelt werden kann. Dazu finden die Einzelgespräche zwischen Rehabilitand*in und Bezugstherapeut*in wöchentlich mit à 50 Minuten statt.

Nach der zweiwöchigen Aufnahmephase wechseln die Rehabilitand*innen in die Bezugsgruppentherapie ihres jeweiligen Bezugstherapeuten (3 x wöchentlich, 90 Min.). Die Gruppen sind als halboffene Gruppen angelegt. Sie werden von Psychotherapeuten oder Sozialtherapeuten mit entsprechender Zusatzqualifikation geleitet. Es sind je 2 Gruppentherapeuten für die Durchführung zuständig (festes Ko-Therapeutensystem). Als wichtige Wirkfaktoren für die therapeutische Gruppenarbeit werden u. a. die Kohäsion, die gegenseitige Offenheit und Unterstützung, Vertrauen, eine kooperative Arbeitshaltung, Modelllernen sowie Rollenspiele angesehen (Fiedler 1999). Diese werden in den Gruppentherapiesitzungen entsprechend intendiert und gefördert. In der Gruppentherapie stehen folgende inhaltliche Ziele im Vordergrund:

Besseres Verständnis für die eigene Lebens- und Suchtgeschichte (Störungsmodell), Förderung der Veränderungs- und Abstinenzmotivation, Aufbau von Selbstwert und Selbstachtung, Bewusstwerdung problematischer Abwehrmechanismen, Identifikation und Bearbeitung problematischer Introjekte, Nachreifung und Korrektur dysfunktionaler Beziehungsmuster, Förderung der Wahrnehmung und Bewältigung zentraler Probleme und Konflikte, Einüben interaktioneller und emotionsregulierender Kompetenzen, Bearbeitung problematischer Systemstrukturen in Familie und Beruf, Verbesserung der Achtsamkeit und Selbstwirksamkeit, Rückfallprophylaxe und -management.

Daneben werden die Rehabilitand*innen je nach Störung und individueller Zielsetzung psychotherapeutischen Indikationsgruppe zugeordnet.

Tabelle 3: Überblick über Indikationsgruppen

	Termin		Kursform
Indikationsgruppen Komorbidität			Anmeldung / Therapeut
1. Stressbewältigung	Donnerstag	10.00 – 11.30	6 Termine á 90 Min
2. Depressionsbewältigung	Donnerstag	10.00 – 11.30	6 Termine á 90 Min
3. Umgang mit Gefühlen	Dienstag	08.00 – 09.30	4 Termine á 90 Min
4. Angstbewältigung	Dienstag	08.00 – 09.30	6 Termine á 90 Min
5. Stabilisierungstechniken	Donnerstag	08.00 – 09.30	6 Termine á 90 Min
6. Selbstsicherheitstraining	Dienstag	10.00 – 11.30	4 Termine á 90 Min
Medizinische Indikationsgruppen			Anmeldung / Therapeut
7. Bewegungsbad	Mittwoch	16.30 – 17.00	8 Termine á 30 Min
	Freitag	13.15 – 13.45	
8. Wirbelsäulengymnastik	Dienstag	10.00 – 11.00	8 Termine á 60 Min
	Donnerstag	10.00 – 11.00	
9. PMR/Progressive Muskelentspannung	Dienstag	09.00 – 09.30	4 Termine á 90 Min
10. Rückenschule	Dienstag	08.00 – 09.00	8 Termine á 60 Min
	Donnerstag	08.00 – 09.00	
11. Gedächtnis-/Konzentrationstraining	Dienstag	08.00 – 09.30	6 Termine á 90 Min
12. Ernährungs-Gruppe	Donnerstag	13.00 - 14.00	4 Termine á 90 Min
Arbeits- und freizeitbezogene Rehabilitation			Anmeldung/Therapeut
13. Arbeitssuche/ Bewerbungstraining	Mittwoch	18.45 – 20.30	6 Termine á 90 Min
14. Integrative Ergotherapie	Donnerstag	08.00 – 09.30	4 Termine á 90 Min
	Donnerstag	10.00 – 11.30	
15. Computerschulung (zertifiziert)	Montag	16.30 – 18.00	6 Termine á 90 Min (nach Schulung eigenständiges Üben möglich)
		18.45 – 20.30	

16. Konflikte/Kommunikation/ Arbeitsplatz	Donnerstag	08.00 – 09.30	4 Termine á 90 Min
17. Arbeit- und berufliche Ori- entierung	Donnerstag	10.00 – 11.30	4 Termine á 90 Min
18. Naturerleben Garten	Dienstag	10.00 -11.30	4 Termine á 90 Min
Suchtbezogene Indikationsgruppen			Anmeldung / Therapeut*in
19. Raucherentwöhnung	Dienstag	10.00 – 11.30	6 Termine á 90 Min
20. Rückfallprävention	Donnerstag	10.00 – 11.30	Offene Gruppe, 4 Termine
21. Angehörigen Seminar	Samstag	10.00 – 14.00	Jeden 2. Samstag á 180 Min

Von besonderer Bedeutung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen mit erheblichen komorbiden psychischen Störungen haben sich folgende Indikationsgruppen herausgestellt:

Stressbewältigung

Zielgruppe sind Rehabilitand*innen des FK Hansenbarg, bei denen neben der Abhängigkeitserkrankung dysfunktionaler Umgang mit Stress eine wesentliche Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Substanzkonsums und anderer psychosomatischer Beeinträchtigungen spielt. Beispiele für mögliche Zusatzdiagnosen sind (depressive) Anpassungsstörungen, Dysthymia, leichte depressive Episoden oder Persönlichkeitsakzentuierungen aus dem Formenkreis anankastisch, dependent, narzisstisch. Eher nicht geeignet sind Rehabilitand*innen, bei denen emotionale Instabilität und/oder Traumatisierungen einen wesentlichen Anteil des psychischen Geschehens ausmachen.

Hauptziele der Gruppe sind die Entwicklung eines individuellen Bedingungsmodells des eigenen Stresserlebens, die Identifikation persönlicher Ansatzpunkte und die Erarbeitung von Strategien für eine funktionalere Bewältigung. Alle Teilnehmer*innen erhalten schriftliche Begleitinformationen und Arbeitsblätter mit Aufgaben zur Bearbeitung.

Grundlage sind die Konzepte zur Stressbewältigung von A. Wagner-Link (2010), G. Kaluza (2011) und G. Zarbock et al. (2012).

Es beinhaltet folgende Bausteine:

- Am Anfang jeder Sitzung erfolgt eine kurze Einführung in das Konzept der Achtsamkeit mit Durchführung einer Achtsamkeitsübung als eine Möglichkeit der Stressreduktion
- Erarbeitung einer Stressdefinition
- Vermittlung eines Stressmodells nach dem S-O-R(-K)-Schema mit Auslösern, persönlichen Verstärkern und Folgen als zentrale Bestandteile von Stresserleben
- Informationen über den biologischen Sinn der Stressreaktion, kurzfristige und langfristige Auswirkungen auf den Organismus sowie psychosomatische Folgeerkrankungen
- Identifikation persönlicher Stresssignale und Förderung der Selbstwahrnehmung
- Einführung in Selbstbeobachtung und individuelle Stressanalyse als Voraussetzung für die Bewältigung
- Sammlung bekannter und Vorstellung zusätzlicher Strategien zur kurzfristigen und langfristigen Bewältigung, z. B. Wahrnehmungslenkung, Abreaktion, positive Selbstgespräche, (Spontan-)Entspannung, Problemlösetraining, Einstellungsänderung,

Belastungsausgleich, soziale Unterstützung

- Einüben der Strategien in der Gruppe und Betonung der Erprobung zwischen den Sitzungen
- Entwicklung eines persönlichen Planes zum veränderten Umgang mit Stress und Vorbereitung der Umsetzung im Alltag nach dem stationären Aufenthalt

Depressionsbewältigung

Zielgruppe sind Rehabilitand*innen, die neben der Abhängigkeitserkrankung an zusätzlichen affektiven Störungen (depressiven) Anpassungsstörungen, Dysthymia, depressiven Episoden oder rezidivierenden Depressionen leiden. Ziel dieses Therapieangebotes ist es, durch die Mischung von Informationsvermittlung und psychotherapeutischer Gruppenarbeit das Wissen der Betroffenen über ihre psychische Erkrankung (Depression) zu verbessern, die Akzeptanz für die depressive Erkrankung zu erhöhen (Entpathologisierung), zur Auseinandersetzung über die Behandlungsmöglichkeiten zu motivieren und erste, erfahrbare Schritte der Veränderung (Achtsamkeit und Akzeptanz) zu vermitteln. Die Gruppe basiert auf einem psychoedukativen Programm für Depressive, das an der Technischen Universität München entwickelt und erprobt wurde (Pischel-Walz, Bäuml, Kissling 2003). Weitere Grundlagen bilden die Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) von McCullough (2012) und die Akzeptanz-Commitmenttherapie (ACT) nach Hayes (s. Sonntag 2013).

Inhalte der Gruppe sind:

- Die Sammlung der individuellen Symptome der Depression
- Die Darstellung unterschiedlicher Formen der Depression
- Die Vermittlung des aktuellen Wissensstandes über die Ursachen der Depression
- Die Information über medizinische (z. B. medikamentöse) und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten
- Die Entwicklung von Möglichkeiten des persönlichen Umgangs mit Depression durch Anleitung und Einübung von Achtsamkeitsübungen und Aufbau angenehmer Aktivitäten
- Das Erkennen und die Korrektur negativer Gedanken (z. B. durch Akzeptanz) und
- Die Erstellung eines individuellen Krisenplanes bei Zuspitzung suizidaler Gedanken

Alle Teilnehmer erhalten schriftliche Begleitinformationen und Arbeitsblätter mit Aufgaben zur Bearbeitung.

Umgang mit Gefühlen

Da wir bei all unseren suchtkranken Rehabilitand*innen davon ausgehen, dass Suchtmittelkonsum zur Regulation von als unerträglich erlebten Gefühlen dient(e), ist diese indikative Gruppe für jede/n unserer Rehabilitand*innen indiziert. In Anlehnung an das Interaktive Skillstraining für Borderline-Rehabilitanden von Bohus und Wolf-Arehult (2013) werden in den vier Sitzungen dieser indikativen Gruppe ein allgemeines Modell der Emotionen vermittelt, die jeweils mit Wahrnehmungen, Gedanken, Körperreaktionen und Handlungsdrang verbunden sind. Hinzu kommen Auslöser für Emotionen und die Gefahr von emotionaler Verwundbarkeit. Es wird der Begriff der „Affektbrücke“ eingeführt und erklärt, um die Verbindung aktueller Auslöser mit biographisch geprägten Gefühls- und Verhaltensmustern zu verdeutlichen. Über die Intensität dieser biographisch geprägten Gefühle wird die unmittelbare Verbindung zu Verhaltensweisen hergestellt, die in der aktuellen Lebenssituation situationsunangemessen und hinsichtlich der eigenen, aktuellen Bedürfnisse dysfunktional sind. Neben der Differenzierung und Qualifizierung von Gefühlen wird über die Durchführung von „Gefühlsprotokollen“ eine meta-kognitive Position vermittelt, die die Diskrepanz zwischen „alten, heftigen“ Gefühlen und mittelfristig funktionalen Gefühlen zu schließen hilft. Als Voraussetzung für diese meta-kognitive Strategie und zur Vermittlung von Kontrolle werden unterschiedliche Skills zur Emotionsabschwächung wie bspw.

Entgegengesetztes Handeln oder Kontrolle der Atmung eingesetzt und erprobt. In diesem Zusammenhang wird auch die Verbindung von Hochstresszuständen, Einengung des Denkens und impulshaften Handlungen thematisiert. Es wird die Bedeutung von Frühwarnzeichen, eingeübten Skills bei Suchtmittelverlangen und die Reduktion emotionaler Verwundbarkeit durch Selbstfürsorge und die Sammlung angenehmer Gefühle angeleitet.

Alle Teilnehmer*innen erhalten schriftliche Begleitinformationen und Arbeitsblätter mit Hausaufgaben zur Bearbeitung.

Angstbewältigungsgruppe

Zielgruppe sind Rehabilitand*innen, die neben ihrer Suchtproblematik an ausgeprägten Ängsten (z. B. auch arbeitsplatzbezogene Ängste) bzw. einer manifesten Angststörung leiden. Die Ängste sollten aus den Bereichen F40 und F41 (Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie, Panikstörung, generalisierte Angststörung) stammen.

Hauptziele der Gruppe sind ein Abbau der dysfunktionalen Angstkognitionen sowie des Vermeidungsverhaltens mit der Folge einer ersten Reduktion der Angstsymptomatik.

Organisation: Es finden jeweils 6 Sitzungen im wöchentlichen Abstand im Rahmen einer geschlossenen Gruppe mit 6-10 Teilnehmern statt. Eine Sitzung dauert 90 Minuten. Alle Teilnehmer erhalten eine 36-seitige schriftliche Begleitinformation mit ausführlichen Informationen zum Thema „Angststörungen und Angstbewältigung“ und mit Aufgabenstellungen zur Bearbeitung.

Inhalte: Grundlage der Herangehensweise ist das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept zur Behandlung von Angststörungen in Anlehnung an Alsleben, Weiss, Rufer (2004). „Psychoedukation Angst- und Panikstörung“. Manual zur Leitung von Rehabilitanden- und Angehörigengruppen. Es beinhaltet folgende Bausteine:

- Beschreibung der konkreten Ängste durch die Teilnehmer sowie bisheriger Bewältigungsstrategien
- Sortieren der Ängste in die verschiedenen „Angstkategorien“, wie z. B. soziale Phobie, Agoraphobie und Erläuterung dieser Symptomatiken
- Psychoedukative Vermittlung von biologisch-medizinischen und verhaltenstheoretischen Grundlagen der Angstentstehung und Aufrechterhaltung (Störungsmodell) mit prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren (u. a. Zusammenhang von Sucht und Angst, Komorbidität)
- Erarbeiten der verschiedenen Bestandteile von Angst (Emotionen, Kognitionen, Verhalten, physiologische Reaktionen) und Erstellen von Angstprotokollen
- Gemeinsame Erarbeitung von Angstkurven, des „Teufelskreises der Angst“ sowie des Zusammenhangs von „Stress/Anspannung und Angst“
- Anleitung der kognitiven Bearbeitung der Ängste (kognitive Umstrukturierung) sowie erster Expositionsübungen
- Anleitung der Teilnehmer beim Erstellen einer Angsthierarchie sowie Vorbereitung und Auswertung konkreter kleinerer - zwischen den Sitzungen selbständig durchgeführten - Expositionsübungen auf Grundlage der individuellen Hierarchien
- Kurzes Eingehen auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten
- Erarbeiten eines Umgangs mit Rückschlägen
- Abschlussauswertung der Gruppensitzungen, Hinweise für Möglichkeiten der weiteren Angstbearbeitung (z. B. ambulante Psychotherapie, Literaturliste mit Selbsthilfebüchern, Materialien zur selbstständigen Weiterbearbeitung)

Soziales Kompetenztraining ist eine verhaltenstherapeutische Methode, die zum Erlernen und Verbessern sozialer Fähigkeiten eingesetzt wird. Es zielt darauf ab, soziale Interaktionen zu

verbessern und den Umgang mit anderen Menschen zu erleichtern.

Selbstsicherheitstraining

Das Selbstsicherheitstraining zielt darauf ab, die eigene Überzeugungs- und Durchsetzungsfähigkeit zu stärken und das Selbstbewusstsein zu fördern. Es hilft, die eigenen Ziele und Interessen klarer zu definieren und neue, sozial angemessene Strategien zur Durchsetzung zu entwickeln. Die Rehabilitand*innen lernen, sich selbst besser zu verstehen, ihre Stärken und Schwächen zu erkennen und einen positiven Umgang mit Fehlern zu entwickeln.

Ziele des Selbstsicherheitstrainings sind:

Selbstvertrauen stärken:

Durch das Erlernen von Techniken zur besseren Selbstwahrnehmung und -kenntnis können Teilnehmer ihr Selbstvertrauen stärken und sich sicherer in sozialen Situationen fühlen.

Selbstbewusstsein aufbauen:

Das Training hilft, die eigene Meinung zu bilden und zu vertreten, sowie sich selbstbewusst und sicher zu äußern.

Soziale Kompetenzen verbessern:

Teilnehmer lernen, auf die Bedürfnisse anderer einzugehen, sich respektvoll zu verhalten und sich in Konfliktsituationen angemessen zu verhalten.

Durchsetzungsfähigkeit stärken:

Das Training vermittelt Techniken, die eigene Meinung zu vertreten und sich für die eigenen Interessen einzusetzen.

Inhaltlich werden in Rahmen der Gruppeninteraktionen allgemeine Prinzipien mit der aktuellen Lebenssituation abgeglichen und erste Umsetzungen versucht, zum Teil in Form von Rollenspielen.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Die Verbesserung, der Erhalt oder die Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe unserer Rehabilitand*innen und die damit verbundenen arbeitsbezogenen Interventionen haben im Fachkrankenhaus Hansenbarg einen besonders hohen Stellenwert, der sich nicht nur in der Rehabilitand*innen bezogenen Rehabilitationsplanung und -gestaltung widerspiegelt, sondern auch in der Organisationsstruktur unserer Klinik niederschlägt. So ist der Ergotherapeutische Leiter zugleich auch Leiter der Haustechnik, um arbeitsfördernde Maßnahmen im Sinne von hausinternen Berufserprobungen unter lebensnahen Rahmenbedingungen möglichst gut planen und therapeutisch begleiten lassen zu können.

Die detaillierte Beschreibung bitten wir unserem ausführlichen BORA-Konzept zu entnehmen, dessen Kernelemente wir im Folgenden beschreiben.

Grundlegende Zielsetzung

Die arbeitsbezogene Perspektive wird während der Rehamaßnahme unter folgenden Zielsetzungen einbezogen:

- Förderung der Auseinandersetzung mit der erwerbsbezogenen Realität
- Prüfung der (aktuellen) Leistungsfähigkeit (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Belastbarkeit) und des Förderbedarfs des Rehabilitanden
- Stärkung berufsspezifischer und berufsunspezifischer Kompetenzen

- Abbau von Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben sowie von psychischen und psychomentalen Teilhabehindernissen
- Verbesserung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes
- Erarbeitung von Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration

Aus dieser umfassenden Zielsetzung geht bereits hervor, dass neben der Ergo- und Arbeitstherapie andere Berufsgruppen in die Arbeitsbezogene Rehabilitation einbezogen werden müssen, wie die Ärztliche und Physiotherapeutische Beratung und Behandlung bei somatisch bedingten Teilhabehindernissen, die Psychotherapeutische Begleitung bei psychischen und psychomentalen Teilhabehindernissen und motivationalen Problemen bei Konflikten am Arbeitsplatz oder Langzeitarbeitslosigkeit sowie der Sozialdienst bei Bedarf nach Anpassung oder Veränderung der aktuellen Arbeitssituation.

Damit diese unterschiedlichen Maßnahmen optimal ineinander greifen ist der regelmäßige fallbezogene Austausch besonders wichtig, der durch die Teilnahme der jeweiligen Bezugspersonen an den Therapiesteuerungsgesprächen (AVB 1 bis 3) gewährleistet wird.

Spezifische Arbeits- und berufsbezogene Diagnostik

In der ersten Woche der laufenden Therapiemaßnahme nimmt der neuaufgenommene Patient an einer Basisveranstaltung zur Einführung in die arbeits- und freizeitbezogene Rehabilitation teil. Hier werden aktuell aufkommende Fragen erläutert, sowie sozialmedizinisch berufsbezogene Therapieangebote und Abläufe besprochen. Der Patient hat hier die Möglichkeit, Fragen zu stellen, sich über Inhalte zu informieren, sowie an einer arbeitstherapiebezogenen Führung im Haus teilzunehmen. Die Schwerpunkte dieser verpflichtenden Veranstaltung liegen auf Vermittlung von Informationen zur allgemeinen und berufsbezogenen Stabilisierung, sowie der Wiedereingliederung ins Erwerbsleben. Erklärt werden die Begriffe Grundarbeitsfähigkeit nach MELBA, negative und positive Bedingungen und Belastungen am Arbeitsplatz, Arbeitsfähigkeiten (Arbeitsfähigkeitenkreis), und indikativ arbeits- und berufsbezogene Trainingsmaßnahmen (Interne Arbeitstrainingsplätze, Konflikt-, Angst- und Stressbewältigung am Arbeitsplatz, Auswirkungen des Alkoholkonsums auf Antriebs- und Interessenslage, LTA-Beratungsmöglichkeiten usw.). Diese einführende Veranstaltung dient auch der beobachtenden und der dokumentierenden Diagnostik.

Dabei werden folgende diagnostische Instrumente eingesetzt:

AVEM ist ein Instrument zur Erfassung arbeitsbezogener Verhaltens- und Erlebensmuster, das die gezielte Identifikation relevanter arbeitsbezogener Risikofaktoren erlaubt und wird zu Beginn des Aufenthaltes eingesetzt. Der AVEM ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen, der Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen erlaubt. Es werden dabei vier Muster mit unterschiedlichen Interventionsempfehlungen unterschieden, die die persönliche Leistungsbereitschaft modulieren sollen.

Würzburger Screening Bogen ist ein Selbstbeurteilungsverfahren und bietet zu Beginn der Rehabilitation eine Hilfestellung für eine bedarfsgerechte Behandlungsplanung im Hinblick auf berufsbezogene Maßnahmen während der medizinischen Rehabilitation.

MELBA ist ein Instrumentarium zur standardisierten Dokumentation von psychischen Grundarbeitsfähigkeiten, die als arbeitsbezogene Schlüsselqualifikationen verstanden werden. Anhand von 29 Merkmalen werden Fähigkeiten des Rehabilitanden und Anforderungen des Arbeitsplatzes mit identischen Merkmalen beschrieben.

Die Darstellung der **Arbeitsplatzanalyse** erfolgt mittels eines halbstrukturierten Interviews und beinhaltet:

- Schulbildung
- Berufsausbildung
- Arbeitsbiografie
- Aktuelle berufliche Tätigkeit (objektive und subjektive Arbeitsplatzbeschreibung)
- Körperliche sowie psychische und physische Belastungen
- Erfassung der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitszeiten (Gründe, Dauer, Bewältigungsstrategien)
- An MELBA orientierte Selbsteinschätzung der kognitiv-psychischen Leistungsfähigkeit

Weiter erfolgt in den jeweiligen Bereichen der Arbeitstherapie ein Abgleich zwischen Arbeitsplatzprofil, Selbsteinschätzung und beobachteten Arbeits- und Leistungsverhalten, der in die Verlaufs- und Abschlussdokumentation des Rehaberichtes einfließt.

Arbeits- und ergotherapeutische Angebote

Die Zuteilung zum jeweiligen Arbeitstherapeutischen Bereich erfolgt gemäß der bekannten BORA-Zielgruppeneinteilung, den ergänzenden diagnostischen Befunden und aufgrund eines Zielfindungsgespräch, das mit dem ergotherapeutischen Bezugstherapeuten erfolgt.

Folgende **Arbeitstherapieplätze mit dem Schwerpunkt Arbeitsplatztraining** werden vorgehalten:

Fahrradwerkstatt:

Arbeitstherapie in der Kleingruppe: Die Fahrradwerkstatt hat eine gute Ausstattung mit Werkzeugen für die Instandsetzung und Reparatur von Fahrrädern. Im Rahmen dieses Werkstattbereiches werden unter anderem auch Tätigkeiten zur Wartung der klinikeigenen Fahrräder durchgeführt. Besondere Anforderungen liegen bei den instrumentellen Fertigkeiten aber auch den sozialen Fertigkeiten bei der Fahrradausleihe.

Wäscherei, Nähwerkstatt:

Übertragung einfacher Aufgaben und Tätigkeiten und Beurteilung basaler Fertigkeiten, oft als Eingangsdiagnostik im AT-Bereich.

Bei Reinigung, Pflege und Ausgabe der Hauswäsche über die Wäscherei können gerade körperlich stark eingeschränkte Rehabilitand*innen in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit aber auch ihren sozialen Interaktionen beobachtet und angeleitet werden. Moderne Gerätetechnik erfordert in der Bedienung Aufmerksamkeit und Konzentration.

Die Nähwerkstatt ist an die Wäscherei angegliedert und umfasst die Ausbesserung der Wäsche und ist für körperlich stark eingeschränkte Rehabilitand*innen als Einzelarbeitsplatz konzipiert. Die therapeutische Anleitung und Begleitung sämtlicher AT-Plätze erfolgt durch den Arbeits-/ Ergotherapeuten in Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem Bezugstherapeuten.

Cafeteria:

Arbeitstherapie in der Gruppe als Dienstleistung untereinander und Kommunikations- / Kundenübungsplatz: Die Cafeteria ist kommunikativer Mittelpunkt der Klinik. Der Gemeinschaftsdienst wird im Wechsel indikativ zugewiesen. Dabei übernehmen Rehabilitand*innen auch Funktionen als sog. „Cafeteria-Verantwortliche“. Diese Rehabilitand*innen werden in ihrer Arbeit (Planung und Durchführung der Einkäufe, Kontrolle der Öffnungszeiten, Abrechnung) durch die Arbeitstherapeutin und Ergotherapeutin angeleitet und betreut. Die Rehabilitand*innen müssen sich eigenverantwortlich im Team organisieren.

Besonders ängstlich strukturierte und sozialphobische Rehabilitand*innen werden hier im Verlauf nach Stabilisierung zum Training sozialer Kompetenzen eingesetzt.

Bibliothek und Bücherwerkstatt:

Arbeitstherapie in der Gruppe (Buchwerkstatt) und als Einzelarbeitsplatz (Ausleihe):

Rehabilitandenseitig organisiert wird die Ausleihe, die Verwaltung, die Katalogisierung und Erneuerung des klinikeigenen Buchbestandes und erfordert Grundwissen in der PC-Anwendung. Die Gestaltung der Schaukästen sowie Planung und Durchführung von Sonderaktionen können weitere Bestandteile der Arbeit zur Förderung von Eigeninitiative, Verantwortung und sozialer Kompetenz sein.

Gelände und Gebäudepflege / Haustechnik:

Diese Plätze werden nur als Projektarbeit durchgeführt, um die abgeschlossenen Gruppenarbeiten, besonders die Teamfähigkeiten, zu fördern und die Rehabilitand*innen durch gemeinsame Erfolgserlebnisse in ihrer Zuversicht und Selbstwirksamkeitserwartung im Bereich Arbeit und Beruf zu stärken.

Arbeitstherapie in der Gruppe: Indikative Arbeitstherapiegruppe, bei der Fertigkeiten wie körperliche Belastbarkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen trainiert werden. Dabei soll durch eine regelmäßige Teilnahme ein Übungs- und Trainingseffekt erzielt werden. Die Angebote werden über die Haustechnik alltagsnah organisiert und supervidiert.

Bei der Forstarbeit werden neben den o.g. Fähigkeiten insbesondere Teamfähigkeit trainiert. Das Arbeiten im Freien dient ebenso wie der Gartenbereich bei affektiven Störungen und Verstimmungen insbesondere auch der Stimmungsaufhellung.

Garten und Forstgestaltung:

Jahreszeitlich wechselndes Angebot mit Anzucht und Pflege von Pflanzen, der Gestaltung der Garten und Grünflächen und der Erstellung von Floristik für den klinikeigenen Bedarf. Eine Auseinandersetzung mit dem Thema „Wachstum und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten“ wird ebenso wie die Übernahme von Verantwortung für einzelne Gartenbereiche gefördert.

Weiter werden im Einzelfall auch **externe Praktika** als Arbeitsplatztraining und Belastungserprobung ermöglicht:

Das Praktikum richtet sich an Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen. Ziel des externen beruflichen Praktikums ist es, zuvor definierte besondere berufs- und arbeitsbezogene Problemlagen zu verändern und damit zur beruflichen Wiedereingliederung beizutragen. Insbesondere für Rehabilitand*innen, die seit längerer Zeit keiner beruflichen Tätigkeiten mehr nachgehen, dient dieses externe Praktikum dazu, neue Erfahrungen im Arbeitskontext zu machen, um persönliche Ressourcen und Funktionsfähigkeit zu stärken und damit die Kompetenzen zur Bewältigung der sozialen Ausgangsbedingungen für die Zeit nach der Rehabilitation positiv zu beeinflussen. Das Praktikum umfasst 2 bis max. 3 Wochen in einem individuell ausgesuchten Arbeitsbereich in Hanstedt.

Zusätzlich werden folgende **arbeitsbezogene Indikationsgruppen** angeboten:

Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz (4 x 90 min):

Zielgruppe sind Rehabilitand*innen mit Kommunikationsstörungen, die sich in Form von Konflikten am aktuellen oder ehemaligen Arbeitsplatz und/oder in der aktuellen Situation in der Klinik äußern, die dann Hinweise auf möglicherweise ähnliche Problemkonstellationen am letzten Arbeitsplatz geben (überwiegend BORA-Zielgruppe 2). Zuweisungsgrundlage ist zudem der AVEM und die im Psych A & P eruierten Funktionsstörungen mit Auswirkung auf soziale Teilhabe.

Hauptziel ist das Aushalten von und das Erlernen eines angemessenen Umgangs mit konflikthafter Situation und angemessener Meinungsäußerung im Beruf. In der Hinführung darauf sind Übungen und das Gelernte zunächst übertragbar auf klinikbezogene und familiäre Alltagssituationen. Hierbei bietet der Klinikalltag in persönlichen Kontakten, Gruppensituationen sowie besonders im Bereich der Arbeitstherapie ein realitätsnahes Übungsfeld, quasi in vivo Erfahrung.

Arbeits- und berufliche Orientierung (4 x 90 min):

Zielgruppe sind Rehabilitand*innen, die Aufgrund erheblicher arbeitsplatzbezogener Probleme einen Stellen- oder gar Berufswechsel anstreben oder aus (sozial-)medizinischen Gründen dazu

aufgefordert sind (BORO-Zielgruppe 2), sowie Rehabilitand*innen, die aus der Arbeitslosigkeit heraus eine neue Tätigkeit anstreben (BORA-Zielgruppen 3, 4, gelegentlich 5).

Zielsetzung ist sowohl eine Perspektiverweiterung wie eine Ermutigung der Teilnehmer*innen.

Arbeitssuche/Bewerbungstraining (6 x 90 min):

Zielgruppe sind BORA-Zielgruppen 3 und 4, die Unsicherheiten oder frustrane Vorerlebnisse im Hinblick auf ihre bisherige Bewerbungsversuche aufweisen.

Zielsetzung: Während der Indikationsgruppe werden eine adäquate, individuelle Bewerbungsmappen erstellt und sinnvolle Bewerbungstaktiken erlernt.

Sozialmedizinische Beratung und Leistungsbeurteilung

Bei einem Teil der Rehabilitand*innen ist schon bei Aufnahme klar, dass sie ihre letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur in modifizierter Form ausüben können, bei anderen stellt sich dies erst während des Rehabilitationsverlaufs heraus. Dabei ist die sozialmedizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt von hoher Wichtigkeit. Um gezielt vorgehen und frühzeitig neue Perspektiven erarbeiten zu können, ist u. a. zu klären, inwieweit Teilhabebehindernisse z. B. durch Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsplatz beseitigt werden können. In vielen Fällen müssen fachfremde Ärzte zur konsiliarischen Mitbeurteilung hinzugezogen werden, z. B. bei komplexen orthopädischen Fragestellungen. Bei der Planung einer externen Arbeitserprobung können die sozialmedizinischen Problemstellungen so direkt mit einbezogen werden.

Die resultierende **Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung** ist primär ärztliche Aufgabe in Abstimmung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen. Die von der ärztlichen Leitung moderierten Fallbesprechungen integrieren hier die oft unterschiedlichen Sichtweisen und Positionen des multiprofessionellen Behandlungsteams und versuchen die komplexen Wechselwirkungen zwischen chronisch orthopädischen und seelischen Erkrankungen zu erfassen. Endgültige Aussagen über suchtmittelmedizinisch fachfremde Problematiken können in Einzelfällen oft erst der weitere Verlauf oder eine anschließende somatische Rehabilitation erbringen. In komplizierten Fällen kann dies auch erst interdisziplinär und abschließend durch Chefarzt und Oberärztin entscheidbar sein.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Körperliche Bewegung hat nachweislich große Auswirkungen auf das psychische und Allgemeinbefinden und wird in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter als Skill zur Stressbewältigung und Emotionsregulation verstanden. Darüber hinaus sind Erkrankungen des Bewegungsapparates und Schmerzen häufiger Anlass für Arbeitsunfähigkeit und Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz.

Im Fachkrankenhaus Hansenbarg hat die Physio- und Sporttherapie deshalb einen hohen Stellenwert und ist umfangreich im Therapieplan verankert.

Grundsätzlich werden alle Rehabilitand*innen zur Teilnahme am Gruppensport verpflichtet. Dieser findet mindestens zwei Mal pro Woche in der Sporthalle, aber auch im Außenbereich, u. a. in Form von Volley- oder Wasserball, Bogenschießen, Nordic Walking und Fahrradtouren statt. Ein Sportsonderprogramm, in dem auf individuelle Einschränkungen eingegangen werden kann, wird nach medizinischer oder therapeutischer Indikation verordnet. Wirbelsäulengymnastik, Rückenschule und Einzel-Krankengymnastik werden ärztlicherseits verordnet und von den vier Mitarbeiter*innen der Sport- und Physiotherapie durchgeführt.

Entspannungsverfahren werden in Form von Yoga, Achtsamkeitsübungen, Progressiver Muskelentspannung und NADA-Akupunktur angeboten.

Nach einer Einweisung in Gerätefunktion und Indikation steht den Rehabilitand*innen ein Fitnessraum, ein Fitnessparcours sowie ein Schwimmbecken zur Verfügung. Sportgeräte können auf Nachfrage zur individuellen Nutzung entliehen werden.

Ziel aller Angebote ist es, das Interesse an einer abwechslungsreichen Freizeitgestaltung zu wecken, eine entsprechende Eigeninitiative zu fördern, Selbstwirksamkeit zu erfahren und soziale Kompetenzen zu üben.

Von den Rehabilitand*innen in ihren Bezugsgruppen selbständig organisiert und von den zuständigen Gruppentherapeut*innen begleitet, finden in unregelmäßigen Abständen Ausflüge in die Umgebung, bspw. zum Wildpark Lüneburger Heide, zum Barfußpark, zum Baumwipfelpfad Heidehimmel, zum Minigolfspielen oder Kanufahrten statt. Ziel dessen ist es, das Interesse und die Teilhabe an diesen und ähnlichen öffentlichen Angeboten zu fördern und gleichzeitig die soziale Einbindung in die Gruppe und die sozialen Kompetenzen in Alltagssituationen zu stärken. Schwierigkeiten und positive Erlebnisse können im therapeutischen Gespräch reflektiert werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Zur sportlichen Betätigung im Rahmen der Freizeit stehen allen Rehabilitand*innen der Fitnessraum, die Sauna und das Bewegungsbad zur Verfügung. Im Klinikaußengelände können ein Fitnessparcours, ein Volleyballfeld, ein Bouleplatz sowie im Sommer ein Außen-Schwimmbecken genutzt werden. Der Wald auf dem Klinikgelände, aber auch die umgebende Wald- und Heidelandschaft bieten Raum zum Spazieren, Wandern oder Fahrradfahren. Leihfahrräder werden von der Klinik ebenso zur Verfügung gestellt wie Nordic-Walking- und Tischtennis-ausrüstung.

Für die Freizeitgestaltung stehen darüber hinaus zur Verfügung:

- Musikraum mit verschiedenen Instrumenten
- Billardraum
- Mehrere Fernsehräume und eine Leinwand im Speisesaal zur Präsentation wichtiger medialer und Sport-Ereignisse
- Bibliothek für die Ausleihe von Büchern und Gesellschaftsspielen
- PC-Raum (Internetcafé)
- Cafeteria
- Ein großzügiger Grillplatz
- ein Kaminzimmer

Auch die Räumlichkeiten und Materialien der Ergotherapie können nach Absprache in der Freizeit genutzt werden.

4.7.8 Sozialdienst

Zur Sicherung der materiellen, finanziellen und beruflichen Situation wird im Fachkrankenhaus Hansenbarg ein Sozialdienst mit der Vollzeitstelle einer Sozialarbeiterin (B.A.) und einer dualen Studentin der Sozialen Arbeit vorgehalten. Die beiden Kolleginnen informieren im Rahmen der Aufnahmephase alle neu aufgenommenen Rehabilitand*innen über ihr Beratungsangebot zur wirtschaftlichen Sicherung, zu beruflichen Perspektiven innerhalb bestehender

Arbeitsverhältnisse, zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Teilhabeförderung von Menschen mit Behinderung (Schwerbehindertenausweis) und zu Nachsorgemöglichkeiten in der Suchthilfe. Mit diesen Einstiegsinformationen und dem Hinweis auf ihre täglichen Sozialberatungssprechstunden ermöglichen die beiden Kolleg*innen zu Behandlungsbeginn die zügige Klärung von materiellen und finanziellen Problemen. Damit geben sie den neu aufgenommenen Rehabilitand*innen Sicherheit und Orientierung im für sie neuen Rehabilitationssetting und schaffen damit eine Voraussetzung für die Fokussierung auf die psychotherapeutischen, somatischen und arbeitsbezogenen Themen der Behandlung.

Inhaltlich geht es häufig z. B. um

- Einkommensklärung vor, während und nach der Behandlung (z. B. Übergangsgeld, Leistungsanspruch nach SGB II und XII etc.)
- Kooperation und Unterstützung der Rehabilitand*innen bei den Kontakten mit Sozialleistungsträgern, zu- und weiterbehandelnden Kooperationspartner*innen, Ämtern, Behörden, Vermieter*innen und nach Bedarf weiteren
- Berufsklärung und Wiedereingliederung in das Erwerbsleben (Informationen über Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)) sowie bei der Teilhabe am gesellschaftlichen und am Arbeitsleben
- Alltags-Strukturierung und Freizeitgestaltung (z. B. Vermittlung in ehrenamtliche Arbeit, Freizeitangebote u. a.)
- Unterstützung bei der Vermittlung von Krisenwohnungen bei Obdachlosigkeit oder betreutes Wohnen
- Unterstützung bei der Schuldenregulierung
- Beantragung und Durchsetzung weiterer sozialrechtlicher Ansprüche (z. B. Befreiung von den GEZ-Gebühren, Eigenanteil an medizinischer Behandlung, u. a.)
- Informationen über ambulante, teilstationäre oder stationäre Nachbehandlungsangebote (u. a. auch bei der Beschaffung erforderlicher Bewerbungsunterlagen)
- Auszahlungen aus dem hausinternen Sozialfond bei akuter Bedürftigkeit

Die Beratung umfasst gemeinsame Telefonate, fachliche Recherchen zum anstehenden Problem, Schriftverkehr und Bearbeitung von Anträgen. Trotz dieser Unterstützungsleistungen versteht sich der Sozialdienst als „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit dem Ziel, Rehabilitand*innen zur selbstständigen Regelung ihrer Angelegenheiten zu motivieren. Dies dient u. a. zum Abbau von sozialen Unsicherheiten und abhängigkeitsbedingtem Vermeidungsverhalten, aber auch zur Förderung von Eigenverantwortung und Selbstwirksamkeit und damit letztlich der Verstetigung persönlicher Veränderungen über die Behandlungszeit hinaus.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Im Sinne der Gesundheitsbildung finden im zweiwöchentlichen Turnus multidisziplinär verantwortete Gesundheitsschulungen zu den Themen Schlaf, Bewegung, Stress, chronischer Schmerz, Neurobiologie und Drogenabhängigkeit statt.

In der Aufnahmephase durchlaufen alle Rehabilitand*innen ein strukturiertes Programm, in dem unter anderem die Grundlagen der Abhängigkeitserkrankung, gesundheitliche Folgeschäden des Alkohol- und Nikotinkonsums sowie Prinzipien und Elemente einer gesunden Ernährung vermittelt werden.

Von Seiten der Ärzte und Therapeut*innen werden die Rehabilitand*innen zur Reflektion ihres Rauchverhaltens und zur Teilnahme an der Gruppentherapie zur Rauchentwöhnung motiviert. Diese wird gemäß standardisiertem Behandlungsmanual durchgeführt und durch das Angebot einer vorübergehenden Nikotinplastervergabe ergänzt. Das Rauchen ist in den Klinikinnenräumen verboten und im Außenbereich nur an ausgewiesenen Stellen gestattet.

Bei medizinischer Indikation (z. B. Über- oder Untergewicht, Fehl- und Mangelernährung, besonderen Kostformen bei körperlichen Erkrankungen und Unverträglichkeiten) erfolgt eine individuelle Ernährungsberatung durch die Ernährungsberaterin, einschließlich Nutzung der Lehrküche.

Die Verköstigung der Rehabilitand*innen erfolgt als Vollverpflegung über einen externen Anbieter, wobei die Speisen in der klinikeigenen Küche zubereitet und individuellen Bedürfnissen angepasst werden können. Zum Frühstück und Abendessen wird ein reichhaltiges Buffet vorgehalten. Zum Mittagessen steht eine Auswahl von drei Gerichten, darunter ein vegetarisches Gericht, zur Verfügung.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Einbeziehung von Angehörigen und engen Bezugspersonen in die stationäre Entwöhnungsbehandlung hat sich als wichtiger Faktor für den Therapieerfolg erwiesen. Die Suchterkrankung kann stets auch als eine Familiensystemkrankheit verstanden werden. D. h., durch sie ist immer auch die gesamte Familie eines Indexpatienten in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen betroffen. So kann auch die Suchterkrankung eines Familienmitglieds durch Ko-Alkoholismus der Angehörigen aufrechterhalten werden, bzw. die Entstehung der Suchterkrankung eng an bestimmte familiäre Bedingungen geknüpft sein. Aus systemischer Sicht kann allgemein formuliert werden, dass jedes Familienmitglied zu den anderen in einer wechselseitigen Abhängigkeit steht, und es dadurch im Rahmen von kreisförmig zu beschreibenden, zwischenmenschlichen Interaktionsfolgen zu schwer auflösbaren Kollusionen kommen kann. Der jeweilige Beitrag der einzelnen Familienmitglieder zur resultierenden Beziehungsstörung wird in unseren Angehörigengesprächen durch psychoanalytisch orientierte familientherapeutische Interventionen bearbeitet.

Gespräche mit den Angehörigen finden oft bereits bei der Aufnahme, im Rahmen der Wochenendbesuche und vor allem in Form der Paar- und Angehörigengespräche statt. In regelmäßigen Abständen finden zusätzlich am Wochenende mehrstündige Angehörigenseminare statt.

Des Weiteren werden die Rehabilitand*innen bei den nach den Richtlinien der jeweiligen Kostenträger durchgeführten Heimfahrten regelmäßig dazu motiviert, konfliktuöse Themen und bisherige Tabuthemen mit ihren Partnern oder Familienangehörigen anzusprechen und das zukünftige Zusammenleben bzw. den Umgang miteinander zu thematisieren.

4.7.11 Rückfallmanagement

Nach katamnestischen Studien fallen etwa 60% der Rückfälle in die Zeit des ersten halben Jahres nach einer Entwöhnungstherapie, davon die Mehrzahl im ersten Monat nach dem Therapieende. Aufgrund der spezifischen Suchtdynamik und der großen Bedeutung von Rückfällen in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist es daher sinnvoll und effektiv, sich schon während der stationären Behandlung mit der Thematik des Rückfallgeschehens auseinanderzusetzen. Zusätzlich zur wiederholten Thematisierung des Rückfallgeschehens in den Bezugstherapiegruppen geht es bei der indikativen spezifischen Rückfallprophylaxe-Gruppe themenzentriert um die spezifische Auseinandersetzung mit zentralen Fragen und Informationen zur Dynamik, Risikofaktoren und Vermeidung von Rückfällen. Zunächst werden wissenschaftlich abgesicherte Informationen über das Rückfallgeschehen in Bezug auf das Suchtmittel Alkohol vermittelt und damit vorhandene Gerüchte und Halbwahrheiten durch fundiertes Wissen ersetzt. Die Rehabilitand*innen werden immer wieder dazu veranlasst, sich mit ihren Rückfallerlebnissen und potentiell rückfallauslösenden Situationen aktiv auseinander zu setzen. Unser Vorgehen ist

angelehnt an Körkel et al. (2003) und versucht den (möglichen) Rückfall frühzeitig, offensiv und umfassend zu thematisieren und darauf vorzubereiten. Die therapeutische Vorgehensweise in der Rückfallprophylaxe ist hierbei aktiver, strukturierender und weniger abwartend als in den Bezugsgruppen. Die Auslösesituationen für potentielle Rückfälle werden unter Berücksichtigung der psychischen Trinkauslöser individuell mit den Rehabilitand*innen erarbeitet und versucht, gezielte Maßnahmen zur Rückfallvorbeugung zu entwickeln. Die Wachsamkeit der Teilnehmer für Gefühls- und Verhaltensänderungen, die zu einem Rückfall führen können, soll geschärft werden. Des Weiteren werden die Teilnehmer für Risikosituationen, in denen sie früher getrunken haben, sensibilisiert und haben die Möglichkeit, sich Alternativen zu erarbeiten. Im Sinne einer Sekundärprävention wird auch versucht, einen nie gänzlich auszuschließenden möglichen Rückfall hinsichtlich der Dauer und Schwere zu begrenzen, d. h. für den Rehabilitanden sich danach schnell mit einer Person ihres Vertrauens, z. B. aus der Selbsthilfegruppe, in Verbindung zu setzen und für diesen Fall einen „Notfallplan“ zu erarbeiten.

Im Falle eines konkreten Rückfalles während der Rehabilitation findet immer eine individuelle Entscheidung über das weitere Vorgehen statt, das notwendige Sofortmaßnahmen zur Minimierung von Selbst- oder Fremdgefährdung, Sicherung der weiteren Abstinenz, Klärung der Rehabilitationsfähigkeit und -motivation, Klärung der Rückfalldynamik, Überprüfung und Anpassung der bisherigen Therapieziele und Wiedereintritt in den regulären Rehabilitationsprozess umfasst und stets chefärztlich begleitet ist.

Für die Ausnüchterung stehen zwei Überwachungsbetten zur Verfügung. Bei Verlegungsnotwendigkeit kann die Kooperation mit umliegenden Krankenhäusern genutzt werden. Die psychotherapeutische Aufarbeitung erfolgt überwiegend in der Einzel- und Bezugsgruppentherapie.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Bereich Medizin nimmt räumlich und organisatorisch einen zentralen Platz in der Klinik ein.

Zu den expliziten und originär pflegerischen Aufgaben des Teams der Gesundheits- und Krankenpfleger*innen gehören:

- Die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen
- Das Stellen und Ausgeben von Medikamenten, incl. der Vergabe von Betäubungsmitteln und der Durchführung von subkutanen und intramuskulären Injektionen
- Das Anlegen und Wechseln von Verbänden
- Puls- und Blutdruckkontrollen sowie Erstellen von EKGs
- Die Durchführung von Blutabnahmen und Abstrichen
- Die Verwaltung der internen und externen ärztlichen Termine
- Die Umsetzung spezifischer Maßnahmen des Infektionsmanagements, bspw. bei einer Corona- oder Norovirusinfektion
- Die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit durch Atemalkohol- und Urinkontrollen
- Die pflegerische Dokumentation

Darüber hinaus bieten die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen Akupunktur an.

Implizit sind die Mitglieder des Pflgeteams in vielfacher Hinsicht erste Ansprechpartner für die Rehabilitand*innen - in der praktischen Organisation der Klinik stehen sie an der Schnittstelle des medizinischen Bereichs zu allen anderen Organisationsbereichen der Klinik.

Im Aufnahmeprozess dient das pflegerische Einzelgespräch einer ersten Einschätzung des Gesundheitszustandes und eines eventuellen Bedarfs an akuter medikamentöser (z. B. bei Entzückigkeit oder Bluthochdruck) oder Hilfsmittelversorgung (z. B. bei Einschränkung der Mobilität).

Im Behandlungsverlauf stellen die Ausgabe der verordneten Medikamente und die Blutdruckkontrollen sowie die Absprache bzgl. medizinischer Anliegen und Termine einen regelmäßigen persönlichen Kontakt zwischen Rehabilitand*innen und dem Behandlungsteam sicher. Die dabei gewonnenen Informationen und Eindrücke über den Rehabilitanden werden an die passenden Adressaten im Gesamtteam weitergegeben.

Außerhalb der regulären Arbeitszeiten, also nachts und am Wochenende, stellen die Gesundheits- und Krankenpfleger*innen die einzige personelle Besetzung der Klinik dar und stehen somit im ersten Kontakt und in der ersten Verantwortung gegenüber Anliegen der Rehabilitand*innen und der Einschätzung von Notfallsituationen.

Eine Besonderheit im Fachkrankenhaus Hansenbarg ist die Stelle einer Arztassistentin. Dieser unterstützt im Bereich Medizin u. a. bei der Dokumentation, der Bereitstellung von Vorbefunden, der Organisation externer Arzttermine, der Erstellung von EKGs und dem Management akuter medizinischer oder psychiatrischer Anforderungen.

4.7.13 Weitere Leistungen

Die Prognose einer suchtspezifischen Rehabilitation hängt in hohem Maße von der erfolgreichen Mitbehandlung der begleitenden komorbiden psychiatrischen Störungen ab. Gleichzeitig ist bekannt, dass diese Begleiterkrankungen häufig unterdiagnostiziert bleiben, insbesondere wenn mehrere Störungen gleichzeitig vorhanden sind, die sich in ihrem Symptombild überschneiden. Dies betrifft insbesondere Traumafolgestörungen wie komplexe PTBS und Borderline-Störungen auf der einen Seite und neurodivergente Störungsbilder wie ADHS auf der anderen Seite, die allesamt mit eingeschränkter affektiver Steuerungsfähigkeit bis hin zu Impulskontrollverlust, vegetativer und psychomotorischer Anspannung und Überregung und Kompetenzeinschränkungen bei der Gestaltung von Beziehungen mit entsprechender Teilhabestörung einhergehen und oft zusätzlich zu depressiven Symptomen führen. Trotz der teilweise überlappenden Beschwerden sind ganz unterschiedliche therapeutische Interventionen und andere Anpassungen des Therapiesettings erforderlich, um eine tragfähige Besserung dieser Störungsbilder zu ermöglichen.

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, jeweilige Verdachtsfälle im multiprofessionellen Team früh zu erkennen und die jeweiligen Störungsbilder durch zusätzliche Testdiagnostik zu erhärten. Dadurch ist es in den letzten 5-10 Jahren zunehmend besser gelungen, verbesserte individuelle Therapiebausteine für die betroffenen Gruppen zu entwickeln.

Behandlungsschwerpunkte bei PTBS und komplexer PTBS

Rehabilitand*innen mit PTBS sind häufig durch sich aufdrängende Rückerinnerungen (Intrusionen in Form von Flashbacks oder Alpträumen) stark belastet und dadurch wenig belastbar durch äußere Stressfaktoren. Je nach auslösenden Situationen (sogenannte Trigger) sind auch Rückzugsmöglichkeiten und Schutzräume erforderlich, um eine zu starke Reaktivierung früherer Traumata zu vermeiden (sogenannte Retraumatisierung). Diesen Schutzraum bieten wir beispielsweise in Form der Frauengruppen zur Verfügung. Stabilisierend ist auch die hohe Intensität der Einzelgespräche, die mit 50 Minuten je Woche deutlich über den Minimalvorgaben der DRV liegen.

Als spezifische Angebote halten wir zum einen die Stabilisierungsgruppe vor, in der verschiedene hilfreiche Skills-, Distanzierungs- und angepasste Entspannungstechniken vermittelt werden, die die Refähigkeit verbessern oder in Einzelfällen sogar erst herstellen. Die von fast allen Rehabilitand*innen als wohlwollend und unterstützend erlebte Gesamtatmosphäre trägt ebenfalls dazu bei.

Wir haben allerdings festgestellt, dass das frühere Dogma, bei Traumatisierten Rehabilitand*innen eine Bearbeitung des eigentlichen Traumas (Stichwort „Traumakonfrontation“) während der Entwöhnung zu vermeiden und erst nach längerer Abstinenz „stabil“ in ambulanter oder stationärer Psychotherapie anzugehen, leider die Wahrscheinlichkeit von Rückfällen fördert. Dies hat zwei wesentliche Gründe: Zum einen sind weiterbestehende Intrusionen bei ungenügender Wirksamkeit der vermittelten Stabilisierungstechniken von vorne herein mit einem massiven Rückfallrisiko behaftet. Zum anderen ist Bearbeitung der Traumata für die meisten Rehabilitand*innen erheblich angstbesetzt, was sich durch die Mitteilung der Klinik, die Betroffenen seien noch nicht stabil genug für eine sofortige Traumatherapie und die langen Wartezeiten weiter verstärkt. Statt einer positiven Wirkungserwartung wird eine negative aufgebaut, die auch die anschließende Therapie erschwert. Andere Rehabilitand*innen entscheiden sich von vorne herein dagegen, die geplante Traumatherapie auch wirklich anzutreten.

Daher bieten wir ab etwa Mitte des Aufenthaltes, wenn lebensgeschichtliche Themen meist mehr im Fokus stehen, in geeigneten Fällen eine inhaltliche Bearbeitung der im Alltag belastenden (also aktuell im Vordergrund stehenden) Traumata an. Dabei wird eine begrenzte Bearbeitung geplant und vorbesprochen und Wert auf ein hohes Maß der Selbstkontrolle der Betroffenen gelegt (die beispielsweise die angebotene Traumatherapie jederzeit ablehnen, begrenzen oder verschieben können). Es werden auch, je nachdem welche Form der Beeinträchtigungen im Alltag im Vordergrund stehen, zwei verschiedene Traumatherapiemethoden angeboten.

Wenn die emotionale Überflutung durch Intrusionen im Vordergrund steht, wird eher Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) angeboten, was als partielle Erinnerungslöschung erlebt wird, in anderen Fällen geht es mehr um die kognitive Neubewertung des Traumas, bei der sich die Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT) mit stärkeren verhaltenstherapeutischen Anteilen anbietet. In beiden Verfahren sind mehrere Therapeut*innen ausgebildet. Unsere Erfahrung zeigt, dass auch wenige Sitzungen meist zu einer partiellen Entlastung führen, die die Abstinenzzuversicht und auch das Vertrauen, ein spätere umfassende Traumatherapie für sich nutzen zu können, erheblich verstärken und den therapeutischen Prozess für die Betroffenen deutlich abzurunden vermag.

Behandlungsschwerpunkt ADHS

Bei der Behandlung von Rehabilitand*innen mit ADHS spielen psychoedukative Ansätze und bei stärkerer Symptomatik eine mögliche medikamentöse Therapie eine besondere Rolle.

Schon die Diagnostik, die mittels strukturierten Interviews und Fragebögen erfolgt, wird von vielen Rehabilitand*innen als entlastend und befreiend erlebt, da viele ihrer Alltagsprobleme plötzlich verstehbar werden und nicht mehr als schuldhaft oder primär defizitär erlebt werden. Dies wird in der **Infogruppe ADHS vertieft**, in der die vielseitige Symptomatik beleuchtet, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und komorbide Störungen, insbesondere Abhängigkeitserkrankungen, erklärt und Implikationen für den Alltag und die Arbeitswelt erörtert werden. Von vereinfacht dargestellten neuronalen Strukturen und Neurotransmitterstrukturen, zu gesellschaftlichen Hintergründen der Diagnostik und Schwierigkeiten z. B. bei Frauen oder „weniger auffälligeren“ Ausprägungen beschäftigt sich die Gruppe mit den Beeinträchtigungen aber auch den Stärken von Neurodivergenz. Durch einfache Anpassungen der Aufgaben im Alltag und bei der Arbeit kann Unmöglich-Erscheinendes machbar werden. Basierend auf dem Grundverständnis und der Akzeptanz von neuronalen Andersartigkeiten, die einer Anpassung bedürfen, wirkt die Gruppe auf mehreren Ebenen. Dies sind die inhaltlichen Schwerpunkte der Infogruppe:

- Das gemeinsame Menschsein und Erleben anderer Betroffener wird erleichternd erlebt („ich bin nicht allein damit“) und reduziert Schamempfinden für Schwierigkeiten und Symptome.

- Betroffene begreifen die Hintergründe des zumeist zuvor willkürlich erscheinenden Versagens oder das Bestehen von Herausforderungen und erkennen eigene Kompetenzen in der Aufgabenbewältigung und die Beeinträchtigung durch Exekutive Dysfunktionen. Dies ermöglicht das Trennen des Selbstwertes von Erfolgs- oder Misserfolgserleben und die Attribution von Ergebnissen auf weitere Faktoren, wodurch zukünftig die Situationskontrolle gestärkt werden kann und dadurch Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglicht wird.
- Betroffene können Selbstmitgefühl erleben, wenn die Schwierigkeiten in der Vergangenheit (insb. Kindheit und Schule) und entstandene Glaubenssätze („ich bin unfähig“ / „ich bin ein Versager“) betrachtet werden. Dies vermehrt sich durch die Berichte der Mitpatient*innen und anschließender Übertragung auf sich selbst.
- Es werden Umsetzungsmöglichkeiten besprochen und den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt, damit die Integration bereits während der stationären Behandlung eingeübt werden kann.
- Die Wirkweise von Medikamenten wird erläutert und Fragen und Unsicherheiten geklärt.
- Der Zusammenhang von Neurodivergenz und Suchtrisiken, sowie Rückfallgefahr wird beleuchtet und in den Fokus gestellt. Konsumsituationen werden kurz betrachtet und mögliche auslösende Faktoren benannt.

Wenn die berufliche Teilhabe durch die AHDS-Erkrankung gefährdet ist, kann auch in enger Absprache zwischen Psychotherapeuten und den psychiatrischen Fachärzten eine medikamentöse Behandlung geprüft und schon während der Rehabilitation eingeführt werden. Dies erweist sich für viele Rehabilitand*innen als wertvolle Hilfe.

Behandlung von Menschen ohne festen Wohnsitz

Durch unsere fachliche Einbindung in der Alida Schmidt-Stiftung und die enge Zusammenarbeit mit den mit den Vorsorgeeinrichtungen des STZ Osterberg (bei Buchholz) und der TGJ gilt unser Augenmerk unter anderen der Reintegration von Wohnungslosen, die überzufällig oft von Suchterkrankungen betroffen sind. Die üblicherweise sehr ungünstige Rehabilitationsprognose und die Rehafähigkeit wird durch die vorgeschaltete Vorsorge erheblich verbessert, so dass wir auch bei diesen meist erheblich vorgeschädigten Rehabilitand*innen gute Haltequoten und niedrige Rückfallquoten erreichen. Bei langjähriger Obdachlosigkeit reicht eine Adaption oft zur gesellschaftlichen und beruflichen Reintegration nicht aus, so dass wir bei Bedarf frühzeitig in Absprache mit den Rehabilitand*innen und deren Betreuern schützende Wohnmöglichkeiten vorbereiten, worin unser Sozialdienst eine große Expertise entwickelt hat. Oftmals gelingt durch die Stabilisierung der Wohnsituation in der Folge auch die berufliche Reintegration.

Zusätzlich ist bei längerer Obdachlosigkeit und der damit verbundenen häufig erheblichen Verwahrlosung der Betroffenen die umfassende medizinische Betreuung während der Rehabilitation entscheidend, um den Gesundheitszustand und damit die Teilhabefähigkeit zu verbessern.

Intensive ärztliche und psychotherapeutische Betreuung

Die oben angesprochenen Patientengruppen adäquat abzuklären und zu behandeln, ist mit einem deutlichen Mehraufwand in der ärztlichen und psychotherapeutischen Betreuung verbunden. Somit erhalten unsere Rehabilitand*innen regelhaft wöchentlich 50 Minuten psychotherapeutisches Einzel statt der Minimalvorgabe von 25 Minuten. Zudem erfordern die ausführlichen Testungen und deren Besprechung und Abstimmung im Team weiteren zeitlichen Mehraufwand.

Ärztlicherseits übererfüllen wir die allgemeinen Vorgaben der DRV um eine halbe Stelle und legen Wert auf eine jeweils hohe Qualifikation. So sind vier der fünf Ärzte des Fachkrankenhauses Fachärzte (zwei FA für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Internist, eine Allgemeinärztin), unsere Stationsärztin ist sehr berufserfahren (seit über 25 Jahren in der suchtspezifischen

stationären Rehabilitation tätig) und hat eine Zusatzausbildung in chinesischer Medizin. Dadurch werden nicht nur Patienten mit erhöhtem somatischen Behandlungsbedarf deutlich besser betreut, der hohe Fachstandard verbessert auch die Sozialmedizinische Gesamteinschätzung, wodurch die weitere Teilhabeförderung schneller und konkreter vorbereitet werden kann.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Zeitpunkt der Entlassung und eventuelle Anschlussmaßnahmen werden mit den Rehabilitand*innen möglichst frühzeitig besprochen. Wenn die Behandlungsziele erreicht sind oder die Behandlungsdauer ausgeschöpft ist, wird der Rehabilitand regulär entlassen. Eine vorzeitige aber planmäßige Entlassung auf ärztliche Veranlassung kommt in Frage, wenn eine Fortsetzung der Rehabilitation nicht erfolgsversprechend erscheint. Möchte der Rehabilitand die Behandlung von sich aus vorzeitig beenden, kann dies mit ärztlichem oder ohne ärztliches Einverständnis (Abbruch) geschehen. Die disziplinarische Entlassung ist ein seltenes Ereignis und kommt bei groben Hausordnungsverstößen, mangelnder Mitwirkung oder Beeinträchtigung Anderer in Frage. Der Entlassungsmodus wird entsprechend der Vorgaben im Leitfaden ärztlicher Entlassungsbericht der DRV bestimmt.

In der letzten Behandlungswoche findet eine Abschlussuntersuchung durch den Einrichtungsarzt statt. Dieser beurteilt die Leistungsfähigkeit aus sozialmedizinischer Sicht. Nach Entlassung des Rehabilitanden wird der Entlassungsbericht nach dem Leitfaden der DRV zeitnah abgeschlossen und an den Leistungsträger übersandt.

Folgende Maßnahmen der Weiterbehandlung im Anschluss an die stationäre Rehabilitation werden im hiesigen Setting beantragt oder vorbereitet:

Ambulante Weiterbehandlung / Nachsorge

Im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung wird mit dem Rehabilitanden die Möglichkeit der ambulanten Weiterbehandlung und Nachsorge der DRV besprochen. Ist aus therapeutischer Sicht die Inanspruchnahme einer solchen Maßnahme wünschenswert und kann der Rehabilitand entsprechend motiviert werden, wird eine geeignete Stelle ermittelt und der erforderliche Antrag gestellt. Als hilfreich wird erachtet, wenn der Rehabilitand – ggf. gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten – noch in der Rehabilitationszeit einen ersten Termin in der Nachsorgestelle vereinbart oder sich bereits persönlich dort vorstellt.

Adaption und Soziale Reha

Wird während der Rehabilitationsbehandlung deutlich, dass auch nach Abschluss derselben ein weiterer Unterstützungsbedarf für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben – beispielsweise bei längerer Arbeitslosigkeit oder Wohnungslosigkeit – besteht, so wird geprüft, ob die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Adaption oder einer sozialen Rehabilitation bestehen und diese dem Rehabilitanden vorgestellt. Kann er zu einer derartigen Maßnahme motiviert werden, wird der entsprechende Antrag gestellt und ggf. ein Besichtigungstermin in der gewählten Einrichtung vereinbart. Ziel ist ein nahtloser Übergang in die nachbetreuende Einrichtung, um Unsicherheit, vorübergehende Wohnungslosigkeit, Überforderung und Hilflosigkeit zu vermeiden und die Abstinenz zu sichern.

Der Einrichtungsträger verfügt selber über eine Adaptionseinrichtung (Therapiegemeinschaft Jenfeld, TGJ) und kann bei gegebenem Bedarf häufig auch ein angemessenes Angebot machen.

Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

Kann ein Rehabilitand aufgrund von Einschränkungen seiner funktionalen Gesundheit seine letzte berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben, so wird diese Einschätzung dem Rehabilitanden mitgeteilt und im Rehabilitationsbericht dokumentiert und es werden entsprechende Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben empfohlen.

Fallmanagement

Sofern ein entsprechendes Angebot der zuständigen Rentenversicherung besteht, wird dem Rehabilitanden während des Klinikaufenthaltes das Konzept des Fallmanagements vorgestellt und bei Interesse und Bedarf der Antrag bei einem geeigneten Anbieter gestellt.

Ambulante Psychotherapie

Besteht die Indikation zur Durchführung einer ambulanten Psychotherapie im Anschluss an die Rehabilitationsbehandlung, wird der Rehabilitand bei der Suche nach einem Therapeuten unterstützt. Es besteht eine Kooperationsvereinbarung zum Institut VT Falkenried in Hamburg, worüber in der Regel eine Weitervermittlung gelingt. Ein erster Vorstellungstermin noch während der Rehabilitationsbehandlung wird angestrebt.

5 Personelle Ausstattung

Die aktuelle Personalausstattung ist mit dem federführenden Leistungsträger vereinbart und entspricht den Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung gemäß der „Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen“ (3. Auflage, März 2025). Erforderliche Anpassungen an die aktuelle Neufassung der Strukturanforderungen werden bei Stellen-Nachbesetzungen sukzessiv umgesetzt. Bei Neueinstellung im ärztlichen und therapeutischen Versorgungsbereich erfolgt regelhaft eine Abstimmung mit dem federführenden Leistungsträger.

Der aktuelle Personalstandplan wird kontinuierlich geprüft und viermal jährlich an den federführenden Leistungsträger übersandt. Er benennt für die ärztlichen, pflegerischen, psycho-, physio- arbeits- und ergotherapeutische Mitarbeiter*innen:

- Ausbildung (Grundberuf)
- Berufliche Qualifikation / Zusatzausbildung
- Berufliche Praxis
- Bisherige Dauer der Beschäftigung in der Rehabilitationseinrichtung
- Berufliche Funktion
- Wöchentliche Arbeitszeit

Die Nachweise über die berufliche Qualifikation (z. B. Approbation, Facharzturkunden, Zusatzbezeichnungen, Fachkunden, Diplome, Bachelor, Master, Weiterbildungen) und die berufliche Praxis (nachgewiesen durch Arbeitszeugnisse oder andere Belege) liegen dem federführenden Leistungsträger vor.

Bei der Auswahl neuer Mitarbeiter*innen werden Gesichtspunkte der Gleichstellung und Gleichbehandlung berücksichtigt.

6 Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik Hansenbarg besteht räumlich aus einem Ensemble mehrerer Gebäude, die sich im Zentrum des überwiegend bewaldeten Klinikgrundstücks befinden. Das Barca-Haus stellt den historischen Kern dar und beherbergt neben den Verwaltungsräumen die Büros des Chefarztes und des leitenden Psychologen, die Poststelle, mehrere Lagerräume und einen umfangreich ausgestatteten Musikraum. Der Zwischentrakt verbindet das Barca-Haus mit dem Hansenhaus. Hier befinden sich ebenerdig der großzügige Speisesaal und die Küche sowie eine Bibliothek. Im ersten und zweiten Obergeschoss sind Zimmer für die Rehabilitand*innen eingerichtet, wobei ein gesonderter Bereich als „Frauenflur“ ausschließlich den Rehabilitandinnen der Frauengruppe vorbehalten ist.

Das Hansenhaus beherbergt im Erdgeschoss den medizinischen Bereich mit dem Dienstzimmer der Pflege, Medikamenten-, Akupunktur- und Notfallraum, Labor, zwei Warteräumen, Seminarraum, Teamraum, Teamküche und den Büros der Pflegeleitung, der Ärzt*innen, ärztlichen Assistentin, Ernährungsberaterin, Sozialpädagogin und der Hauswirtschaftsleitung. Im ersten und zweiten Obergeschoss befinden sich weitere Rehabilitandenzimmer sowie Gruppenräume.

Im Zentrum des Klinik-Campus befindet sich das Außen-Schwimmbecken.

Jenseits davon ist das Alida-Haus gelegen, das im Souterrain die Räume der Physiotherapie einschließlich Bewegungsbad, Sauna und Fitnessraum enthält. In den oberen Stockwerken befinden sich weitere Zimmer für Rehabilitand*innen, Therapeutenbüros, Gruppenräume sowie die Cafeteria, die durch eine mobile Wand auch in zwei als Gruppenräume genutzte Bereiche aufgeteilt werden kann. Ihr zugehörig ist eine Außenterrasse. Im Alida-Haus befindet sich auch das Internet-Café mit 5 Plätzen, an denen die Rehabilitand*innen im Internet nach Arbeitsplätzen suchen, ihre Mails abrufen oder nach anderen Informationen suchen können. Ein Rechner ist zur freien Übung von CogPac eingerichtet. Ein Spielraum mit Billard und Tisch-Kicker für die Freizeitgestaltung steht dort zur Verfügung.

Das Ergotherapiegebäude enthält neben dem namensgebenden Bereich die Büros und Werkstätten der Arbeitstherapie und der Haustechnik sowie Gruppen- und Lagerräume und das Kaminzimmer.

Des Weiteren befindet sich etwas abseits der Wohn- und Therapiegebäude die Turnhalle, die für die sporttherapeutischen Angebote und – ebenso wie die Cafeteria und der Speisesaal – für Veranstaltungen genutzt werden kann.

Im Außengelände befinden sich das Gewächshaus und Garten, Streuobstwiese, Fitnessparcours, überdachter Grillplatz, Volleyballplatz und Spielplatz.

In den öffentlichen Innenbereichen sowie im Außengelände finden sich künstlerische Arbeiten – teils gefertigt im Rahmen von Projektarbeiten in der Klinik – die zur Reflektion und Kontemplation einladen.

Für die Unterbringung der Rehabilitand*innen in der Fachklinik Hansenbarg stehen 67 Einzel- und 10 Doppelzimmer sowie 8 fakultative Doppelzimmer, die üblicherweise als Einzelzimmer genutzt werden, zur Verfügung. Das zu jedem Zimmer gehörige Bad ist mit Dusche und WC ausgestattet. Die Zimmer sind funktional möbliert mit Bett, Nachttisch, Kleiderschrank, Kommode und Schreibtisch.

Ärztliches sowie therapeutisches Personal verfügen über Einzelbüros mit EDV-Ausstattung, um eine vertrauliche Gesprächsatmosphäre zu gewährleisten. Eine gemeinschaftliche Büronutzung besteht bei den Arbeits- und Physiotherapeut*innen. Die genutzten Funktionsräume sind unter 3.1 aufgeführt.

7 Kooperation und Vernetzung

Die Zuweisung der Rehabilitand*innen erfolgt in den meisten Fällen über die Suchtberatungsstelle, die den Sozialbericht erstellt, sowie in zweiter Linie über psychiatrische Entgiftungsstationen im Nahtlosverfahren. Dadurch hat sich über die Jahre mit diesen Stellen eine sehr enge Zusammenarbeit etabliert. Explizite externe Kooperationen bestehen mit

- Therapiegemeinschaft Jenfeld / Adaption und Soziale Reha
- Verhaltenstherapie Falkenried in Hamburg
- Helios Klinik Schleswig (Traumatherapie)
- Krankenhaus Buchholz sowie
- niedergelassenen Fachärzten in der Region.

Zudem besteht eine Kooperationsvereinbarung mit dem Arbeitgeber Airbus, der im FKH Seminare im Rahmen der Ausbildung betrieblicher Suchthelfer durchführt.

Weiter ist das Fachkrankenhaus in Funktion des Chefarztes Sprecher des regionalen Qualitätszirkels Kombi-Nord, der aus zwei weiteren Entwöhnungskliniken und 10 belegenden Beratungsstellen besteht.

Fortbildungskooperationen zur Ausbildung psychologischer Psychotherapeut*innen bestehen mit mehreren Universitäten.

Daneben bietet die Fachklinik Hansenbarg regelmäßige Fortbildungen mit externen Referent*innen an, die verschiedenen Kooperationspartnern wie Beratungsstellen mit zur Verfügung stehen, beispielsweise zum Motivational Interviewing oder der Behandlung von komorbiden Störungen wie PTBS und AHDS.

Die Klinik ist aktives Mitglied im Bundesverband Suchthilfe bus. e. V. sowie in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (deQus).

8 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die stetige Qualitätsverbesserung und -überprüfung nimmt im Fachkrankenhaus Hansenbarg einen hohen Stellenwert ein. Daher haben wir in den letzten Jahren vielfältige Maßnahmen installiert, um eine hohe Durchdringung des Qualitätsbewusstseins in den verschiedensten relevanten Bereichen zu ermöglichen.

8.1 Interne Qualitätssicherung

Alle medizinisch, pflegerisch und therapeutisch relevanten Kernprozesse sind detailliert in unserer QM-Dokumentation beschrieben und werden regelmäßig aktualisiert. Besondere Aufmerksamkeit genießen die bereichsübergreifenden Prozesse, wie das Notfallmanagement, der Aufnahmeprozess, die Therapiesteuerung oder das Entlassungsmanagement. Sie sind in berufsübergreifenden Zirkeln engmaschig überprüft und kollegial im Sinne einer gemeinsamen Effizienzverbesserung und Fehlervermeidung optimiert worden.

Die Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen ist in allen Bereich festgelegt und wird anhand von Checklisten protokolliert. Durch die vielen berufsübergreifenden Besprechungen findet eine kontinuierliche ärztlich-medizinische und therapeutische Kontrolle des Rehabilitationsprozesses jeder/s Rehabilitanden/in statt. Es besteht ein klinikübergreifendes Fehlermanagement und -meldesystem, in welchen mögliche Fehlerquellen auch anonym angezeigt werden können.

Die regelmäßige Fortbildung der Mitarbeiter*innen über die vorgeschriebenen Pflichtschulungen hinaus sehen wir ebenfalls als einen wesentlichen Teil der Qualitätssicherung an, ebenso die kontinuierlich durchgeführte, hausinterne Zufriedenheitsbefragung unserer Rehabilitand*innen.

8.2 Dokumentation und Datenschutz

Die Akten der Rehabilitand*innen werden dokumentensicher elektronisch in Patfak geführt. Ärztliche Verordnungen und die Medikamentengabe sind so jederzeit nachvollziehbar und für alle Mitarbeiter*innen einsehbar. In der jeweiligen Akte werden auch die Therapieplanung und geplante Terminierung dokumentiert. Mithilfe der Dokumentation in Patfak kann auch kontinuierlich die Erreichung der ETM's und der KTL-Leistungen überwacht und nachvollzogen werden.

Zur Erfüllung der Datenschutzrichtlinien halten wir uns an die Empfehlungen zum Datenschutz in Rehabilitationseinrichtungen der Deutschen Rentenversicherung (Stand 25.06.2020).

Es besteht die Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses. Diese ist Bestandteil der Arbeitsverträge und somit allen Mitarbeitern bekannt. Für die Belange des Datenschutzes gibt es einen Konzerndatenschutzbeauftragten.

Um sicherzustellen, dass die aktuellen Regeln und Empfehlungen eingehalten werden, finden regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter*innen statt.

Die Klinik erfüllt die Voraussetzungen zum sicheren Datenaustausch gemäß § 301 SGB V. Sukzessiv werden Vereinbarungen zwischen der Klinik und den Kosten-/Leistungssträgern geschlossen, die eine entsprechende Übermittlung ermöglichen.

8.3 Hygienemaßnahmen

Es gibt im Fachkrankenhaus Hansenbarg eine hygienebeauftragte Ärztin und eine hygienebeauftragte Pflegekraft.

Ärzte und Pflegekräfte werden jährlich in speziellen Hygienefortbildungen geschult.

Mindestens zweimal im Jahr findet eine Hygienekommissionssitzung statt, die spezielle und allgemeine hygienische Themen erörtert und sich berät und an der auch externe Hygienefachärzte und -berater teilnehmen.

Regelmäßig werden Schulungen für die Ärzte, die Pflegekräfte und die Reinigungskräfte durchgeführt.

Zweimal pro Jahr findet eine Hygiene-Begehung des Therapiezentrums statt, die von unserem Krankenhaushygieniker geleitet und beurteilt wird.

Das Schwimmbadwasser wird regelmäßig beprobt, die Küche wird jedes Jahr veterinärärztlich untersucht und abgenommen.

Wir führen eine Erregerstatistik nach §23 Infektionsschutzgesetz durch. Außerdem wird jährlich der Desinfektionsmittel- und Antibiotikaverbrauch dokumentiert.

8.4 Externe Qualitätsüberwachung

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg ist nach DIN EN ISO 9001:2008 im Rahmen der deQus (Version 3.2) zertifiziert und erfüllt damit die Vorgaben der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) sowie die gesetzliche Zertifizierungspflicht für die stationäre Suchthilfe in Deutschland. Regelmäßige interne und externe Audits überprüfen die Funktionalität des Qualitätsmanagements (QM).

Im Sinne des QM werden regelmäßige Zufriedenheitsbefragungen der Rehabilitand*innen durchgeführt, ausgewertet und gegebenenfalls Verbesserungen umgesetzt. Es wird eine Basisdokumentation auf Grundlage des Deutschen Kerndatensatzes erstellt. Über verbandsinternes Benchmarking im Qualitätszirkel (bus.) vergleichen wir unsere Einrichtung mit anderen Entwöhnungskliniken im Bundesgebiet. Die jeweiligen Ergebnisse fließen in die jährliche Managementbewertung ein, werden analysiert und auf Weiterentwicklungsmöglichkeiten hin untersucht. So stellen wir eine hohe Qualität und kontinuierliche Verbesserung der Arbeit im Fachkrankenhaus Hansenbarg sicher.

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg beteiligt sich an der Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger und ist bereit, an Weiterentwicklungen mitzuwirken.

Der während der Behandlung vorbereitete Entlassungsbericht wird innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Rehabilitanden fertig gestellt. Entlassungsberichte werden unter Verantwortung des Arztes nach den Vorgaben des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung gefertigt.

In Sinne eines externen Qualitätszirkels ist der Chefarzt langjährig Mitglied des Deutschen Bundesverband der Chefärztinnen und Chefarzte von Suchtfachkliniken (DBCS), der zweimal jährlich tagt.

9 Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

Kommunikationsstruktur

Aufgrund der Komplexität einer Entwöhnungsbehandlung sind ausreichende und zuverlässige Kommunikationsstrukturen innerhalb und zwischen allen am Rehabilitationsprozess beteiligten Berufsgruppen von größter Wichtigkeit. Gleichzeitig gilt es, die Kommunikation effizient zu gestalten, um genügend Zeit für die unmittelbare Betreuung der Rehabilitand*innen sicher zu stellen.

Um dies zu gewährleisten, unterscheiden wir zwischen teambezogenen Kommunikationsstrukturen, welche die Zusammenarbeit und Koordination zwischen einzelnen Mitarbeiter*innen und/oder Berufsgruppen im Hinblick auf allgemeine Prozesse betreffen und rehabilitandenbezogene Kommunikationsstrukturen.

Organisatorische Themen, sowie aktuelle Besonderheiten und Absprachen bei Rehabilitand*innen, die alle Berufsgruppen betreffen, sind für die Übergabebesprechungen am Montag, Mittwoch und Freitag vorgesehen, die in den Mittagszeiten stattfinden. Mittwochs findet anschließend die interne Fortbildung statt, die sowohl Fachreferate wie QM-Themen umfasst.

Ebenfalls multiprofessionell besetzt (Leitung, Medizin, Psychotherapie, Ergo-/Arbeitstherapie und Sport/Physiotherapie) sind die AVB-Sitzungen, die wöchentlich 30 Minuten für jede der 7 Therapiegruppen stattfinden und der Therapiesteuerung dienen. Darüber hinaus findet in jeder Berufsgruppe wöchentlich eine Teamsitzung mit der jeweiligen Leitung statt.

Eine Besonderheit des Fachkrankenhauses sind die wöchentlichen Besprechungen der Haustechnik und Hauswirtschaft unter der Leitung des Ergotherapeutischen Leiters. Dies gewährleistet den gezielten arbeitstherapeutischen Schwerpunkt, wenn Rehabilitand*innen im Rahmen des BORA-Konzeptes bei Projekten der Haustechnik oder zum Arbeitstraining in der Wäscherei eingesetzt werden.

Die Sitzung des Leitungsteams findet ebenfalls wöchentlich statt, wobei die Geschäftsführung der Alida Schmidt-Stiftung umgehend per Protokoll über die jeweiligen Diskussionen und Entscheidungen informiert wird.

Monatliche Gespräche zwischen Chefarzt und Geschäftsführung sowie quartalsweise stiftungsübergreifende Leitungsrunden gewährleisten die regelmäßige Kommunikation zu klinikinternen sowie einrichtungsübergreifenden Themen.

Aus Gründen der Dokumentationspflicht und des Datenschutzes erfolgt der Großteil der patientenbezogenen Kommunikation, die in diesen Teams stattfindet direkt über die jeweilige Patientenakte in Patfak. Muss ein größerer Teil der Mitarbeiterschaft über eine patientenbezogene Situation informiert werden, so erfolgt dies unter Nutzung der Patfak-internen Funktion „Dienstbuch“, die für sofortige Sichtbarkeit sorgt und dabei Doppeldokumentierung vermeidet.

Klinik- und Therapieorganisation

Die Geschäftsführerin der Alida Schmidt-Stiftung, Frau Baumeister, ist als oberste Leitung für die strategische, wirtschaftliche und organisatorische Entwicklung sowohl der gesamten Stiftung wie auch des Fachkrankenhauses Hansenbarg zuständig und trägt für alle Bereiche die letztendliche Personalverantwortung.

Chefarzt, Verwaltungsleiterin, Oberärztin, therapeutische Leitung, Pflegeteamleitung und der Ergotherapeutische Leiter des Fachkrankenhauses Hansenbarg tragen jeweils in ihrem Bereich

die fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Verantwortung und sind daher gegenüber ihren nachgeordneten Mitarbeiter*innen weisungsbefugt.

Der Chefarzt trägt darüber hinaus die Letztverantwortung für die medizinisch-pflegerische und therapeutische Prozess- und Ergebnisqualität der Rehabilitationsbehandlung und ist in enger Absprache mit der strategischen Ausrichtung der Geschäftsführung für die Weiterentwicklung des Rehabilitationskonzeptes verantwortlich und damit letztendlich weisungsbefugt gegenüber den jeweils betroffenen Mitarbeiter*innen.

Es findet stiftungsübergreifend eine fortlaufende Schulung und Förderung der leitenden Mitarbeitenden einschließlich der Möglichkeit individuellen Coachings statt.

10 Notfallmanagement

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg verfügt über ein ausdifferenziertes Notfallmanagementsystem. Das System setzt sich aus Notfallplänen für die Bereiche Brandschutz, Erste-Hilfe und verschiedener medizinischer Notfälle zusammen.

Es besteht eine durchgehende 24-stündige Besetzung des Pflegestützpunktes durch examinierte Pflegekräfte. Ebenso besteht eine durchgehend ärztliche Rufbereitschaft.

Bestandteil des Qualitätsmanagement-Handbuchs sind Prozesse zum Krisen-, Notfall-, Unfall-, Suizid- und Rückfallmanagement. Darin ist geregelt, welche Maßnahmen in einem entsprechenden Fall ergriffen werden müssen. Diese Abläufe sind allen Mitarbeiter*innen bekannt und werden anlassbezogen aktualisiert. Im Folgenden sind sie überblicksartig dargestellt.

Bei Notfällen stehen die Maßnahmen der Ersten Hilfe sowie die Alarmierung der Rettungskräfte an erster Stelle.

Ein Notfallkoffer sowie drei Defibrillatoren sind in der Klinik vorhanden. Sollte bei einem medizinischen Notfall nicht sofort ein Arzt eingreifen können, wird durch betriebliche Ersthelfer bis zum Eintreffen von Rettungskräften Erste Hilfe geleistet. Ebenso erfolgt die Information der Einrichtungsleitung. Unfälle werden dokumentiert und der Berufsgenossenschaft gemeldet.

Der Prozess des Rückfallmanagements regelt das Vorgehen bei Bekanntwerden eines Rückfalls (siehe Kap. 4.7.11).

Zur Gewährleistung der Arbeitssicherheit hat ein Mitarbeiter die Aufgabe des Sicherheitsbeauftragten übernommen und nimmt an den entsprechenden Fortbildungen der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsschutz sowie an Erste-Hilfe-Kursen teil.

Es finden regelmäßig Notfallübungen mit Reanimationstraining und mit verpflichtender Teilnahme statt.

Im Qualitätsmanagement-Handbuch wird der Umgang mit Gefahrenstoffen ebenso geregelt wie die Themen Hygiene, Infektionskrankheiten (Hepatitis C, HIV, Corona) und die Überprüfung elektronischer Geräte.

Entsprechend der Brandschutzordnung nach DIN 14096 findet regelmäßig die Brandverhütungsschau durch die Feuerwehr statt, ebenso wie die regelmäßigen Arbeitsschutzbegehungen durch ein externes Institut. Fluchtpläne und Sammelstellen sind vorhanden und deutlich sichtbar. Jährliche Brandschutzschulungen für das Personal sind verpflichtend.

Kritische Ereignisse werden gemeldet, dokumentiert und analysiert. Gegebenenfalls werden Maßnahmen zur Verbesserung, Vorbeugung oder zukünftigen Vermeidung ähnlicher Ereignisse eingeleitet.

11 Fortbildung und Weiterbildung

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg erfüllt alle Qualifizierungsanforderungen gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001. Schon im Rahmen der Einstellungsgespräche wird auf die Erfüllung der Anforderungen geachtet und für den Fall, dass sich ein Schulungsbedarf ergibt, wird die Bereitschaft zur Nachqualifizierung erfragt.

Hausintern organisierte, 45-minütige Fortbildungen finden wöchentlich für alle interessierten Mitarbeiter*innen statt. Zweimal im Jahr wird eine Schulung zu Motivierender Gesprächsführung durch einen externen Dozenten im Hause durchgeführt, die für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter*innen vorgesehen sind. Darüber hinaus werden weitere berufsgruppenspezifische und berufsgruppenüberschneidende Fortbildungen durch die Klinikleitung organisiert.

Die Mitarbeitenden werden motiviert und unterstützt, sich im Hinblick auf ihre Arbeitsaufgaben regelmäßig fortzubilden und auf dem neuesten Wissensstand zu bleiben. Externe Fortbildungen werden durch Freistellung von der Arbeit und Kostenübernahme durch den Arbeitgeber gefördert. Bei mehrjährigen zeit- und kostenintensiven Fortbildungen wird eine Fortbildungsvereinbarung getroffen.

Für die Weiterbildung von Assistenzärzten verfügen der Chefarzt und die Oberärztin über eine gemeinsame Weiterbildungsermächtigung für Psychiatrie und Psychotherapie über ein Jahr.

12 Supervision

Supervision dient der Reflektion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und -förderliche Beratung in Rehabilitationseinrichtungen Abhängigkeitserkrankter unerlässlich.

Neben der impliziten fachlichen Supervision, die ständig als Teil der Teambesprechungen stattfindet, sind im Fachkrankenhaus Hansenborg folgende explizite Supervisionsangebote gegeben:

Externe Fallsupervision

Diese findet im 4-wöchentlichen Rhythmus durch einen Supervisor mit langjährig eigener Erfahrung in Bereich der Suchtrehabilitation über 90 Minuten mit dem Schwerpunkt der psychodynamischen Reflexion unter Einbezug der Gegenübertragungserfahrung und der systemischen Betrachtung statt. Teilnehmende sind die therapeutisch tätigen Mitarbeiter*innen.

Interne Fallsupervision in der Gruppe

Diese findet ebenfalls in einem 4-wöchentlichen Rhythmus statt. Im Rahmen einer Intervision stehen den therapeutisch tätigen Mitarbeiter*innen 90 Minuten zur Verfügung, um schwierige Behandlungsfälle zu besprechen und Unterstützung, sowie Reflexionsraum zu erhalten. Bei Bedarf besteht die Möglichkeit der Unterstützung durch die leitende Therapeutin. Neben den fallspezifischen Aspekten liegt der Fokus auf der Psychohygiene (durch Entlastung und Förderung der Selbstfürsorge, Abgrenzung und Arbeitszufriedenheit) und der Begegnung der erlebten Belastungsfaktoren der Therapeut*innen.

Interne Einzelsupervision

Durch die Leitenden Therapeutin wird je nach Ausbildungsstand und Berufserfahrung den psychotherapeutischen Mitarbeiter*innen in ein- bis zweiwöchigen Abständen eine 45-minütige Einzelsupervision sowohl im Hinblick auf einzelne Fälle wie im Hinblick auf die Gruppendynamik der jeweiligen Bezugsgruppe angeboten. Dabei wird auch die fachliche Weiterentwicklung durch gezielte Reflexion gefördert und systemische Aspekte der Arbeit in einer Rehaklinik integriert.

Teamsupervision

Anlassbezogen und in unterschiedlichen Teamkonstellationen (z. B. Therapeutenteam, Medizinteam, Arbeitstherapeutenteam, Leitungsteam) findet ein externes Coaching durch eine Kommunikations- und Prozessberaterin statt.

13 Hausordnung / Therapievertrag

Eine repressions- und gewaltfreie Atmosphäre in der Einrichtung ist notwendig für eine erfolgreiche Rehabilitation.

Hausordnung und Therapievereinbarung stellen dabei nur grundlegende Rahmenbedingungen dar, die bei Bedarf (zum Beispiel bei sehr strukturarmen oder impulsiven Rehabilitand*innen) ausführlich durch die jeweiligen Bezugspersonen individuell erläutert und begründet werden.

Hausordnung und Therapievereinbarung sind dieser Konzeption als Anlage beigelegt. Beide Dokumente werden im Rahmen des Aufnahmeprozesses mit den Rehabilitand*innen besprochen und vom jeweiligen Rehabilitanden unterschrieben. Der Umgang mit Verstößen gegen die Hausordnung und vertragliche Vereinbarungen sind im Therapievertrag und im QM-Handbuch beschrieben. Zum Umgang mit Rückfällen siehe Kap. 4.7.11 dieser Konzeption.

Eine sofortige Entlassung erfolgt insbesondere bei Gewaltandrohung oder Gewaltausübung gegenüber Mitrehabilitand*innen oder Mitarbeitenden sowie bei anderweitiger Schädigung und Gefährdung von Mitrehabilitand*innen (z. B. durch Diebstahl, Drogenhandel, Aufforderung zum gemeinsamen Suchtmittelkonsum oder bei Konsum in der Klinik oder dem Klinikaußengelände).

Literatur

AMWF (2020), S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“

Arend, H. (1994) Alkoholismus. Psychologie Verlags Union. Weinheim, Basel.

Arend, H. (1999) Alkoholismus. Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Alsleben, Weiss, Rufer (2004). Psychoedukation Angst- und Panikstörung.

Aßfalg, R., Rorhenbacher, H. (1987) Die Diagnose der Suchterkrankung. Neuland-Verlag. Hamburg.

BAR: Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, 2006,

http://www.bar-frankfurt.de/upload/Arbeitshilfe_Abhängigkeit_172.pdf

BAR: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2008). ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in medizinischen Rehabilitationseinrichtungen. BAR. Frankfurt am Main.

Bandura, A. (1969) Principles of behaviour modification. Holt, Rinehart & Winston. New York.

Bartling, G. et al. (2005) Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Kohlhammer Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. et al. (1997) Kognitive Therapie der Sucht. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.

Bilitza, K. W. (Hrsg.). (2009). Psychodynamik der Sucht – Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Böhm, U. (2017). Adaption aus sozialmedizinischer Sicht. In A. Koch, P. Schay & W. Voigt (Hrsg.), Die Adaptionsbehandlung. Handbuch zur zweiten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (S. 107-116). Pabst Science Publishers. Lengerich.

Böhning, J. (1994) Warum muß es ein „Suchtgedächtnis“ geben? Klinische Empirie und neurobiologische Argumente. Sucht (40) S. 244 – 252.

Böhning, J. (2002) Neuropsychobiologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Ansätze. In: Heigl – Evers, A., Helas, I., Vollmer, H.C., Büchner, U. (Hrsg.) Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Bohus, M., Wolf-Arehult, M. (2013). Interaktives Skillstraining für Borderline-Rehabilitanden. 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart.

Collins, R. L. & Marlatt G. A. (1981) Social modelling as a determinant of drinking behaviour: Implications for prevention and treatment. Addictive Behaviors (6) S. 233-239.

Collins, R. L., Parks G. & Marlatt G. A. (1985) Social determinants of alcohol consumption. Journal of Consulting and Clinical Psychologie (53) S. 189-200.

Demmel, R., Hapke, U., Kremer, G. et al. (in Bearbeitung) AWMF-Leitlinie Diagnostik und Therapie substanzbezogener Störungen. Kapitel Alkohol.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (1997) Die Behandlung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Positionspapier zur aktuellen Lage und zukünftigen Entwicklung. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

„deQus“ e.V. - Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie (Hrsg.) (2002) Manual zum Qualitätsmanagement in der stationären Suchttherapie.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2005) Süchtige Frauen und Männer sind unterschiedlich! www.dhs.de.

Deutsche Rentenversicherung Bund, (2015), Arbeitsbuch Reha-Ziele - Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. S. 6

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013), Vereinbarungen im Suchtbereich, Anlage 3, S. 12

Deutsche Rentenversicherung (2017), Handlungsempfehlungen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die Verbesserung des Zugangs nach qualifiziertem Entzug in die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 1. August 2017, („Nahtlosverfahren Qualifizierter Entzug/Suchtrehabilitation“)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2015) Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation. Geschäftsbereich Sozialmedizin und Rehabilitation, Bereich Reha-Wissenschaften, Ruhrstraße 2, 10709 Berlin, 1. Auflage (03/2015)

Deutsche Rentenversicherung (2017). Konzept Kombi-Nord der DRV Braunschweig-Hannover, der DRV Nord und der DRV Oldenburg-Bremen, Stand 30.06.2017.

Deutsche Rentenversicherung (2019) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27.03.2019. Zugriff am 28.07.2020

unter https://www.deutscherentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/Empfehlungen_Unterstuetzung_arbeitsuchender_abhaengigkeitskranker_Menschen.pdf?__blob=publicationFile&v=1

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Kapitel V (F). Huber Verlag. Göttingen

Engel, G.L. (1977) The need for a new medical model: challenge for biomedicine. Science (196) S. 204.

Ermann, M. (2007). Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart.

Feuerlein, W., Ringer, C., Küfner, H., Antons, K. (1977). Diagnose des Alkoholismus. Der Münchener Alkoholismus-Test(MALT). Münchner medizinische Wochenschrift (119) S.1275 - 88.

Feuerlein, W., Küfner, H., Soyka, M. (1998) Alkoholismus - Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. 5.Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Feuerlein, W. (1999) Individuelle, soziale und epidemiologische Aspekte des Alkoholismus. In: Singer, M., Teyssen, S. (Hrsg.) Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Glöckner, M (2001) Validierung einer deutschen Version des Drug-Taking-Confidence-Questionnaire für Alkoholabhängige (DTCQA). Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Dresden.

Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994 a) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Hogrefe Verlag. Göttingen.

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

Grawe, K. (1994 b) Psychotherapie ohne Grenzen. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis (3) S. 357 - 370.

Hinch, P. (2015) Gruppentraining sozialer Kompetenzen (6., vollständig überarbeitete Auflage), BeltzVerlag, Weinheim.

Koch, A., Schinner, D., (2015). BORA kompakt. Zugriff am 23.01.2018 unter <https://www.konturen.de/titelthema/titelthema-2-2015-die-bora-empfehlungen/bora-kompakt/>

Kaluza, G. (2011). Stressbewältigung. Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung. Berlin, Heidelberg: Springer

Körkel, J. (1988) Der Rückfall des Suchtkranken. Flucht in die Sucht ? Springer Verlag. Berlin.

Körkel, J. Kruse, G. (1997) Mit dem Rückfall leben. Psychiatrie-Verlag. Bonn.

Körkel, J., Schindler, C. (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Springer Verlag Berlin Heidelberg.

Körkel, J., Veltrup, C. (2003) Motivational Interviewing: Eine Übersicht. Suchttherapie (4) S. 115 – 125.

Kremer, G. (2000) Motivational Interviewing – Motivierende Gesprächsführung: Grundlagen, Prinzipien und Strategien. In: Pittrich, W., Rometsch, W., Sarrazin, D. (Hrsg.) Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung. Forum Sucht (27). Landschaftsverband Westfalen – Lippe, Münster.

Kremer, G. (2003) Motivational Interviewing als Kurzintervention bei Menschen mit Alkoholproblemen: Stand der Forschung und Praxis. Suchttherapie (4) S. 125 -132.

Lindenmeyer, J., Florin, I. (1998) Testgütekriterien einer deutschen Version des Inventory of Drug Taking Situations für Alkoholoabhängige (IDTSA). Verhaltenstherapie (8) S. 26 - 37.

Lindenmeyer, J. (1999) Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie (6) Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Lindenmeyer, J. (2000) Diagnostik in der Behandlung Abhängigkeitskranker. Sucht aktuell (2) S. 44 - 49.

Lindenmeyer, J. (2002 a) Und ewig lockt das Suchtgedächtnis ? Expositionsbehandlung bei Alkoholabhängigen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen. Schriftenreihe des Fachverband Sucht. Neuland Verlag. Geesthacht.

Lindenmeyer, J. (2002 b) Kontrolliertes Trinken oder Punktabstinenz – neue Therapieziele bei Alkoholproblemen ? In: Mann, K. (Hrsg.) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst Science Publishers. Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb.

Lindenmeyer, J. (2003) Rückfall oder Vorfall – der verhaltenstherapeutische Beitrag zum differenzierten Umgang mit Rückfällen. In: Therapiehilfe e.V., SuchtTherapieZentrum Hamburg, NADA (Hrsg.) Rückfall in der Suchtarbeit – Behandlungsende oder Behandlungsimpuls ? Schriftenreihe zur Suchthilfe in Hamburg. Dokumentation der Fachtagung am 7. November 2002 in Hamburg. Team Online Digital Druck. Norderstedt.

Lubenow, B. (2001) Soziales Netz und gestufte Versorgung im Bereich der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin (22) 4; S. 403-415.

Lutz, W. (2010). Lehrbuch Psychotherapie. Verlag Hans Huber, Hogrefe AG. Bern.

Mechler-Schönach, C. (2005) InSzene Kunsttherapie. In: Spreiti von, F., Martius, P., Förstl, H. (Hrsg.)

Kunsttherapie bei psychosomatischen Störungen. Urban & Fischer. München.

Miller, W.; Rollnick, S. (1999) Motivierende Gesprächsführung. Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen. Hrsg. und für die deutsche Ausgabe bearbeitet von Kremer, G., Schroer, B. Lambertus Verlag. Freiburg.

Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, R. (1994) Process and outcome in psychotherapie. In: Bergin A. E. & Garfield (Hrsg) Handbook of psychotherapie and behaviour change. Wiley. New York.

McCullough, J. Jr. aus dem ... von Schweiger, U., Sipos, V., Demmert, A., Klein, P. (2012) Therapeutische Beziehung und die Behandlung chronischer Depressionen: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). Springer: Berlin, Heidelberg.

Müller-Fahrnow, W. (2002) Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven. Eine Expertise des Lehrstuhls Versorgungssystemforschung – Humboldt-Universität zu Berlin. DRV-Schriften, Band 32. Hrsg.: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger. WDV Wirtschaftsdienst Bad Homburg.

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Kissling, W. Psychoedukation Depressionen Taschenbuch, Urban & Fischer

Qualitätszirkel der Adaptionseinrichtungen im buss. (2017). Die Adaptionenbehandlung – Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter. In A. Koch, P. Schay & W. Voigt (Hrsg.), Die Adaptionenbehandlung. Handbuch zur zweiten Phase der stationären medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen (S. 21-62). Pabst Science Publishers. Lengerich.

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

Rost, W.-D. (1987) Psychoanalyse des Alkoholismus. Klett Verlag. Stuttgart.

Roth, G. (2002) Die Beziehung zwischen Verstand und Gefühlen aus Sicht der Hirnforschung. In: Kruse, G., Gunkel, S. (Hrsg.) Sprache und Handeln. Was bewirkt die Wirklichkeit? Impulse für die Psychotherapie (7) Vorträge der 31. Langeooger Psychotherapiewoche.

Scheurich, A. & Brokate, B. (2009) Fortschritte der Neuropsychologie Bd. 8 Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit, Hogrefe, Göttingen

Schlüter-Dupont, L. (1990) Alkoholismus-Therapie. Pathogenetische, psychodynamische, klinische und therapeutische Grundlagen. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York.

Schmidt, B., Alte-Teigeler, A., Hurrelmann, K. (1999) Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmißbrauch. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A., Jung, A. (2001) Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Pabst Science Publishers. Lengerich.

Schuntermann, M. F., (2009) Einführung in die ICF. Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH. Landsberg.

Schwertl, W. (1998) Sucht in systemischer Perspektive. Vandenhoeck & Ruprecht-Verlag. Göttingen.

Sonntag, R.F., Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT [2013]). In: Heidenreich, T., Michalak, J. (Hrsg.) Die „dritte Welle“ der Verhaltenstherapie. Beltz, Weinheim, Basel.

Spitzer, M. (2002) Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg, Berlin.

Spitzer, M. (2002 b) Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York.

Thomasius, R., Gemeinhardt, B., Schindler, A. (2000) Psychotherapie der Suchterkrankungen. Georg Thieme Verlag. Stuttgart. S.122-146.

Tretter, F., Müller, A. (2001) Ursachenmodelle der Suchtforschung. In: Tretter, F., Müller, A. (Hrsg.) Psychologische Therapie der Sucht. Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle. S. 34-72.

Wagner-Link, A. (2010). Verhaltenstraining zur Stressbewältigung. Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. Stuttgart: Klett-Cotta

Wetterling, T., Veltrup, C. (1997) Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Ein Leitfaden. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Wohlfahrt, R. (1995) Das 4-Schritte-Verfahren der stationären Bearbeitung von Rückfällen: praktische Anwendung, Probleme und Perspektiven. Neuland Verlag. Geesthacht.

Zarbock, G., A. Ammann, S. Ringer (2012). Achtsamkeit für Psychotherapeuten und Berater. Weinheim: Beltz.

Zieglgänsberger, W. (2000) Belohnungssysteme In: Uchtenhagen, A., Zieglgänsberger, W. Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer. München Jena. S. 27 – 29.

Anlagen

Musterwochenpläne (S. 79-81)

Hausordnung (S. 82)

Therapievereinbarung (S. 83-84)

Zimmer: ZT 135

Musterwochenplan 2. Woche

Montag 24.03.2025	Dienstag 25.03.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
10:00-11:30 Infogruppe Sucht (Bibliothek)	10:00-11:00 Infogruppe Sucht – Tabakabhängigkeit (Bibliothek)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	11:30-11:45 Arzttermin (Warteraum Med II)
13:45-14:00 Chefarztvisite (Büro Hr. Evertz)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	13:00-14:15 Infogruppe Sucht (Bibliothek)
21:00-21:45 NADA (HH053)	14:30-15:15 Diagnostik (Bibliothek)
	16:30-17:00 Interne GT (HH 171)
	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
Mittwoch 26.03.2025	Donnerstag 27.03.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
09:00-09:45 PT Einzeltherapie Herr Kähler	10:00-11:30 Infogruppe Sucht (Bibliothek)
10:00-11:30 Infogruppe Sucht (Bibliothek)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	12:30-14:00 ET Vortrag BORA (Ergo OG)
14:15-15:00 Seminar gesunde Ernährung (Ergo Keller Med. Unterrichtsraum)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
15:30-16:15 Einweisung Fitness/Sport (Sporthalle)	21:00-21:45 NADA (HH053)
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	
21:00-21:45 NADA (HH053)	
Freitag 28.03.2025	Samstag 29.03.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
09:30-10:15 Soziale Erstinfogruppe (Bibliothek)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
10:30-11:30 Unterricht Alkohol in Lebensmitteln (Bibliothek)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	21:00-21:45 NADA (HH053)
14:00-15:00 Gesundheitsschulung (Speisesaal)	
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	
21:00-21:45 NADA (HH053)	
	Sonntag 30.03.2025
	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)

Zimmer: A006a

Musterwochenplan 6. Woche

Montag 05.05.2025	Dienstag 06.05.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH 171)	10:00-11:00 IG Wirbelsäulengymnastik (Sporthalle)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
14:15-15:45 Sport (Sporthalle)	14:15-16:15 ET Interaktionelle Gestaltungstherapie (Ergo OG)
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	16:30-17:00 Interne GT (HH 171)
	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
Mittwoch 07.05.2025	Donnerstag 08.05.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
08:00-09:30 Sport (Sporthalle)	08:00-09:30 IG Konflikte und Kommunikation (A 009)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH 171)	10:00-11:30 IG Rückfallprävention (Kaminzimmer)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
14:00-16:00 AT Garten Projektgruppe (Gärtnerei)	14:00-16:00 AT Garten Projektgruppe (Gärtnerei)
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
Freitag 09.05.2025	Samstag 10.05.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
08:00-09:30 AT Garten Projektgruppe (Gärtnerei)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
09:00-09:45 PT Einzeltherapie	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH171)	
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	
13:15-13:45 Arzttermin (Warteraum Med II)	
14:00-15:00 Gesundheitsschulung (Speisesaal)	
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	
	Sonntag 11.05.2025
	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)

Zimmer: AN 303

Musterwochenplan 10.Woche

Gedruckt am:17.04.2025 11:22:09

Montag 10.02.2025	Dienstag 11.02.2025
07:00-07:30 Gewichtskontrolle (HH059)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	08:00-09:30 IG Umgang mit Gefühlen I (A 009)
08:00-08:30 KG Gelenkerkrankungen (Physiotherapie UG)	10:30-11:00 KG Gelenkerkrankungen (Physiotherapie UG)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH 171)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	14:15-16:15 ET Interaktionelle Gestaltungstherapie (Ergo OG)
12:30-15:30 externer Arzttermin	16:30-17:00 Interne GT (HH 171)
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
Mittwoch 12.02.2025	Donnerstag 13.02.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)
08:00-09:30 Sport (Sporthalle)	08:00-09:30 IG Konflikte und Kommunikation (A 009)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH 171)	10:00-11:30 IG Depressionsbewältigung (Seminarraum 009)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
14:00-16:00 AT Garten Projektgruppe (Gärtnerei)	14:00-14:45 PT Einzeltherapie
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
18:45-18:50 AAK (HH057)	
Freitag 14.02.2025	Samstag 15.02.2025
07:00-07:45 Frühstück (Speisesaal)	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
08:00-09:30 AT Garten Projektgruppe (Gärtnerei)	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
10:00-11:30 Gruppentherapie (HH171)	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)
11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)	
14:00-15:00 Gesundheitsschulung (Speisesaal)	
18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)	
	Sonntag 16.02.2025
	07:30-08:30 Frühstück (Speisesaal)
	11:45-12:30 Mittagessen (Speisesaal)
	18:00-18:45 Abendessen (Speisesaal)

Hausordnung am Hansenbarg

1. Konsum von Suchtmitteln

Alkohol -auch in Nahrungsmitteln- und jegliche Suchtstoffe sind während der gesamten Behandlung verboten, dazu gehören auch alkoholfreie Getränke wie Bier, Sekt, Wein, Malzbier und Malzgetränke.

2. Kontrollmaßnahmen

Blut-, Atemluft-, Speichel und Urinkontrollen unter Sicht, sowie Zimmerkontrollen auf Alkohol, Drogen, Medikamente, Tabakkonsum und den Zustand der Zimmer sind jederzeit ohne Voranmeldung möglich.

3. Medizin

Die Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln, Medikamenten und eigenständige Arztbesuche ohne Rücksprache mit der medizinischen Abteilung (auch am Wochenende) sind verboten. Ärztliche oder zahnärztliche Untersuchungen erfolgen im Haus oder in Praxen unserer Wahl.

4. Therapiemaßnahmen

Alle Therapiemaßnahmen sowie die Teilnahme an den Mahlzeiten sind verpflichtend. Tragen Sie bitte angemessene Bekleidung.

Sollten Sie einen Termin nicht einhalten können, melden Sie sich bitte persönlich ab. Dies gilt auch bei Krankschreibungen.

5. Ausgang

In der ersten Woche	kein Ausgang	(bis einschl. 7.Tag)	Therapie-Maßnahmen
Ab dem 8.Tag	Mo – Fr	16.30 – 22.00 Uhr	und die Teilnahme an den
	Sa/So	06.30 – 22.00 Uhr	Mahlzeiten sind verpflichtend

Eintragungen im **Ausgangsbuch** sind verpflichtend und dürfen **nur persönlich** vorgenommen werden

Ab der 5. Woche (unabhängig von der Therapiedauer) besteht die Möglichkeit je nach Therapiezeit 3-5 Übernachtungen am Wochenende in Absprache mit dem Therapeuten zu nehmen.

6. Besuchszeiten	Mo – Fr	16.30 – 21.00 Uhr	sofern keine Therapie-
	Sa/So	13.00 – 21.00 Uhr	Maßnahmen stattfinden

7. Nachtruhe 22.00 Uhr – 06.15 Uhr

Die Häuser werden täglich um 06.15 Uhr aufgeschlossen und Sonntag bis Donnerstag um 22.30 Uhr, Freitag, Samstag und vor Feiertagen um 23.30 Uhr abgeschlossen.

8. Frauenstation und gemischtgeschlechtliche Besuche auf den Zimmern

Männerbesuch auf der Frauenstation ist untersagt. Gegenseitige Besuche von Patienten in den anderen Wohnbereichen sind nur in der Zeit von 08.00 Uhr bis 21.00 Uhr gestattet

9. Sauberkeit und Ordnung auf den Zimmern

Die Patienten sind für die Reinigung der Zimmer selbst verantwortlich, ein Reinigungsplan ist Bestandteil der Zimmermappe und einzuhalten. Bettwäsche und Handtücher werden vom Haus gestellt und gewaschen.

10. Lebensmittel

Auf dem Zimmer sind nur Lebensmittel zum unmittelbaren Verzehr erlaubt. Das Trinken koffein- und teehaltiger Getränke ist nur im Speisesaal und in der Cafeteria zu den Betriebszeiten erlaubt.

11. Elektronische Geräte

Private Fernseher, Kaffee- und Wasserkocher sind in der Klinik verboten. Handys und MP3-Player dürfen in der **Therapie** Zeit von 7.00 Uhr bis 16.30 Uhr nur außerhalb der Gebäude und auf dem Zimmer genutzt werden. Laptops sind nur nach Rücksprache mit dem Therapeuten erlaubt.

12. Rauchen

Rauchen ist nur an dem vorgegebenen Platz außerhalb der Gebäude erlaubt. E-Zigaretten sind erlaubt, dürfen aber nur an dem vorgegebenen Rauchplatz konsumiert werden.

13. Gewalt

Waffenbesitz, körperliche Auseinandersetzungen, sexuelle Belästigungen und die Androhung von Gewalt sowie mutwillige Beschädigung von Klinikeigentum sind streng untersagt und können umgehend zur Entlassung führen.

Verstöße gegen die Hausordnung können zu disziplinarischen Maßnahmen bis hin zur Entlassung und Anzeige führen.

Datenblatt Fachkrankenhaus Hansenburg

Vorder- und Rückseite dieses Vordruckes vollständig ausgefüllt (bitte in Druckschrift)
1 Woche vor Aufnahme einsenden (gerne per Fax 04184 899 170)!

Datum der Anreise: _____

Name: _____ Vorname: _____

Geb.Name: _____ geb.am: _____ in: _____

Adresse E-Mail: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Familienstand:

☐ ledig ☐ verheiratet ☐ getr.lebend ☐ geschieden ☐ verwitwet

Nächster Angehöriger / Bezugsperson _____ (z.B. Mutter/Vater, Ehefrau/Ehemann, sonst.)

Name: _____ Telefon: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Kinder Vorname / Geb.Datum

1. _____ 2. _____ 3. _____

Krankenkasse: _____ PLZ, Ort: _____

Behandelnder Hausarzt: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Erwerbstätig ☐ ja ☐ nein ☐ Rentner/Pensionär/EU/BU

Arbeitgeber (nur Name): _____ Ort: _____ seit wann: _____

Erlerner Beruf: _____

Zurzeit/zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Sind Sie arbeitslos gemeldet? ☐ ja ☐ nein wenn ja: ☐ ALG I ☐

Bürgergeld/ALGII

Wenn ja, seit wann: _____

Bei Arbeitslosigkeit, bringen Sie bitte die Kontaktdaten Ihrer Sachbearbeiter*in des Jobcenters mit

Anreise erfolgt mit: ☐ eigener PKW (_____) ☐ ich werde gebracht

KFZ-Kennzeichen bitte angeben

☐ Shuttle-Service vom Harburger Bahnhof **Abfahrt 8:30 h**

Ausgang Fernbahnhof, hinter den Taxen, Hannoversche Straße

Mercedes T-Klasse silber oder Mercedes Vito weiß

Handy Nr. vom Shuttle: 0163 90 97 967 bitte in Ihrem Handy speichern!

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu einer Entwöhnungsbehandlung im Fachkrankenhaus Hansenburg.

Die Inhalte der Hausordnung habe ich zur Kenntnis genommen. Sie werden von mir akzeptiert.

Datum

Unterschrift Patientin / Patient

Bitte wenden

Fachkrankenhaus Hansenbarg

Als PatientIn im Fachkrankenhaus Hansenbarg nehme ich heute am Aufnahmetag folgende Informationen zur Kenntnis:

Patientenzimmer, Wäsche

Das Patientenzimmer ist beim Einzug auf den einwandfreien Zustand zu prüfen. Sollten Gegenstände beschädigt oder unbrauchbar sein, bitten wir um unverzügliche Meldung an die Hauswirtschaftsleiterin.

Nägel und andere Befestigungsmaterialien dürfen nicht in die Wände geschlagen werden. Die Befestigung von Bildern mit Klebstoff oder Klebeband ist ebenfalls untersagt.

Die Patienten sind für die Reinigung der Zimmer selbst verantwortlich. Ein Reinigungsplan ist Bestandteil der Zimmermappe und ist zu beachten

Aus hygienischen Gründen ist es unbedingt notwendig, dass nur die hauseigene Bettwäsche benutzt wird. Die Reinigung von Fremdwäsche in der hauseigenen Wäscherei ist unzulässig.

An den Zimmertüren befinden sich aus Sicherheitsgründen Schilder mit ausgeschriebenen Nachnamen. Es sei denn, dieser Regelung wird ausdrücklich widersprochen.

Die Patientenzimmer sind mit einem Rauchmelder ausgestattet. Manipulationen an diesen Geräten werden strafrechtlich verfolgt und konsequent zur Anzeige gebracht.

Die Patienten sind verpflichtet jeden Rauchmeldealarm unverzüglich telefonisch (Tel.-Nr. 128) an die diensthabende Pflegekraft zu melden

Verwahrung von Geld- und Wertsachen

Die Patientenzimmer sind mit abschließbaren Wertefächern versehen. Der Inhalt der Wertefächer ist nicht versichert. Sie können jedoch in der Verwaltung ein Patientenkonto errichten und Bargeld und Wertgegenstände im Tresor hinterlegen.

Schwimmbadbenutzung

Die Benutzung unseres Außen- und Hallenbades außerhalb der Sport- und Therapiestunden geschieht auf eigene Gefahr. Das Springen vom Beckenrand ist untersagt. Die Beckentiefe beträgt zwischen 0,90 und 1,60 m. Eine Haftung für Badeunfälle kann von der Einrichtung nicht übernommen werden.

Diese Regelungen gelten auch für alle Angehörigen und Besucher der Patienten (insbesondere Kinder), die während ihrer Besuche das Freibad nutzen.

Das Hallenbad ist, außer zu Therapiezwecken (z.B. Kinderseminar), nur unseren Patienten vorbehalten.

Private Kraftfahrzeuge, private Fahrräder, Parkplatzsituation, E-Roller, E-Bikes

Sämtliche Fahrten mit privatem Kraftfahrzeug während der Behandlung werden in eigener Verantwortung durchgeführt. Im Schadenfall leistet die Einrichtung keinen Schadenersatz. Dies gilt auch, wenn Sie Mitpatienten zu auswärtigen Terminen begleiten.

Patientenfahrzeuge sind ausschließlich auf den ausgewiesenen Parkplätzen zu parken. Auch auf diesen Parkplatz gilt die Regel: Parken auf eigene Gefahr! Entstandene Schäden (insbesondere Diebstahl und PKW-Aufbruch) sind nicht durch die Einrichtung versichert. Diese Regeln gelten auch für private Fahrräder.

E-Roller, E-Bikes, bzw. deren Akkus, dürfen nicht im Zimmer geladen oder aufbewahrt werden. Zur Aufbewahrung und zur Akkuladung, sind ausschließlich die Möglichkeiten des Fahrradunterstandes zu nutzen.

Info zum Thema Schweigepflicht und Foto

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Informationen von Ihnen an Ihre BehandlerInnen selbstverständlich im Behandlungsteam gemeinsam besprochen werden müssen, um Mitteilungen über Ihre Gesamtsituation mit Behandlungszielen und entsprechenden Behandlungsangeboten verknüpfen zu können. Diese Form der Informationsweitergabe ist in allen Kliniken Selbstverständlichkeit und Basis einer sinnvollen Behandlung.

Für die Behandlung ist es notwendig, dass wir von Ihnen ein Foto machen, um Ihre Therapie unverwechselbar zu steuern. Das Foto wird nur zu hausinternen Zwecken genutzt und nicht veröffentlicht.

Auf dem gesamten Klinikgelände und in allen Häusern gilt zum Schutz der Wahrung der Persönlichkeitsrechte von Patienten und Mitarbeitern ein generelles Foto- und Filmverbot!

Kontrollen

Mit der Aufnahme erkläre ich mich einverstanden, dass zufällige Atemalkohol-, Speichel- und Urinkontrollen unter Sicht vorgenommen werden.

Zur Kenntnis genommen:

Datum

Unterschrift Patientin/Patient