

Fachkrankenhaus Hansenbarg für Alkohol,- Tabak – und Medikamentenabhängigkeit

Rehabilitationskonzept

Version 1 / Juli 2003



Eine Einrichtung der Alida – Schmidt – Stiftung Hamburg

Rehabilitationskonzept des Fachkrankenhauses Hansenbarg

Inhaltsverzeichnis	Seite	3
Vorbemerkung		5
1. Einleitung		6
2. Störungskonzepte zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen		
2.1. Biologische Konzepte		10
2.2. Sozialwissenschaftliche Konzepte		16
2.3. Psychologische Konzepte		18
2.4. Auswirkungen auf die Behandlung am Fachkrankenhaus Hansenbarg		24
3. Medizinische Rehabilitation am Fachkrankenhaus Hansenbarg		
3.1. Ganzheitliche Rehabilitation		25
3.2. Strukturierter Behandlungsablauf		25
3.3. Kundenorientierung und Dienstleistungscharakter		26
4. Geschichte, Ausstattung, Lage, ergänzende Angebote der Klinik		
4.1. Geschichte		27
4.2. Lage		28
4.3. Räumliche Ausstattung		28
4.4. Personelle Ausstattung		30
4.5. Behandlungskapazität		31
4.6. Freizeitmöglichkeiten		31
4.7. Ernährung		32
5. Aufnahmekriterien für die Behandlung		32
6. Zusammenarbeit mit Partnern		
6.1. Zusammenarbeit mit dem professionellem Suchthilfesystem		35
6.2. Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Suchtselbsthilfesystem		36

7. Behandlungsdauer und spezielle Behandlungsbereiche	
7.1. Regelbehandlungsdauer und Kurzzeitbehandlungen	37
7.2. Frauengruppe	40
8. Behandlungsmodule	
8.1 Therapeutische Behandlungsmodule	
8.1.1. Einzel- und Bezugsgruppentherapie	41
8.1.2. Aufnahmegruppe	43
8.1.3. Angehörigenarbeit	44
8.1.4. Kinderseminare	46
8.1.5. Indikationsgruppen	47
8.1.6. Behandlung komorbider psychischer Störungen	53
8.1.7. Rückfälle während der Behandlung	55
8.1.8. Sozialberatung	58
8.1.9. Sozio- und Milieuthapie	58
8.2. Medizinische Behandlungsmodule	
8.2.1. Medizinische Behandlung	60
8.2.2. Stellenwert von Anticravingmedikation	63
8.2.3. Akupunktur und Entspannungstraining	65
8.2.4. Sport- Bewegungs- und Physiotherapie	66
8.2.5. Gesundheitsvorträge / Medizinischer Unterricht	69
8.3. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation	
8.3.1. Arbeitsbezogene Rehabilitation in der Einzelbehandlung	70
8.3.1.1. Einzeltherapie	71
8.3.1.2. Medizinische Betreuung	72
8.3.2. Ergo-, Arbeits- und Kreativitätstherapie	
8.3.2.1. Ergotherapie	73
8.3.2.2. Arbeitstherapie	74
8.3.2.3. Kreativitätstherapie	78
8.3.2.4. EDV-Schulungen	79

9. Behandlungsablauf		80
9.1. Aufnahmephase	Graphik Behandlungsablauf	82
9.2. Kerntherapiephase		83
9.3. Ablösephase		86
10. Qualitätsmanagement		87
10.1. Zertifizierungsverfahren		87
10.2. Dokumentation		88
10.3. Erfassung der Patientenzufriedenheit		88
10.4. Supervision und Weiterbildung		89
10.5. Interne Kommunikation		90
11. Zukunftsperspektiven		91
12. Literaturverzeichnis		97
Anhang:		
Tabellen / Graphikverzeichnis		115
Ansprechpartner in der Klinik		116
Aktuelle Hausordnung		

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit vielen MitarbeiterInnen der Klinik.

Verantwortlich für die Endfassung: Dr. Robert Stracke

Carsten Dietze

Robert Meyer-Steinkamp

Im Text haben wir ausschließlich der besseren Lesbarkeit wegen die männliche Form verwendet.

Vorbemerkung

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg (FKH) blickt zum Zeitpunkt der Entstehung dieses Konzeptes auf eine fast 25 - jährige erfolgreiche Behandlungstradition zurück, die in vielfältiger Weise die Entwicklungsströme der professionellen Suchtkrankenhilfe widerspiegelt. Aus der Literatur ist bekannt, daß es 31 Suchttherapien mit ca. 150 Erklärungsansätzen gäbe (Weber-Falkensammler 1992). Unabhängig von diesem evidenten Behandlungseklektizismus ist die von Theorien unabhängige Effizienz der Rehabilitationsbehandlung Abhängigkeitskranker belegt. Sie wurde erstmalig für die Bundesrepublik breit angelegt in der MEAT-Studie (Küfner, Feuerlein 1989) dargestellt. Süß (1995) stellte später erneut im Ergebnis seiner Metaanalyse fest, daß die eklektische Standardtherapie dominiert, bei der es sich um Therapieprogramme ohne eindeutige spezifische theoretische Orientierung handelt. Die positiven Resultate der Münchener Studie wurde später an über 3000 Alkoholabhängigen erneut bestätigt (Misset et al. 1997) sowie das breite Theorien – und Behandlungsangebot der weiterhin erfolgreichen Suchtrehabilitation in Deutschland jüngst zusammenfassend von Müller-Fahrnow (2002) dargestellt.

Die auf Empirie und Erfahrung basierenden Behandlungsgrundlagen unserer Einrichtung werden in diesem Konzept beschrieben. Weiter gründen sich die für unsere Konzeption neu hinzugekommenen Aspekte aus dem aktuellen Diskussions – und Forschungsstand der die Suchtkrankenhilfe berührenden wissenschaftlichen Disziplinen. In unserer Klinik sind die daraus früher und aktuell entstandenen Behandlungsnotwendigkeiten umgesetzt, teils in hier im Konzept dokumentierter weiterer Entwicklung begriffen und einer vielerlei Einflüssen ausgesetzten Dynamik unterworfen.

Wir stellen im folgenden das multifaktorielle Entstehungsmodell und den sich daraus ergebenden integrativen Behandlungsansatz da, der für unsere Arbeit kennzeichnend ist und der der historisch gewachsenen Tradition und den aktuellen Erfordernissen einer evidenzbasierten und Leitlinien gesteuerten Therapie gerecht werden soll.

Dieser letztgenannte zusätzliche Blickwinkel steht für uns nicht im Widerspruch zu unserem traditionellen Fundament eines humanistisch – ganzheitlichen Menschenbildes, auf dem im Rahmen einer therapeutischen Gemeinschaft Veränderungsprozesse bei unseren Patienten initiiert werden. So ist für uns weiterhin die grundsätzlich menschliche Hinwendung zum Patienten, wie sie der ehemalige Leiter der Klinik postulierte, handlungsorientierend: „ Wir

sagen und das ist ein Erfahrungswert aus vielen Einrichtungen: Suchtbewältigung oder im Fachjargon Entwöhnung ist ein komplexes gesamt menschliches Geschehen. Da verändert sich der Körper, da geht es um viel Seelenarbeit im Sinne einer Aufarbeitung bestimmter Lebensprobleme, da geht es auch um Lebensumgestaltung und Lebensumstrukturierung, da geht es um die Suche neuer Sinnhaftigkeiten, um neue Lebensphilosophien und sittliche Haltungen. Mentale, kognitive und spirituelle Kräfte werden gefordert. Der Mensch als Wesen, nicht als Symptomträger steht zur Debatte“ (Lempke 2001).

Im Zusammenhang mit den Umorientierungsprozessen in der Klinik die mit der Neubesetzung der Leitung eine raschere Dynamik erhielten, ist der Name der Klinik geändert worden, der damit der evidenten Bedeutung der Tabakabhängigkeit Rechnung trägt: „Fachkrankenhaus Hansenbarg für Alkohol -, Tabak - und Medikamentenabhängigkeit“

1. Einleitung

Ausgehend von neuen Berechnungen des Instituts für Therapieforchung (Bürringer 2002) ergibt sich für die Bevölkerungsgruppe der 18-69 – Jährigen eine geschätzte Zahl von 1,5 Mio (=3%) Alkoholabhängigen. Weitere 2,4 Mio.(=5%) Personen weisen einen nach DSM IV (1996) Kriterien diagnostizierten mißbräuchlichen Konsum auf. Dabei ist zu beachten, daß hier Mißbrauch und Abhängigkeit einander ausschließende Kategorien sind, gleichzeitig jedoch Untergruppen des riskanten Konsums darstellen (definiert als tägliche Trinkmenge > 40-60 g Reinalkohol für Männer und 20-30 g Reinalkohol für Frauen), den 7,8 Mio. (=16 % der untersuchten Stichprobe) Personen in Deutschland betreiben.

Tabelle 1: riskante Konsumenten, Mißbraucher, Abhängige in Deutschland (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen 2003)

	18-69 Jahre	Hochrechnung
Riskanter Konsum	7,8 Mio (16 %)	9,3 Mio
davon nach DSM IV:		
Mißbrauch	2,4 Mio (5%)	2,7 Mio
Abhängigkeit	1,5 Mio (3%)	1,6 Mio

Jährlich sterben ca. 42000 Personen, deren Tod direkt (z.B. durch Alkoholmißbrauch) oder indirekt (z.B. durch alkoholisierte Unfallverursacher) in Verbindung mit Alkohol steht. (Bürringer 2000).

Bei der Betrachtung des Alkoholkonsums in Hinblick auf die Mortalität ist jedoch zu beachten, daß ein erheblicher Überlappungsbereich zwischen Todesfällen, die dem Tabakkonsum bzw. dem Alkoholkonsum zuzuschreiben sind, besteht. Dabei ist zu bedenken, daß bis zu 80 % der Alkoholabhängigen auch stark tabakabhängig sind (Batra 2000). Anzumerken ist, daß die bisherigen Berechnungen eine hohe Wahrscheinlichkeit der Unterschätzung der wahren alkoholbedingten Krankenhausbehandlungen – und Todesfälle aufweisen (Bühringer et al. 2002).

Neben dem genannten komorbiden Abhängigkeitsmuster Tabak plus Alkohol weisen vor allem jüngere Menschen in zunehmendem Maße einen zusätzlich polyvalenten Konsum von Cannabis, Kokain oder Designerdrogen wie Extasy auf. Individuumszentrierte statt gleichmachende angebotsorientierte Hilfen haben dieses sich wandelnde Konsummuster in ihren Behandlungsangeboten zu beachten.

Dies gilt insbesondere auch für die Mitbehandlung der bei Abhängigkeitskranken in hohem Maß festzustellenden substanzunabhängigen komorbiden psychischen Störungen (Wittfoot, Driessen 2000). Die heute vorherrschende Auffassung zum Wechselverhältnis von Suchtkarriere und psychiatrischer Problematik betont im Ergebnis vorwiegend negative Aspekte, die deshalb immer ein entsprechend diagnostisches und auch psychiatrisch - therapeutisches Angebot bedingen müssen. Müller- Fahrnow (2002, S. 131) weist in diesem Zusammenhang unter Berufung auf Süß (1995) darauf hin, daß unabhängig von Kostenaspekten die Minimalbehandlung immer schlechter als eine differenzierte Behandlung sei. Je spezifischer und vielfältiger der Behandlungsansatz, desto größer die Erfolgswahrscheinlichkeit.

Vor dem Hintergrund des in der Regel chronischen Verlaufs und der hohen Morbiditäts - und Mortalitätsraten bei Abhängigkeitserkrankungen ist eine Therapiezielhierarchie (Körkel 1988, Schwoon 1992) von den Trägerverbänden der Suchtkrankenhilfe akzeptiert worden (DHS 2001), die hintereinander aber auch parallel an unterschiedlichen Behandlungsorten folgende Strategien verfolgt und damit auch als Behandlungsleitlinie für unsere Klinik orientierenden Charakter hat:

- Sicherung des Überlebens in Phasen akuten Substanzmißbrauchs

- Verhinderung und Behandlung körperlicher Folgeschäden durch gesundheitsfördernde Maßnahmen
- Soziale Sicherung der Betroffenen durch Maßnahmen zum Erhalt der Wohnung, der Arbeit und privater Unterstützungsstrukturen
- Verhinderung bzw. Milderung sozialer Desintegration, Ausgrenzung und Diskriminierung
- Vermittlung von Einsichten in Art und Ausmaß der substanzbezogenen Störungen und Risiken zur Förderung von Veränderungsbereitschaft
- Verlängerung der konsumfreien Phasen bzw. Reduzierung der Konsummengen und der Konsumexzesse als spezielles Ziel in Akutbehandlungsbereichen
- Erreichung dauerhafter Abstinenz als spezielles Ziel in Fachkliniken mit Rehabilitationsauftrag
- Erreichung von Behandlungsmotivation für die Akzeptanz professioneller Hilfsangeboten und beim Durchlaufen des Therapieprozesses in diesen Einrichtungen
- Erreichen einer verbesserten Lebensqualität, unterstützt durch konstruktive Bearbeitung evtl. Rückfälle
- Autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung
- (Re-) Integration in soziale und berufliche Zusammenhänge durch Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Stabilisierung der Interventionserfolge

Dem in der Regel chronisch - phasenhaften Verlauf der Erkrankung, dem dabei oft schwankenden Motivationsstatus bzgl. Abstinenz aber auch der Annahme weiterer Behandlungsschritte entspricht das transtheoretische Modell der Veränderung (Prochaska, Diclemente 1984). Dieses stellt den Bezugsrahmen für die therapeutische Haltung in unserer Klinik, die sich am Vorgehen des „motivational interviewing“ (Miller, Rollnick, 1999) orientiert. Dieser Beratungsstil hat sich dem traditionellen konfrontativen Umgangsstils mit suchtkranken Menschen als empirisch überlegen erwiesen und wird zunehmend zum „Betriebssystem“ der Suchtkrankenhilfe (Veltrup 2003). Wesentliche Merkmale dieses Stils sind nach den AWMF – Leitlinien (Demmel, Hapke, Kremer et al. 2003 in Bearbeitung):

- empathische Grundhaltung des Therapeuten
- Betrachtung von Abwehr auch als Ausdruck einer Störung der Interaktion zwischen Klient und Therapeut
- weitgehender Verzicht auf konfrontatives Vorgehen

- Förderung von Zuversicht, Selbstwirksamkeitserwartung und Veränderungsbereitschaft
- Vereinbarung von Behandlungszielen in gegenseitigem Einverständnis

Viele der genannten Grundprinzipien unserer Interventionen ergänzen sich mit der rehabilitativen Perspektive der Hilfsansätze, die sich für unsere Klinik nach Müller-Farnow (2002) verkürzt so darstellen lassen:

- **Orientierung am Individuum** durch individuelle Hilfeplanung in gegenseitiger Absprache („Was braucht der Patient jetzt?“)
- **Frühzeitige Inanspruchnahme** von Hilfe z. B. durch ein Angebot zur Raucherentwöhnung bereits während der Behandlung. Um die Zugangsschwellen für ein solches Programm zu senken ist nach den Prinzipien der Schadensminimierung (harm reduction) vorzugehen
- **Normalitätsprinzip** der Hilfe durch möglichst gemeindenaher Versorgung Hamburger und Patienten aus den angrenzenden Umlandregionen mit Schwerpunkt auf das nördliche Niedersachsen
- **Interaktion der Angebotssysteme** durch weitere Vernetzung mit anderen Anbietern z.B. durch Abschluß von Kooperationsverträgen wie mit der Drogenberatungsstelle in Lüneburg. Ein solches Interventionsnetzwerk ist eher in der Lage auf individuelle Behandlungsbedürfnisse einzugehen als das mittlerweile verlassene Konzept der „Behandlungskette“, das sowohl von einem starren statt dynamischen Motivationsverständnis ausging als auch die einzelnen Therapieangebote als sich gegenseitig ausschließend denn ergänzend betrachtet. Letztlich fehlen allerdings weiterhin klare evidenzbasierte Indikationskriterien, die rein fachlichen Anforderungen genügen würden (Müller-Farnow 2002, S. 110)
- **Ressourcenorientierung** durch Einbeziehung der Lebenszusammenhänge der Menschen in die Therapie. Diese wird grundsätzlich in der systemischen Perspektive der Klinik, der Arbeit auf dem Boden des Wirkfaktorenprinzips (Grawe 1994) sowie in der Angehörigenarbeit umgesetzt.
- **Prinzip der Wohnortnähe** wird durch die Lage der Klinik unmittelbar vor den Grenzen Hamburgs und Lüneburgs gewährleistet bei gleichzeitig möglichem Abstand zu belastenden Umfeldbedingungen in der direkten häuslichen Umgebung

Die hier einleitend beschriebenen Behandlungsprinzipien sind sowohl Ausdruck des gewachsenen Störungs- und Behandlungsverständnisses als auch der durch den Wechsel in der Leitung initiierten Veränderungsprozesse und werden sich natürlicherweise zukünftig im Sinne der „lernenden Organisation“ entsprechend kreativ anpassen und fortentwickeln.

2. Störungskonzepte zur Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen

Es werden im folgenden nur die Ansätze beschrieben, die für die Arbeit unserer Klinik ausschlaggebend sind. Da weiterhin kein integratives Modell der Entstehung und Aufrechterhaltung abhängigen Verhaltens besteht, versteht sich die Darstellung lediglich als eine Ansammlung von Partialtheorien. Feuerlein faßte diese bereits 1987 zum bio-psycho-sozialen Modell der Alkoholabhängigkeit zusammen, das später im erweiterten Autorenteam aktualisiert (Feuerlein, Kufner, Soyka 1998) und 2001 im DHS-Positionspapier auch auf die Konzeptbildung anderer Abhängigkeiten erweitert wurde. Interessanterweise geht dies ursächlich aus dem Bereich der Psychosomatischen Erkrankungen stammende Modell von Engel (1977) mittlerweile grundlegend in die Basisannahmen über die Genese aller psychischen Störungen ein (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 1997). Dies bedingt nicht nur für die primär im Fokus der Behandlung stehenden Abhängigkeitserkrankungen , sondern ebenfalls für die sie häufig komplizierenden komorbiden Störungen (z.B. Depressionen, Angststörungen) die Notwendigkeit, von monokausalen und linearen Erklärungs – und Behandlungsmodellen Abstand zu nehmen und statt dessen mit multifaktoriellen Ansätzen zu arbeiten.

Im weiteren werden die für unsere Therapie relevanten Aspekte der genannten Modellvorstellungen beschrieben.

2.1. Biologische Konzepte

Ebene der Zellmembran und Neurotransmitter:

Grundsätzlich beeinflußt Alkohol entweder direkt oder indirekt so gut wie alle der bekannten Neurotransmittersysteme im Gehirn. Die Komplexität dieses Geschehens entzieht sich somit naturgemäß gerade für die biologische Forschung monokausalen Erklärungsansätzen. Für die Behandlungspraxis haben sich dennoch z.Zt. folgende Erklärungsansätze nach Feuerlein (1987) durchgesetzt:

Alkohol beeinflusst Funktion und Anzahl der hemmenden und erregenden Rezeptoren auf der Zellmembran. Die verstärkende Wirkung auf den GABA-Rezeptor erklärt die dämpfende und anxiolytische Wirkung von Ethanol und die Kreuztoleranz mit Benzodiazepinen und Barbituraten. Da diese Substanzen selbst ein hohes Abhängigkeitspotential haben verbietet sich ein Einsatz in der Alkoholismustherapie.

Alkohol blockiert den erregend wirkenden Glutamatrezeptor und führt bei chronischem Gebrauch zu einer Anpassungsleistung des Organismus im Sinne einer Höherregulierung dieses Rezeptortypus, der damit zum dämpfenden GABA-Rezeptor und seinen Transmittersystemen in eine Dysbalance gerät. Auf der Verhaltensebene wird dieser hier sehr vereinfacht dargestellte Mechanismus als Unruhezustand und Suchtverlangen vom Individuum empfunden. Acamprosat nach dem Entzug über einen Zeitraum von 6 – 12 Monaten verabreicht, antagonisiert die Wirkung der vermehrt gebildeten Glutamatrezeptoren. Dieser Mechanismus führte in entsprechenden groß angelegten Studien bei ca. 4500 Patienten zu einer signifikanten Reduzierung der Rückfallrate um 50 % im Vergleich zur Kontrollgruppe durch eine subjektiv erlebte Beeinflussung des Verlangens nach Alkohol (Übersicht bei Soyka 1995 b). Der Einsatz von Acamprosat in der postakuten Behandlung der Alkoholabhängigkeit wird unter den verschiedenen Professionen in der Suchtkrankenhilfe kontrovers diskutiert und hat sich in ersten Ansätzen eher marginal im Vorfeld von Entwöhnungsbehandlungen etabliert (siehe auch Kapitel 8.2.2.).

Die euphorisierende Wirkung von Ethanol wird durch eine Modulation des körpereigenen Endorphinsystems erklärt. Eine Blockade von Opiatrezeptoren wie in der Behandlung von Opiatabhängigen seit längerem praktiziert verhindert demnach eine erneute Euphorisierung nach Exposition und soll sowohl das Verlangen reduzieren als auch die erneute Aufnahme von Alkohol vermeiden. Opiatantagonisten vom Typ des Naltrexon (Nemexin) sind bereits in den USA aber noch nicht in Deutschland zur Behandlung der Rückfälligkeit bei Alkoholabhängigen zugelassen. Im Rahmen der ärztlichen Therapiefreiheit darf es aber verschrieben werden und wird z.Zt. eher in auf Suchtkranke spezialisierten Krankenhausambulanzen oder suchtmmedizinischen Schwerpunktpraxen verschrieben. Weitere Studien im deutschsprachigen Raum werden vor Freigabe des Präparates eingefordert.

Darüber hinaus wurde kürzlich die Verabreichung einer Kombination von Acamprosat und Naltrexon nach Entzugsbehandlung erstmalig in einem groß angelegten Studiendesign

geprüft (Kiefer, Holzbach, Stracke et al. 2003). Die Ergebnisse standen in positiver Übereinstimmung mit den o.g. knapp dargestellten neurochemischen Grundannahmen: die kombinierte Verabreichung von Naltrexon und Acamprosat reduzierte signifikant in einem placebokontrolliertem Design die Rückfallraten Alkoholkranker gegenüber der Kontrollgruppe. Die Kombination beider Präparate wird erst seit kurzem im Rahmen der ärztlichen Behandlungsfreiheit vor allem im Umfeld von Suchtschwerpunktambulanzen eingesetzt. Hervorzuheben ist, daß die Verordnung von Anti-craving-Substanzen nur im Rahmen von psychosozialen Begleitprogrammen erfolgen sollte (siehe auch Kapitel 8.2.2.).

Neurobiologische Erklärungsebene:

Süchtiges Verhalten wird über einen oft langen Zeitraum gelernt. Grundlage von Lernprozessen ist die Anzahl und Stärke sowie Veränderbarkeit synaptischer Verbindungen im Gehirn und ihre Aktivierung. Das letzte Jahrzehnt des vergangenen Jahrhunderts ist aufgrund der enormen Entwicklung der funktionellen Hirnforschung, die durch neuere bildgebende Verfahren dem lebenden Menschen bei „Denken, Fühlen und Handeln“ (Roth 2001) zusehen kann, zurecht als „Jahrzehnt des Gehirns“ bezeichnet worden. Die Auswirkungen auf ehemals „weiche“ Disziplinen wie Psychotherapie oder Psychiatrie oder deren Spezialgebiet Suchttherapie sind erst in Ansätzen erkennbar, werden aber weitreichende therapeutische Konsequenzen haben.

Für die Therapie Abhängigkeitskranker sind folgende Befunde relevant: Der Neurotransmitter Dopamin spielt die entscheidende Rolle bei der gedächtnisbildenden Verankerung (Lernen) von neuen sensorischen Informationen, die als „besser als erwartet“ registriert und auf der Erlebensebene mit entsprechendem Wohlbefinden belohnt werden (Spitzer 2002). Die Hirnstrukturen und Belohnungssysteme in denen sich diese Speicherprozesse abspielen, sind demnach zwar richtig aber verkürzt als „Suchtgedächtnis“ bezeichnet worden, denn neben psychotropen Substanzen aktivieren Nahrungsaufnahme, Sexualverhalten, Musik u.a. Faktoren dieses neuronale Motivationssystem. Nach Spitzer ist Dopamin neben Lernprozessen gerade auch für die Bewertung von Umweltreizen zuständig, die permanent millionenfach auf uns einprasseln. Dieses System verleiht den Dingen um uns herum Sinn und Bedeutung. Bedeutsam ist, was neu ist, was für uns gut (wie z.B. der psychotrope Effekt von Drogen) ist und vor allem, was besser als erwartet ist (dito). Das dopaminerge

Belohnungssystem treibt uns (nach neuem) um, motiviert unsere Handlungen und bestimmt , was wir lernen.

In diesem Kontext speziell nur auf Drogenkonsum eingeschränkt, beschreibt Zieglgänsberger (2000), daß alle derzeit bekannten psychotrop wirksamen Substanzen zu einer Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin in limbischen Strukturen des Zentralnervensystems führen. Die Aktivierung des Dopaminsystems durch eine Droge oder durch elektrische Reizung im Tierexperiment führt zu einer positiven Verstärkerwirkung (= Belohnung): es kommt zu einer Zunahme aller Verhaltensweisen, die bereits schon den Zugang zur Droge begünstigen. Das bedeutet, daß bereits alle mit dem Konsum einmal im Gehirn gekoppelte Situationen oder Reize zum (un)bewußten Suchen nach der Droge führen. Werden im Tierexperiment diese anatomischen Strukturen zerstört, dann werden auch die Verstärkerwirkungen der meisten Drogen vollständig aufgehoben.

Unter der wiederholten Zufuhr einer Droge kommt es in diesen neuronalen Belohnungssystemen auf zellulärer, biochemischer und synaptischer Verflechtungsebene zu Sensibilisierungs – und Konditionierungsvorgängen , die dann zum anhaltenden Verlangen nach der Droge und zu hypersensibelen Reaktionen nach Konsum der Droge führen können. Lindenmeyer (2003) beschrieb diesen Vorgang anschaulich am Beispiel des Konsums von Schokolade: Existiert zunächst nur der Wunsch („liking“) nach dem Verzehr eines Stückes, führt dies bei den meisten Menschen aber mindestens zum Konsum eines ganzen Riegels durch ein „mehr haben wollen“ („wanting“) und schließlich bei besonders sensibilisierten zu einem vollständigem Verzehr selbst unter Inkaufnahme von unangenehmen Übersättigungsgefühlen.

Bereit selbst der alleinige Vorhersagewert (Wie wird es mir gehen, wenn ich Alkohol/Zigaretten konsumiere ?) eines Reizes, kann schon belohnend auf cerebrale Strukturen wirken und komplexe Verschaltungsmuster aktivieren (Spitzer 2002 a, S. 182; Zieglgänsberger 2000, S. 28). Das bedeutet, daß bereits der bloße bewußte oder auch unbewußte Gedanke z.B. an Alkohol oder Zigaretten angenehm erlebt wird, das Verlangen nach der Droge steigern kann und zu einer physiologischen und motorischen Bereitschaft führt, dies auch in die Tat umzusetzen. Ähnliches ist bekannt beim Gedanken an Essen oder Sexualität, die ebenfalls das Belohnungssystem aktivieren.

Diese Sensitivierung ist in hohem Maße kontextspezifisch, d.h. von situativen Umgebungsbedingungen abhängig (Lindenmeyer 2002). So erklärt sich nebenbei ein unerwünschter Effekt vollstationärer Behandlung, der im Positionspapier der DHS (2002) als negativer Umfeldeffekt („Käseglocke“) durch Abschottung des Klientels bezeichnet wird: die Patienten berichten zu selten über Verlangen und können sich dementsprechend nicht mit Risikosituationen auseinandersetzen, wenn diese nicht therapeutisch provoziert werden.

Komplizierend kommt hinzu, das die Anreizfunktion von Alkohol oft nur als unterschwelliger Wahrnehmungs-, Aufmerksamkeits – und Gedächtniseffekt im assoziativen Erinnerungssystem in Erscheinung tritt und somit vorbewusst selbst nach jahrelanger Abstinenz zu Rückfällen führen kann. Wichtig ist hierbei der Fakt, daß Rückfälle eben oft als stereotyp ablaufende Verhaltensweisen, die nur teilweise oder gar nicht kognitiv erfaßt werden können und als Antwort auf spezifische Schlüsselreize zu werten sind, die dann mit verminderter oder gänzlich aufgehobener Kontrolle einhergehen. „Bildlich gesprochen haben sich die Machtverhältnisse zwischen Großhirn und Zwischenhirn dauerhaft verschoben, was die Gefahr eines Rückfalls erhöht“ (Lindenmeyer 2002 b). Auch deshalb sei einem derartig von der molekularen Trägerebene über die neuronale Musterebene bis zur psychologischen Bedeutungsebene zum Bestandteil der Persönlichkeit gewordenen Suchtgedächtnis therapeutisch auch so schwer beizukommen (Böning 1994, 2002).

Verhaltenstherapeutische Reizkonfrontationsverfahren und kognitive Umstruktuirung im Umgang mit Schlüsselreizen wie Anblick, Geruch oder bestimmten suchtmittelbezogenen Erfahrungen sind die psychotherapeutischen Antworten, die das wechselseitige Prinzip des neuroplastischen Umbaus des Gehirns durch Verhalten und Erleben berücksichtigen (Böning 2002; Lindenmeyer 2002). Davon unbenommen bleibt selbstverständlich weiterhin die Notwendigkeit der Erarbeitung einer grundlegenden Neuorientierung der Werthierarchie des abhängigen Menschen in der Therapie.

Die indikativen Gruppe „Rückfallprophylaxe“ und die Arbeit mit Rückfälligen während der Behandlung berücksichtigt die o.g. verhaltensrelevanten Aspekte (Kapitel 8.1.5. und 8.1.7.) der neurobiologischen Grundlagenforschung.

Der Philosoph und Neurobiologe Roth (2002 b) betont ebenfalls den Sachverhalt der unbewußten Verhaltenssteuerung aus Sicht der bildgebenden funktionellen

neurobiologischen Forschung auch unabhängig von Rückfallprozessen und sieht viele Annahmen der psychoanalytischen Schule bestätigt: Das emotionale Erfahrungsgedächtnis, das in Strukturen des limbischen Systems als zentraler menschlicher Bewertungsinstanz lokalisiert ist, hat bei der Handlungssteuerung das „erste und letzte Wort“. Diese subcorticalen („unbewußten“) neurobiologischen Strukturen dominieren „höhere“ bewußtseinsfähige kortikale Strukturen bei der Entstehung von Wünschen, Absichten, Plänen und der Entscheidung darüber, was umgesetzt wird. Korrekturen dieser Wahrnehmungs- – und Handlungsabläufe sind nur mit „Aufwand“ im Sinne einer „emotionalen Revolution“ möglich. Reine Einsichtsapelle bewirken aus neurobiologischer Sicht nichts, Psychotherapie müsse primär emotional wirken, wenn sie effektiv sein will. Das therapeutische Klima müsse angstfrei und empathisch sein, um so Veränderungs – und damit Lernprozesse optimal zu ermöglichen

Hüther (2003) unterstreicht diesen Ansatz, in dem er auf die Störbarkeit und Fragilität neuronaler Strukturen durch negative frühkindliche Einflüsse und die sich daraus ergebenden späteren Defizite im Beziehungs, Streß – und Bewältigungsverhalten Erwachsener verweist, die dann durch Suchtstoffeinnahme „therapiert“ werden. Die Veränderungen der neuronalen Verschaltungen und Überträgersysteme bilden das neurobiologische Substrat für die nach dem Entzug lange weiter fortbestehende psychische Abhängigkeit, die sich im Craving (Suchtdruck) und erneuten Kontrollverlusten mit entsprechender Rückfälligkeit zeigt. Je stärker solche Veränderungen ausgeprägt sind, desto größer die Rückfallgefahr. Diese neuroadaptiven Veränderungen können nur in einem meist langwierigen Umorganisationsprozeß – wenn überhaupt – aufgelöst werden.

Eine gänzliche „Löschung“ dieser oft jahrzehntelang durch den Suchtmittelkonsum modifizierten Strukturen scheint zum heutigen Zeitpunkt trotz intensiver Forschungsbemühungen (Wolfgram 2001) nicht durchführbar. Der langwierige Umorganisationsprozeß gelingt jedoch um so besser, je stärker er mit einer Aktivierung emotionaler Zentren einhergeht, die dem Patienten signalisieren, daß die angestrebte Veränderung zu bewältigen ist (Aufbau von Veränderungszuversicht auf empathischer Grundhaltung des Therapeuten) und auch Freude (Abstinenz wird positiv erlebt, Veränderungsprozesse bringen Freude !) macht (Hüther 2003).

„Wir wissen, daß und wie die Biologie des Gehirns auf die Psychologie, d.h. unsere subjektiven Erfahrungen wirkt, und wie die Erfahrungen umgekehrt die Biologie beeinflussen. ... entsprechende Modelle seelischer Erkrankungen verweisen deutlicher denn je auf eine Integration therapeutischer Strategien“ (Spitzer 2003). Die „Neurobiologie der Psychotherapie“ (Schiepek, G. 2003) wird in den nächsten Jahren entscheidenden Einfluß auf psychotherapeutische Vorgehensweisen nehmen.

Neurobiologische Ansätze und deren therapeutische Umsetzung in der Praxis finden sich auch in traditionellen Vorstellungen über Rückfallereignisse z.B. in der Philosophie der Anonymen Alkoholiker (1980). Dogma ist dort, daß „Rückfälle im Kopf“ passieren, wobei damit aber oft nur die bewußte Vornahme erneuten Substanzkonsums sowie „nasse“ Gedanken oder Verhaltensweisen gemeint sind. Der Umgang mit dem Reiz / Trigger kann nur der sein, das „erste Glas stehen zu lassen“. Voraussetzung ist eine Integration der Erkrankung in das Selbstbild („Kapitulation“). Dies kann in einem Kreis gleichermaßen Betroffener besonders gut gelingen, der emotional durch Akzeptanz und nach außen durch Verschwiegenheit der Gruppenteilnehmer gekennzeichnet ist (siehe auch Kapitel 2.4.).

2.2. Sozialwissenschaftliche Konzepte

Bei der Betrachtung sozialwissenschaftlicher Modelle zur Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen, werden verschiedene gesellschaftliche Ebenen unterschieden: angefangen bei der Mikroebene der Familie und der Peergruppe, über die Mesoebene mit z.B. Schule und Beruf, bis hin zur Makroebene der gesamten Gesellschaft (Schmidt , Alte-Teigeler, Hurrelmann 1999). Als wichtige Einflußvariablen werden dabei die vermittelten sozialen Normen, Werte und Traditionen bzgl. des Umgangs mit Suchtmitteln angeführt. Es besteht Konsens darüber, daß das Trinkverhalten durch gesellschaftlich vorgegebene Einstellungen, Erwartungen und Handlungen mitgesteuert wird (Arend 1999). Zum anderen werden als Einflußvariablen mögliche soziale Belastungsfaktoren durch die soziale Umwelt beschrieben, wie z.B. ein schlechtes Familienklima und konfliktreiche familiäre Beziehungen oder Arbeitslosigkeit (Schmidt, Alte-Teigeler, Hurrelmann 1999).

Auf der Makroebene beschreibt Lindenmeyer (1999) Deutschland als eine "gestörte Trinkkultur", in der die Mischung aus hohem und verbreitetem Alkoholkonsum, einhergehend mit unklaren Regeln und Grenzen im Umgang mit Alkohol, die Entstehung von risikoreichem und mißbräuchlichem Konsum fördert. Weitere Autoren beschreiben die westlichen

Industrielländer als "Erlebnisgesellschaften", mit dem speziellen Risiko, Rauschmittel zum gesteigerten Erleben und als bewußtseinsverändernde Stoffe einzusetzen (Tretter, Müller, 2001), und Deutschland als gestörte Permissivkultur bzgl. des Konsums von Alkohol (Schlüter-Dupont 1990).

Wichtige Sozialisationsinstanzen im Meso- und Mikrobereich sind die Schule, der Arbeitsplatz, die Gruppe der Gleichaltrigen sowie die Herkunftsfamilie. Bezüglich des Einflusses der Arbeit gibt es beispielsweise von Feuerlein (1998) eine Übersicht über typische berufsbezogene Risikofaktoren für die Entwicklung einer Alkoholproblematik.

Die Bedeutung der Herkunftsfamilie für die Entwicklung einer Alkoholproblematik wird immer wieder postuliert, wenn auch die Forschungsergebnisse z. T. inkonsistent sind. Wichtig scheinen hier die Einstellungen der Eltern gegenüber Suchtmitteln, ihr eigenes Konsumverhalten - bei empirisch nachgewiesenem Effekt des Modellernens - sowie der Erziehungsstil und die Eltern-Kind-Beziehung zu sein (Arend 1999). Als risikoreiche Erziehungsstile werden z.B. ein sehr permissiver sowie ein sehr zurückweisender Stil angeführt (Tretter, Müller, 2001). Weiterhin wird häufig auf den Einfluß eines Suchtmittelmißbrauchs der Eltern, oder eines Elternteils, hingewiesen, mit einem in der Konsequenz höheren Risiko der betroffenen Kinder für die Entwicklung einer Suchtmittelproblematik, besonders bei hohem Alkoholkonsum des Vaters (Feuerlein 1999). Die Befunde im Bereich "Einfluß der Familie auf die Entwicklung einer Suchtmittelproblematik" bleiben teils widersprüchlich und legen laut Arend (1999) nahe, daß nicht einzelne familiäre Variablen ausschlaggebend sind, sondern komplexere suchtfördernde familiäre Verhaltensmuster und Familienstrukturen. Die Peergruppe scheint sowohl für den Beginn wie auch für die weitere Entwicklung des Suchtmittelkonsums eine wichtige Rolle zu spielen, wobei soziale Unterstützung und Anerkennung, das direkte Angebot der Suchtmittel, die vermittelten Normen, Modellernens sowie sozialer Druck einflußreiche Faktoren auf das Konsumverhalten darstellen (Feuerlein 1999; Schmidt, Alte-Teigeler, Hurrelmann 1999; Collins, Marlatt 1981; Collins, Parks et al. 1986).

Es ist bzgl. der obigen Ausführungen zu betonen, daß bei der Betrachtung der soziokulturellen Faktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht keine eindeutige Forschungslage vorliegt und somit die spezifischen Zusammenhänge nicht zufriedenstellend benannt werden können. Weiterhin sind die angeführten Bedingungen keine sich unmittelbar und kausal auswirkenden Faktoren für den Suchtmittelkonsum, sondern lediglich

Rahmenbedingungen, die den jeweiligen individuellen Suchtmittelkonsum modifizieren, begünstigen oder auch einschränken (Feuerlein 1998). Trotz dieser Einschränkungen ist der Einfluß der soziokulturellen und Umweltfaktoren unbestritten und muß in multifaktorielle Erklärungsmodelle für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, wie auch bei deren Behandlung, mit einbezogen werden.

2.3. Psychologische Konzepte

Lerntheorien

Abhängigkeitserkrankungen werden als erlernte Verhaltensmuster verstanden.

Kinder sammeln erste Erfahrungen mit Suchtmitteln, insbesondere mit sozial akzeptiertem Alkohol- und Nikotinkonsum, durch Beobachtung ihres sozialen Umfeldes über den Effekt des Modellernens (Bandura 1969). Der Konsum beginnt in der Regel in der Adoleszenz.

Während der Gewöhnungsphase treten Effekte des operanten Konditionierens in den Vordergrund (Schlüter-Dupont 1990; Rist, Watzl 1999). Als direkte positive Verstärker wirken Suchtmittelleffekte wie Euphorisierung, Enthemmung, usw., indirekt wirken Zuwendung durch die Peergroup für den Konsum selbst und veränderte, sozial erwünschte Verhaltensweisen (Arend 1994). Als direkte negative Verstärker wirken angstreduzierende, sedierende u.a. Effekte der Droge, als Indirekte z.B. der Wegfall von Langeweile, Isolation, depressiven Verstimmungen.

Im weiteren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung lernt eine Person, sich immer mehr positive und negative Verstärker durch den Suchtmittelkonsum „zu holen“. Die positive Verstärkung scheint dabei zunehmend zugunsten der Vermeidung unangenehmer Situationen und Zustände in den Hintergrund zu treten. Parallel dazu werden andere Belohnungsquellen wie z.B. erfolgreiche, suchtmittelfreie Überwindung von Unsicherheiten und Ängsten nicht erschlossen.

Aufgrund des sich stetig steigenden Konsums einsetzende negative Konsequenzen und Reaktionen des Umfeldes können kurzzeitig die Einnahme unterbinden, werden andererseits wieder Anlaß für erneuten Konsum. Langfristig führen diese Umstände zu einem Muster intermittierender Verstärkung und damit zu erhöhter Lösungsresistenz des abhängigen Verhaltens (Rist, Watzl 1999). Schließlich kommt es nach oft langjährigen Entwicklungen zu körperlicher Abhängigkeit und das Suchtmittel dient im Wesentlichen noch der Vermeidung des Entzugssyndroms. „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 beziehen, neben der operanten Konditionierung, kognitive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsprozesse in die Betrachtung ein. Dabei wird davon ausgegangen, daß die im Laufe der lebenslangen Lerngeschichte verarbeiteten und abgespeicherten Informationen im Sinne von Top-Dow-Prozessen jede neue Informationsverarbeitung mitsteuern (Bartling et al. 1992). Beck geht in bezug auf Alkohol von problematischen Grundannahmen über das Selbst aus, die negative automatische Gedanken und Emotionen auslösen. Nachfolgend haben positive Wirkungserwartungen an das Suchtmittel und erlaubniserteilende Gedanken immer wieder die Bewältigungsstrategie Trinken zur Folge (Beck et al. 1997).

Therapeutische Ansatzpunkte sind die Grundannahmen und die darauf folgenden kognitiven Prozesse. Konstrukte, die in diesem Kontext eine wichtige Rolle spielen sind:

- Soziale Kompetenz

In Längsschnittstudien konnte für prämorbid, jugendliche Alkoholranke ein reduziertes Maß sozialer Kompetenzen nachgewiesen werden (Cox 1987). Allgemeiner wird davon ausgegangen, daß bei Abhängigkeitskranken Defizite im Bereich der sozialen Fertigkeiten vorliegen mit der Konsequenz, daß andere potente Verstärkerquellen als das Suchtmittel nur schwer erschlossen werden können.

- Wirkungserwartung an das Suchtmittel

Wirkungserwartungen an Alkohol werden schon im Kindesalter gebildet (Miller et al. 1990) und verändern sich kaum durch reale Erfahrung (Christiansen et al. 1985). So bleibt auch nach langjähriger Suchtgeschichte eine positive Wirkungserwartung an das Suchtmittel erhalten. Längerfristig negative Konsequenzen bleiben eher ausgeblendet. Dies trifft besonders in individuell problematischen, typischerweise konsumauslösenden Situationen zu.

- Coping (Bewältigungs) - Strategien

Es wird angenommen, daß Abhängigkeitsranke häufig nicht über angemessene Bewältigungsstrategien für Problemsituationen verfügen. Der Suchtmittelkonsum stellt ein Coping-Verhalten dar, weil Personen damit Streß reduzieren und positive Affekte steigern können.

- Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura 1977)

Es wird angenommen, daß Abhängigkeitskranke eher überzeugt sind, problematische Situationen nicht aus eigener Kraft bewältigen zu können. Selbst wenn sie über angemessene Coping-Strategien verfügen, unterlassen sie auf diesem Hintergrund Lösungsversuche in nüchternem Zustand. „Alkohol steigert zunächst die positiven Selbstwirksamkeitserwartungen in lustvollen und unlustvollen Situationen“ (Tretter, Müller 2001).

Psychoanalytische/tiefenpsychologische Theorien

Analytische Theorien gehen davon aus, daß Abhängigkeitserkrankungen sich in der Regel in Verbindung mit einer frühkindlichen Entwicklungsstörung entfalten. Abweichend davon gebe es in eher kleinerer Zahl Suchterkrankungen, die, bei gesunder Persönlichkeit, aufgrund extrem ungünstiger Umweltbedingungen entstehen (Rost 1987).

Die kindliche Entwicklung verläuft in Phasen mit bestimmten Entwicklungsaufgaben, deren Erledigung durch ungünstige Bedingungen gestört sein kann. Je nach Zeitpunkt der Störung ergeben sich unterschiedliche strukturelle Mängel oder innerpsychische Konflikte, die dem Suchtmittelkonsum jeweils spezielle Funktion und Bedeutung geben. In Anlehnung an Rost (1987) sollen diese Zusammenhänge hier verkürzt dargestellt werden.

Objekt-Psychologie:

In der anfänglich symbiotischen Beziehung erlebt der Säugling sich als Einheit mit der Mutter, ohne Abgrenzung zu ihr. Nach einigen Monaten beginnt eine schrittweise Differenzierung und der innerpsychische Aufbau von Selbst- und Objektrepräsentanzen. Diese sind zunächst gespalten in gute und böse Selbst- und Objektanteile. Überwiegen im weiteren Verlauf die guten Erfahrungen mit dem Liebesobjekt, i. d. R. die Mutter, können die Teilrepräsentanzen des Selbst und des Objektes integriert werden (Mahler et al. 1980, Blanck, G. u. Blanck, R. 1981). Praktisch bedeutet das unter anderem, am Gegenüber sowohl positive als auch negative Eigenschaften wahrnehmen und akzeptieren zu können. Ein weiteres Ergebnis dieser Entwicklung ist die Objektkonstanz: das sichere innere Bild der Mutter auch in deren Abwesenheit ermöglicht die Lösung aus der Symbiose ohne Ängste vor Vernichtung (Selbstkonstanz). Die erfolgreiche Entwicklung auf dieser Ebene ist Voraussetzung für eine gesunde Ich-Entwicklung (s.u.), ein stabiles Selbstwertgefühl und die Fähigkeit angemessener Beziehungsgestaltung im weiteren Lebensverlauf.

Kommt es durch überwiegende Frustration, Zurückweisung, usw. zu Störungen in diesem Prozeß, bleibt die Spaltung in Teilobjekte erhalten. In der Folge werden Beziehungen zu anderen ambivalent, überfordernd und bedrohlich erlebt. Idealisierung und heftige Aggressionen wechseln sich in Kontakten zu anderen, aber auch in der Selbstwahrnehmung unvermittelt ab. Das Suchtmittel dient als Ersatzobjekt und als „Ausgleich für einen Defekt in der psychischen Struktur“ (Kohut 1975, S.66). Es übernimmt schützende, stabilisierende und regulierende Funktionen, ist immer verfügbar und bietet die Möglichkeit „... die illusionäre Vorstellung von einem narzißtischen Zustand des Wohlbefindens aufrechtzuerhalten“ (Heigl-Evers, Standtee 1989). Gleichzeitig dient es durch körperliche und soziale Schädigung auch den selbstaggressiven Tendenzen.

Ich-Psychologie:

Das Ich hat die Aufgabe, vermittelnd zwischen

- dem Es, als weitgehend unbewußtem Bereich der Triebe bzw. Gefühle
- dem Über-Ich, als Bereich der Normen und des Gewissens
- sowie den Erwartungen der Umwelt

tätig zu sein. Störungen der Ich-Entwicklung führen zu Ich-Schwäche und Überforderung. Die Folge ist 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 (Abfalg, Rothenbacher 1987, S.47-51) .

Triebpsychologie:

Konzepte der oralen Fixierung im Zusammenhang mit der Alkoholabhängigkeit sind eher in den Hintergrund getreten. Nicht verarbeitete ödipale Konflikte und eine zu starke Triebunterdrückung sind nach Rost am ehesten die Problematiken, die sich im Rahmen der Triebtheorie mit Alkoholabhängigkeit in Verbindung bringen lassen. Das Suchtmittel dient in diesem Fall dem Ausleben unterdrückter Wünsche und Bedürfnisse.

Systemische/Familientherapeutische Theorien

„Die Ergebnisse familienorientierter Forschung rechtfertigen die Annahme suchtspezifischer Familienstrukturen nicht“ (Schwertl 1998, S.24). Zwar lassen sich eine Reihe familiärer Faktoren benennen, die eine Abhängigkeitserkrankung begünstigen können (siehe 2.3), die

Suche nach der Suchtfamilie scheint aber ebenso erfolglos wie die Suche nach der Suchtpersonlichkeit.

Auch gibt es zur Zeit kein befriedigendes Modell hinsichtlich des Zusammenwirkens individueller, dyadischer, familiärer und sozialer Komponenten in der Suchtentstehung.

Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie haben in der Adaption systemischen Denkens jeweils eigene Varianten der Familientherapie entwickelt. Darüber hinaus bestehen eigenständige Ansätze (von Schlippe 1984; Kriz 1994). Gemeinsam ist allen, daß sie den (Index-)Patienten als Teil eines oder mehrerer verschachtelter Systeme verstehen. Diese Systeme streben ein funktionales Gleichgewicht an. Auch die Suchterkrankung hat jeweils eine systemstabilisierende Funktion bzw. stellt einen Lösungsversuch des Systems dar. Der Focus der Betrachtung liegt je nach Therapieschule auf unterschiedlichen Aspekten (Feuerlein et al. 1998, S.278-282).

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. Es sind auf individueller und Systemebene aber immer auch Ressourcen vorhanden. Aufgabe des Therapeuten ist es insbesondere, diese Ressourcen durch geeignete Interventionen wieder zugänglich zu machen und lösungsorientiert Entwicklungsmöglichkeiten zu erarbeiten (Feuerlein et al. 1998, S.291-292) .

Im Rahmen unserer Behandlung fließt diese Betrachtungsweise in der Beteiligung der Angehörigen, aber auch im Hinblick auf Arbeitsplatz und sonstige soziale Netze in die therapeutische Arbeit ein. Dabei werden Ansätze und Behandlungsaspekte verschiedener familientherapeutischer Schulen vereint, z.B nach Thomasius et al. 2000: Mehrgenerationenperspektive und unbewußte familiäre Konflikte (Psychodynamische Familientherapie); Subsysteme, Hierarchien und Koalitionen (Strukturelle Familientherapie); symptomhaltende Interaktionsmuster (Strategische Familientherapie).

„Allgemeine Psychotherapie“

Grawe (1994 a) fordert auf der Basis der Ergebnisse seiner Studien zur Therapiewirksamkeit eine neue „Allgemeine Psychotherapie“, die auf 4 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, etc. 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

„Therapiekonzeptionen, die diese vier Wirkfaktoren nicht mit dem ihnen aufgrund der empirischen Forschungsergebnisse zukommenden Gewicht berücksichtigen, werden auf Dauer nicht haltbar sein“ (Grawe 1994 b).

Im Rahmen unserer Behandlung ist besonders die Tiefenpsychologie geeignet, unbewusste Motive und Ziele für den Patienten erlebbar und damit handhabbar zu machen. Die Lerntheorien stellen Problemaktualisierung und Bewältigungsarbeit in den Vordergrund. Die schulübergreifende 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.

Dabei kommt der wertschätzenden und stützenden Therapiebeziehung eine besondere Bedeutung zu, da sie einerseits eine der Ressourcen des Patienten darstellt und andererseits nachweislich einen erheblichen Einfluß auf den Therapieerfolg hat (Orlinsky et al. 1994). Traditionell legen wir großen Wert auf eine menschlich zugewandte und enge Beziehungsgestaltung zu unseren Patienten.

Methodenvielfalt und unterschiedliche diagnostische Zugänge bieten die Möglichkeit, flexibel und individuell auf die Probleme und Ziele der Patienten einzugehen. Grawe's Forschungsergebnisse und Schlußfolgerungen bilden die theorienübergreifende Klammer für unseren Behandlungsansatz. Die vier Wirkfaktoren können „... als Heuristiken oder Perspektiven benutzt werden, unter denen das Therapiegesehen gemeinsam reflektiert wird“ (Grawe 1994 b). Die vielfältigen Ansätze in der Therapie der Alkoholabhängigkeit können geradezu als Prototyp eines störungsspezifischen statt eines schulengebundenen (mit dem Anspruch alle psychischen Störungen mit genau dieser einen Schule behandeln zu können) Vorgehens in der Behandlung gesehen werden (Berger, Gann 2003). – Anzumerken bleibt, daß dieser Ansatz nicht nur für ein professionelles Behandlungssetting gilt, sondern auch für die ehrenamtliche Arbeit der Selbsthilfegruppen, wo ausschließlich in diesem Setting bis zu einem Viertel der Teilnehmer abstinent werden. Watzl (2002) vermutet deshalb folgerichtig, daß viele der o.g. unspezifischen therapeutischen Wirkfaktoren ebenso wie

neurobiologische Erklärungsansätze (Roth 2002; Stracke 2003) im Ansatz der Selbsthilfegruppen erfolgreich zusammenwirken.

2.4. Auswirkungen auf die Behandlung am Fachkrankenhaus Hansenburg

Das bio-psycho-soziale Modell, wie es für den Bereich der Abhängigkeitserkrankungen von Feuerlein formuliert wurde, stellt vor dem Hintergrund einer fehlenden integrierenden Theorie die verbindende Klammer der genannten Therapieansätze da. Aus diesen sind die für eine suchtspezifische Behandlung relevanten ätiologischen Bedingungen handlungsleitend zu berücksichtigen. Dabei wird erfahrungsfundiertes und empirisch abgesichertes Wissen über therapeutische Maßnahmen genutzt, wie es das schulenübergreifende Modell der therapeutischen Wirkfaktoren von Grawe bietet.

Vor dem Hintergrund der neueren Hirnforschung sind insbesondere tiefenpsychologische Elemente der Bewußtwerdung (Wirkfaktor Klärungshilfe) und der „korrigierenden emotionalen Erfahrung“ auf dem Boden einer grundsätzlich empathischen Haltung des Therapeuten wichtig. Der akzeptierende „menschliche“ Umgang in einer angstfreien überschaubaren, der Kleinfamilie ähnlichen Klinikgemeinschaft in einem partnerschaftlichen Therapeut – Patient Verhältnis schafft die tragende emotionale Basis für Umstrukturierungsprozesse bei den Patienten.

Ebenfalls im Sinne der neueren neurobiologischen Verhaltensforschung steht die Erkenntnis vorbewußt ablaufender Rückfallprozesse, die in unseren indikativen Ansätzen zur Rückfallprophylaxe und bei aktueller Rückfälligkeit Berücksichtigung finden (Wirkfaktor Klärungshilfe, Problemaktualisierung sowie aktive Hilfe bei der Problembewältigung). Kognitiv – verhaltenstherapeutische Ansätze werden in diesem Kontext ebenso umgesetzt wie die schwerpunktmäßig auf Ressourcenaktivierung abzielenden systemischen Vorgehensweisen.

Auf der Basis des bio-psycho-sozialen Entstehungsmodell kommen entsprechende medizinische und psychiatrische Behandlungsansätze, psychologisch-psychotherapeutische Interventionen sowie Maßnahmen zur sozialen und arbeitsbezogenen Rehabilitation zur Anwendung.

Vorrangiges Ziel der Behandlung ist die Wiederherstellung bzw. Sicherung der Erwerbstätigkeit auf dem Boden von Abstinenzkompetenz.

Diese werden durch weitere Zielvorgaben erreicht: 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, persönliche Nachreifung und damit Korrekturmöglichkeit 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 Selbststabilisierungsfähigkeiten und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Rückfallprophylaxe und -management, Erstellung von Fähigkeitsanalysen für Arbeitsprozesse, Unterstützung bei Arbeits- und gegebenenfalls Wohnungssuche.

Einen unverzichtbaren Anteil an dem gesamten Behandlungsprozeß stellt die traditionelle Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen da, die sich unseren Patienten wöchentlich vorstellen. Die Teilnahme an einer nachsorgenden Selbsthilfegruppe erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit abstinent zu bleiben (Küfner, Feuerlein, Huber 1988).

3. Medizinische Rehabilitation am Fachkrankenhaus Hansenborg

3.1. Ganzheitliche Rehabilitation

Ausgehend von biologischen, sozialen und psychologischen Grundannahmen über die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen erfolgt ein methodenübergreifender, integrativer Behandlungsansatz, der medizinisch-psychiatrische, psychologische und sozialtherapeutische Interventionen in einem multiprofessionellen Behandlungsteam beinhaltet.

3.2. Strukturierte Behandlung

Die Therapie wird in aufeinander folgenden Abschnitten durchlaufen, die aufeinander aufbauen. Dabei ist das gemeinsame Zusammenleben in Klinik und Bezugsgruppe ein wesentliches verbindendes Element sowohl im Erkennen von Beziehungsdefiziten, als auch Wiederentdecken von Ressourcen und Veränderungsmöglichkeiten (soziales Lernen).

Am Anfang der Rehabilitation steht, unter der Federführung des Bezugstherapeuten, eine umfassende Diagnostik, die die Basis für die folgenden individuellen Angebote darstellt.

Neben den indikativen Angeboten ist die Bezugsgruppe, an der der Patient bereits schon in der Aufnahme phase in den 1 x wöchentlich stattfindenden abendlichen Sitzungen ohne Therapeuten teilnimmt, der zentrale Dreh - und Angelpunkt seiner gemeinschaftsbezogenen Auseinandersetzung mit problematischen aber auch der Wiederentdeckung „gesunder“ Verhaltensmuster. Auf speziellere individuelle Problematiken ist die regelhaft stattfindende Einzeltherapie ausgerichtet. Der zeitliche Umfang der Behandlung wird unter Berücksichtigung möglicher Vorbehandlungen, der Situation nach Therapie und den Rahmenbedingungen der Kostenzusage der Versicherungsträger individuell abgestimmt.

Regelhaft stattfindende Belastungserprobungen dienen nach systematischer Vorbereitung der Erprobung neuer Einstellungs – und Verhaltensänderungen in Konfrontation mit der Alltagsrealität. Die Bearbeitung von Rückfällen in dieser Zeit erlaubt eine realistischere Sicht auf die tatsächlichen Möglichkeiten des Patienten, schließt somit diagnostische Lücken und eröffnet zusätzliche Möglichkeiten der Bearbeitung defizitärer Verhaltensstrategien sowie problematischer und ambivalenter Haltungen zum Suchtmittelkonsum.

In den einzeltherapeutischen Sitzungen werden gezielt Maßnahmen der beruflichen und sozialen Reintegration besprochen, die auf der Arbeits – und Sozialanamnese und dem Erstellen eines Fertigkeitenprofils mit dem Assessmentinstrument MELBA beruhen. Dieses Instrument wird z.Zt. dieser Konzepterstellung in den Behandlungsprozeß eingeführt. Berufliche und soziale (Re)integration sind für den langfristigen Erfolg der medizinischen Rehabilitation von besonderer Bedeutung.

Die während der Klinikbehandlung stattfindende Beratung zur Abklärung einer eventuellen anschließenden beruflichen Rehabilitation ist zentraler Bestandteil des Angebotes. Alle sozialmedizinischen und sozialtherapeutischen Interventionen zielen letztlich auf die mittels der Rehabilitationsbehandlung gesicherten oder neu erreichten Erwerbsfähigkeit (Schallenberg 1996, 2003). Diese wird auf dem Boden einer fundierten emotionalen und kognitiven Krankheitsakzeptanz und Abstinenzentscheidung sowie dem Erwerb von Abstinenzkompetenz erarbeitet.

Arbeitstherapie, spezifische Trainings – und Unterstützungsangebote wie Sozial - und Schuldnerberatung sollen den Übergang in den Alltag erleichtern und eine psychosoziale Stabilisierung ermöglichen. Dies gelingt bei einigen Patienten erst nach Weiterleitung in eine entsprechende Adaptionseinrichtung, wo der in der Entwöhnungsbehandlung begonnene Stabilisierungsprozeß weiter gefestigt und langfristig abgesichert wird.

3.3. Kundenorientierung

Unter dem Primat eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen Patienten und Behandlern, wie es v.a. auch das neue Sozialgesetzbuch IX, das eine deutliche Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes der Patienten beinhaltet, vorsieht, spielt eine gewachsene Kundenorientierung eine große Rolle in unserem Behandlungsansatz. Das Behandlungsangebot wird als störungsreduzierende und gesundheitsfördernde Dienstleistung aufgefaßt, in der die Förderung von Autonomie durch Zurückgewinnung von Handlungsfreiheit v.a. gegenüber dem Suchtmittel das zentrale Element ist. Alle MitarbeiterInnen der Klinik ist es selbstverständlich, ihr Beziehungsverhalten den Patienten gegenüber so zu gestalten, daß eine positive emotionale Atmosphäre erzeugt wird, die für die Initiierung von Veränderungsprozessen unabdingbar ist. Hier steht die Klinik in solider gewachsener und zukunftsfähiger Tradition der therapeutischen Gemeinschaft, für die ein dichtes Beziehungsangebot für die Entwicklung von Reifungsprozessen grundlegend ist. Auch die Bereiche Verwaltung und Organisation orientieren sich an der Würde und Selbstverantwortlichkeit unserer Patienten.

Die Teilnahme der Klinik am Qualitätssicherungsprogramm des BUSS (deQus 2002) trägt diesem Aspekt auf der Ebene der Organisationsentwicklung besonders Rechnung. Fragebögen zur Patientenzufriedenheit unterstützen ebenso wie die Rückmeldungen des Gruppenrats und die ernstzunehmenden Kritikpunkte und Rückmeldungen des individuellen einzelnen Patienten den kontinuierlichen Verbesserungsprozeß im Rahmen der Prozeßqualität.

4. Geschichte, Ausstattung, Lage, ergänzende Angebote der Klinik

4.1. Geschichte

Im Jahre 1910 errichtete der Hamburger Juwelier Franz Barca ein heute unter Denkmalschutz stehendes Landgut, das er später 1939 zu gesundheitsfördernden Zwecken der LVA Hamburg überschrieb. Auch nach dem Krieg unterstützte der Gründer die Rentenversicherung in ihrem Bemühen, eine Heilstätte für lungenkranke Hamburger Großstadtkinder zu errichten. Diesen Zweck erfüllten das Kerngebäude und die mittlerweile dazugekommenen Einrichtungen 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 der Lungenklinik zur Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und der Aufbau der Klinik durch den bis zu seinem Tode im Jahr 2001 ärztlichen Leiter Herrn Dr. Lempke. Dieser begründete durch sein Engagement und seinem aus dem traditionellen Suchtkrankenverständnis sowie der Sozialpsychiatrie gewachsenem Behandlungsverständnis den bis heute guten Ruf der Klinik.

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 Patienten aus Niedersachsen arbeiten.

4.2. Lage

Unmittelbar vor den Toren Hamburgs (Entfernung zur Stadtgrenze 10 km) und Lüneburgs (30 km) gemeinenedah verkehrsgünstig und zeitsparend gelegen, befindet sich die Klinik im nördlichen Randbereich der Lüneburger Heide, die unmittelbar vor der Haustür zur Freizeitgestaltung zur Verfügung steht. Die Klinik verfügt über eine mehrmals am Tag angefahrene eigene Bushaltestelle, die mit Hamburg, Lüneburg und den Umkreisen verbindet. Das Gelände beherbergt mehrere Gebäuden mit baulichen Anteilen zwischen 1910 (reetgedecktes Landhaus mit viel Charme und als symbolischer Mittelpunkt) und 1994 (vorerst letzte Erweiterungs – und Sanierungsphase). Die Klinik ist auf einem Heidegeesthang mit 45 Hektar Land mit Wald, Wiesen und Bach gelagert, umgeben von bäuerlicher Landwirtschaft mit dem per Fußmarsch erreichbarem Heidezentrum Hanstedt in unmittelbarer Nähe. Zur Inbetriebnahme für 2004 ist ein neues freizügiges Freizeitzentrum für unsere Patienten mit komplett neuer großzügiger Physiotherapieabteilung inklusive Hallenbad im Bau. Die Lage ermöglicht sowohl einen unmittelbaren Einbezug des sozialen Umfeldes des Patienten in die Behandlung, bei gleichzeitig gerade zu Beginn der Therapie oft notwendigen Distanz zum häuslichen Milieu.

„ Hier kann die Seele baumeln, hier kann der Mensch seelisch und geistig Inventur machen, und: hier sind Menschen, die zuhören, die therapeutisch geschult sind, die Mut machen, aber auch fordern“ (Lempke 2001).

4.3. Räumliche Ausstattung und Behandlungskapazität

Die Unterbringung der Patienten erfolgt mehrheitlich in Doppelzimmern, die Unterbringung in Einzelzimmer erfolgt i.d.R. indikationsgeleitet aus medizinischen und

milieuthérapeutischen Gründen. Zwei räumlich nah beieinanderliegende Häuser (Hansen-Haus und Barca - Haus) stehen als Wohnraum zur Verfügung, viele Wohnräume verfügen ebenso wie einige Gruppenräume über geräumige Balkone. Die Frauengruppe verfügt aus therapeutischen Gründen über einen separaten Trakt. Die maximale Aufnahmekapazität beider Wohnbereiche umfaßt 86 Plätze, von denen in der Regel 80 belegt sind. Im Rahmen der Durchführung von Kombitherapien ist mit der Gesamtkapazität jederzeit eine rasche Aufnahme möglich. Naturgemäß stehen Gruppentherapie – sowie Funktions - und Freizeiträume zur Verfügung.

Eine Cafeteria, die im Rahmen der Arbeitstherapie ebenso wie die Bibliothek in Selbstverwaltung der Patienten betrieben wird, steht den Patienten neben den auch zu sozialen Zwecken nutzbaren Gruppentherapieräumen bis zum Beginn der Nachtruhe zur Verfügung.

Zur Durchführung der mehrfach im Jahr angebotenen Kinderseminare aber auch zur Unterbringung der Kinder für aus therapeutischen Gründen sinnvollen Aufhalten außerhalb dieses Angebotes steht ein separates Kinderhaus mit Spielzimmer sowie ein in unmittelbarer Nähe gelegener Spielplatz zur Verfügung.

Die Ergotherapieabteilung ist in geräumigen und hellen Gebäuden untergebracht, wo Möglichkeiten des kreativen Arbeitens mit Farbe, Holz, Ton u.a. Materialien gegeben sind. In den Kellerräumlichkeiten befindet sich eine komplett eingerichtete Tischlerei.

Der große Specksteinraum wurde zugunsten des neuen PC-Raumes aufgegeben, der acht bis auf maximal zehn Plätze vernetzter und mit Internetzugang ausgestatteten Terminals beherbergt. Hier finden EDV Grundlagen - und Aufbaukurse im Rahmen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation statt.

Im benachbarten „kleinen“ PC-Raum haben die Patienten an 4 weiteren Terminals Gelegenheit, im großen Schulungsraum begonnene Arbeiten fortzusetzen sowie bis zur Nachtruhe im Internet zu surfen. Alle Angebote im ergotherapeutischen Bereich stehen den Patienten ebenso wie die Sportangebote auch in der Freizeit zur Verfügung.

Weitere Angebote im Bereich der sozialen Rehabilitation stehen in der Hausmeisterei sowie dem Forstwirtschaftsgebäude zur Verfügung.

Die Gärtnerei wurde erst kürzlich baulich neu ausgestattet und bietet in allen Jahreszeiten arbeitstherapeutische Angebote innerhalb des Gebäudes sowie auf dem weitläufigen Klinikgelände.

4.4. Personelle Ausstattung

Im Fachkrankenhaus Hansenbarg arbeiten qualifizierte MitarbeiterInnen mit verschiedenen Qualifikationen in einem multidisziplinären Behandlungsteam zusammen. Der Stellenplan der unmittelbar im Rahmen der medizinischen Rehabilitation tätigen Mitarbeiter ist in Tabelle 2 dargestellt.

Das Aufnahmesekretariat, das zugleich Aufgaben im Bereich des medizinischen Schreibdienstes als Chefarztsekretariat erfüllt, ist ganztags mit einer entsprechend geschulten Kraft besetzt, die Patienten und zuweisenden Beratungsstellen zur Verfügung steht.

In der Nacht steht ein medizinischer Rufbereitschaftsdienst zur Verfügung. Unter der Woche werden die Nachtdienste zum großen Teil von den Bezugstherapeuten abgedeckt, an den Wochenenden von im psychiatrisch - psychosomatischen Bereich geschulten Krankenschwestern. Der leitende Arzt kann als psychiatrische Fachkraft jederzeit erreicht werden.

Tabelle 2: Stellenplan des Fachkrankenhauses Hansenbarg

Medizinische und psychiatrische Versorgung	1 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Suchtmedizinische Grundversorgung als Leitender Arzt 1,5 Assistenzärztinnen, davon eine vor Abschluß der Facharztprüfung für Allgemeinmedizin 1 Facharzt für Psychiatrie (Einstellung in 2003 geplant) 1,5 Krankenschwestern für den Tagdienst
Psychologischer und psychotherapeutischer Dienst sowie Sozialdienst (der Sozialdienst wird über die Bezugstherapeuten abgedeckt mit einer zusätzlichen Sozialsprechstunde für komplexere Fragestellungen)	1 Dipl.-Psychologe als Leitung (in 2003 geplant), z.Zt. kommissarisch von 1 Sozialtherapeut besetzt (Dipl. Päd.) zusätzlich dann 9,5 Bezugstherapeuten (davon 3 Psychologen und 6,5 Sozialtherapeuten) 1,5 Suchtkrankenhelfer/berater
Begleittherapien (Physio – und Sporttherapie, Ergo - / Kreativitäts - / Arbeitstherapie)	1,6 Physiotherapeut 1,5 Ergo / Kreativitätstherapeut (geplant 2) 1 Hauswirtschaftsleitung 0,6 Gärtnerin (geplant 1) 1 Forstwirt, 2 Hausmeister 1 Zivildienstler; gelegentlich Praktikanten

Die Arbeitszeitplanung der MitarbeiterInnen ist so gestaltet, daß ein möglichst optimaler Rehabilitationsablauf für die Patienten sichergestellt werden kann. Für alle Bereiche liegen entsprechende Dienstpläne vor.

4.5. Behandlungskapazität

Das Fachkrankenhaus Hansenberg verfügt über eine Behandlungskapazität von 80 (= 100 % Belegung) Plätzen. Im Rahmen der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, z.B. bei der Durchführung von Kombitherapien kann für eine rasche Aufnahme gesorgt werden. Bei voller Belegung der Regelplatzzahl ergibt sich eine Behandlung von ca. 320 Patienten im Jahr mit einer durchschnittlichen Liegezeit von 88 Tagen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Therapie und somit auch die Therapiedauer individuell geplant wird.

4.6. Freizeitmöglichkeiten

Im Kontext ihrer Suchterkrankung haben viele unserer Patienten eine aktive Freizeitgestaltung aufgegeben oder gar nicht erst entwickelt. Ein allgemeines Ziel besteht in der Förderung und Entwicklung von Interessen und Hobbys. Zu diesem Zweck können unter anderem in der therapiefreien Zeit folgende Angebote genutzt werden:

- 40 ha Klinikgelände mit Außensportplätzen und Jogging-Wegen
- moderne, großzügige Sporthalle mit vielfältigen Möglichkeiten
- Kraftsportraum
- Sauna
- Außenschwimmbad in den Sommermonaten
- Kanufahrten in den Sommermonaten
- Klinikeigene Fahrräder für Ausflüge
- Cafeteria
- Bibliothek (auch Ausleihe von Gesellschaftsspielen)
- Computerraum
- Kreatives Arbeiten (Ton, Foto, Malerei, etc.) im Ergotherapie-Haus
- Musikraum mit verschiedenen Instrumenten
- Fernsehräume

4.7. Ernährung

Zur Zeit unterziehen sich die inhaltlichen und organisatorischen Abläufe im Hauswirtschafts- und Küchenbereich einem raschen Wandel, der durch strukturelle Veränderungen initiiert ist. Eine ausgewogene Vollwerternährung und sinnvolle Zusammenstellung der Speisen unter ernährungsphysiologischen Gesichtspunkten (Arens-Azevedo, Günthe, Pletschen et al., 1994) ist in unserem Haus gegeben. Die angebotene Kost ist vielseitig, abwechslungsreich und ausgewogen. Sie entspricht somit den Empfehlungen sowie Richtlinien der BfA. Besonders hervorzuheben ist die Ergänzung durch frische Kräuter aus eigenem Anbau. Bei der Gestaltung und Umsetzung des Speiseplans werden Angebote von Obst und Gemüse der Jahreszeit entsprechend genutzt. Spezielle Kostformen, z.B. ärztlich verordnete Diäten (Kaspar 1991), werden berücksichtigt. Wir sind sehr bemüht, Patientenwünsche in den Speiseplan einzubinden.

5. Aufnahmekriterien für die Behandlung

Im Fachkrankenhaus Hansenbarg werden schwerpunktmäßig alkohol-, tabak - und medikamentenabhängige Frauen und Männer behandelt (ICD-10 F 10.2, F 17 und F 13.2).

Bei den Medikamentenabhängigen handelt es sich vorwiegend um Frauen, die häufig die Abhängigkeit vor dem Hintergrund anderer psychischer Störungen erworben haben. Typische Risikogruppen sind Menschen mit Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, chronischen Schmerzzuständen und somatoformen Störungen (Poser 1996). Die Integration der medikamentenabhängigen PatientInnen in die Gruppen mit vorwiegend Alkoholkranken gelingt i.d.R. problemlos, da mit Ausnahme der häufig ärztlichen (iatrogenen) Mitverursachung der Abhängigkeit, die Wege in die Sucht vergleichbar und therapeutische Ansätze unabhängig von der jeweiligen Stoffgruppe wirksam sind.

Es ist bekannt, dass gerade Frauen eine hohe Nichtantrittsquote zur Rehabilitationsbehandlung aufweisen. Deshalb wird bereits über das Aufnahmesekretariat auf telefonischem Wege versucht, eine enge persönliche Bindung an unser Haus zu schaffen, um die Antrittsquote zur Therapie zu optimieren.

PatientInnen mit Abhängigkeit oder Mißbrauch von sogenannten illegalen Drogen wie Cannabis, Kokain oder Ecstasy werden ebenfalls behandelt, wenn diese Störungen nicht im Vordergrund der Suchtmittelproblematik stehen. Ohnehin hat sich in den letzten Jahren der

Monokonsum von einer Substanz hin zu einem Mischkonsummuster entwickelt. Eine Aufnahme für ehemalige Konsumenten von Heroin ist nur sinnvoll, wenn eine nachvollziehbare Veränderung ihres Suchtverhaltens hin zu einer Alkoholabhängigkeit erfolgt ist, oder es sich bei dem Heroinkonsum um einen die Alkoholabhängigkeit begleitenden Mißbrauch handelt.

Für die zu 80 % gleichzeitig bestehende Tabakabhängigkeit wird eine indikative Gruppe vorgehalten, andere illegale Zusatzsuchte werden in der Einzeltherapie sowie themenzentriert in den Gesundheitsvorträgen psychoedukativ behandelt.

Der multiprofessionelle und modulare Therapieansatz erlaubt die Behandlung komorbider psychischer Störungen wie

- Angststörungen (F 40, 41)
- Belastungs – und Anpassungsstörungen (F 43)
- Depressive Störungen (F 32, F 33, F 34, F 43.2, F 43.21)
- Persönlichkeitstörungen (F 60)
- Essstörungen (F 50) in der Frauengruppe
- Somatoforme Störungen (F 45)

Das tägliche psychiatrische Behandlungsangebot erlaubt es auch Patienten mit psychotischen Störungen in der Remissionsphase zu behandeln, hier ist immer ein klärendes Vorgespräch über die psychische Belastbarkeit unter der Gruppenbehandlung indiziert.

Störungen der Impulskontrolle wie pathologisches Spielen als Zusatzdiagnose werden im einzeltherapeutischen Rahmen in Sinne einer funktionalen Betrachtung des Symptoms mittherapiert.

Die durchgängig vorgehaltene Frauengruppe hat sich aufgrund ihrer speziellen Zugangsbedingungen zu einem Angebot für schwerst traumatisierte Frauen, häufig mit Persönlichkeitsstörungen, hin entwickelt. Aus diesen Erfahrungen heraus ist auch ein professioneller Umgang mit PatientInnen mit posttraumatischen Belastungsstörungen gewachsen. Diese Problematiken werden v.a. im einzeltherapeutischen Setting behandelt.

Ein besonderes Angebot besteht für Patienten ab 50 Jahren („50 Plus Gruppe“).

Für Patienten mit Kindern stehen die mehrtägigen Kinderseminare zur Verfügung, in denen das durch den Suchtmittelkonsum oft schwer beeinträchtigte Familiensystem in einer kindgerechten Weise in einem besonderen Fokus zur Behandlung kommt.

Ein modifiziertes Therapieangebot im Rahmen von Kurzzeitbehandlungen steht Patienten zur Verfügung, die eine Festigungsbehandlung im Rahmen einer ambulant nicht zu bewältigenden Krise benötigen, als Auffangbehandlung nach Rückfall, im Kontext einer Kombinationstherapie und wegen einer insgesamt stabilen sozialen Situation bei noch nicht stark ausgeprägter Abhängigkeit.

Die Zuweisung erfolgt nach den Kriterien der „Vereinbarung Sucht“ vom Mai 2001, wobei die psychiatrischen Zusatzdiagnosen häufig erst nach Aufnahme der Patienten deutlich werden, da im Vorfeld oft keine adäquate (sucht)psychiatrische Abklärung erfolgen kann.

Die Differentialkriterien der Indikation zum vollstationären Setting sind formal zwar klar, in der Praxis aber eher auf einem Kontinuum zu sehen (Müller-Fahrnow 2002, S.112).

Es besteht das Angebot, Patienten mit juristischen Auflagen aufzunehmen. Hier ist ein gezielter, (meist) persönlicher Vorkontakt nötig, um die Integrationsfähigkeit und Belastbarkeit zu überprüfen.

Kontraindikationen für die Aufnahme sind Patienten mit akuter Suizidalität, akuten Psychosen, schweren hirnorganischen Störungen, schweren körperlichen Behinderungen die die Vorhaltung von Fahrstühlen erforderlich macht, akute Infektionskrankheiten, die eine Gefährdung für andere Mitpatienten darstellen. Bei akuter Exazerbation einer der genannten Störungen besteht eine enge Kooperation mit der psychiatrischen Klinik in Lüneburg und Hamburg-Harburg sowie der Abteilung für innere Medizin in Buchholz.

Entsprechend der „Vereinbarung Sucht“ und den personellen und Ausstattungsmerkmalen werden im Ausnahmefall nur leichte Entzugssyndrome von den Ärzten vor Ort behandelt, in anderen Fällen wird in der Aufnahmesituation sofort in die genannten benachbarten Kliniken verlegt.

Patienten mit geringen Deutschkenntnissen werden nach Möglichkeit zeitnah ebenfalls verlegt, eine vorherige Überprüfung in einem Vorgespräch kann in den meisten Fällen wegen unzureichender Vorinformationen an die Klinik nicht erfolgen.

Für alle Patienten besteht die Möglichkeit eines vorstationären Kennenlernens der Klinik

6. Zusammenarbeit mit Partnern

6.1. Zusammenarbeit mit der professionellen Suchtkrankenhilfe

Das Fachkrankenhaus Hansenburg ist eine Einrichtung der Alida-Schmidt-Stiftung in Hamburg. Zum selben Träger gehören:

- **Beratungsstelle AHA (Hamburg)**
Suchtberatung, Zusammenarbeit mit und Bereitstellung von Räumlichkeiten für Selbsthilfegruppen
- **Therapeutische Gemeinschaft Jenfeld**
Stationäre Vorsorge, ambulante Rehabilitation, Adaptionsbehandlung, Soziale Rehabilitation
- **Zukunft Arbeit**
Arbeitstherapeutisches Projekt, bietet Arbeitsplätze für abstinent lebende Abhängige nach Therapie

Das breit gefächerte Angebot und die enge Kooperation unter dem Dach eines Trägers ermöglichen bei Bedarf reibungslose und den Klienten stützende Übergänge.

Wir arbeiten darüber hinaus eng zusammen mit anderen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und dem allgemeinen medizinischen Versorgungssystem in Hamburg und den umliegenden Landkreisen. Dazu zählen insbesondere Entgiftungsstationen, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen, Institutionen für stationäre Vorsorge und soziale Rehabilitation sowie Adaptions-Einrichtungen. Mit der DROBS-Lüneburg (ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle) sowie der Therapeutischen Gemeinschaft Jenfeld wurden erste Kooperationsverträge zur Kombi-Therapie geschlossen. Mitarbeiter der Klinik sind Mitglied in verschiedenen Fachgremien und engagieren sich in der Weiterbildung von Menschen, die in der medizinischen Versorgung und der Suchtkrankenhilfe tätig sind.

Zu internen Fortbildungsveranstaltungen werden Kollegen aus anderen Einrichtungen eingeladen um persönliche Kontakte, fachlichen Austausch und Zusammenarbeit im Sinne unserer Patienten zu fördern.

Die Klinik ist Mitglied im „buss“ (Bundesverband stationärer Suchtkrankenhilfe), MitarbeiterInnen darüber hinaus in der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und -therapie sowie der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin. Die Klinik beteiligt sich an dem Entwicklungsprozeß für Leitlinien im Rahmen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich – medizinischer Fachgesellschaften, kooperiert mit dem Hamburger „Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung“, ist bei Planung und Organisation der Hamburger Suchttherapietage aktiv sowie federführend in Zusammenarbeit mit der Hamburger und niedersächsischen Ärztekammer bei der Ausbildung von Ärzten in Suchtmedizin sowie bei der Versorgung suchtkranker MedizinerInnen. Aktive Mitarbeit in wissenschaftlichen Untersuchungen wie z.B. zu frauenspezifischen Fragestellungen (BMG - Studie) oder Raucherentwöhnung in Suchtfachkliniken (IFT - Studie) ist selbstverständlicher Teil der Weiterentwicklung unseres professionellen Angebots. Zusammen mit der Gesundheitsbehörde in Hamburg wird ein Frühinterventionsprogramm in Kooperation mit weiteren Trägern der Suchthilfe initiiert.

6.2. Zusammenarbeit mit dem ehrenamtlichen Suchtselbsthilfesystem

Der organisierten Suchtselbsthilfe und den freien Selbsthilfegruppen kam und kommt in unserer Arbeit ein hoher Stellenwert zu. Die Effektivität ehrenamtlicher Angebote ist gut belegt (siehe Kapitel 2.4.) und stellt einen für viele PatientInnen unverzichtbaren Beitrag zur Stabilisierung des Therapieerfolgs da. Daher stellen sich in regelmäßiger Abfolge viele Selbsthilfegruppen in unserer Klinik vor, um so ein Kennenlernen und angstfreieren Übergang in die Selbsthilfeszene zu ermöglichen. Regelmäßige institutionalisierte Erfahrungsaustausche mit Klinikmitarbeitern und Vertretern der Selbsthilfegruppen sowie die Zusammenarbeit in Projekten und bei Fortbildungen unterstreichen dieses Arbeitsbündnis. Auf Hamburger Länderebene kooperiert die Klinik in einem Bundesmodell des Guttemplerordens mit dem Ziel, die Selbsthilfe für jüngere (oft polyvalent konsumierende) und differenziertere (komorbide) Zielgruppen attraktiv zu machen.

7. Behandlungsdauer und spezielle Behandlungsbereiche

7.1. Regelbehandlungsdauer und Kurzzeitbehandlungen

Die Behandlungszeiten betragen für die Langzeittherapie in der Regel 16 Wochen.

Weiterhin werden im Fachkrankenhaus Hansenbarg Kurzzeitpatienten mit einer achtwöchigen Therapiedauer behandelt sowie Patienten im Rahmen einer sechswöchigen Auffang- bzw. Festigungsbehandlung und sogenannte "Therapiewiederholer" mit einer Behandlungsdauer von 8 Wochen.

Diese genehmigten zeitlichen Vorgaben werden allerdings nicht starr umgesetzt, sondern im Zuge einer immer stärker geforderten und inhaltlich sinnvollen größeren Individualisierung und Flexibilisierung (Lubenow 2001; Müller-Fahrnow 2002) dem individuellen Behandlungsbedarf des einzelnen Patienten angepaßt. Dies kann sich beispielsweise bei den Langzeitbehandlungen in eventuell notwendigen Verlängerungen über 16 Wochen hinaus äußern, etwa bei starken Beeinträchtigungen durch komorbide Störungen. Ebenso kann es zu Verkürzungen der Dauer auf unter 16 Wochen kommen, wenn z.B. die Ziele der stationären Therapie bereits erreicht wurden, oder weitere Behandlungsschritte während der jetzigen Therapie durch den Patienten nicht mehr leistbar sind und die Behandlung sinnvollerweise im ambulanten Setting fortgesetzt werden sollte.

Die Beobachtungen der letzten Jahre in unserer Klinik zeigen, daß sich die Therapiezeiten bereits stark flexibilisiert haben, mit variierenden Behandlungsdauern, auch abweichend von den oben genannten typischen Regelbehandlungszeiten, wie z.B. mit Zeiten von 10 oder 12 Wochen. Dieser Trend wird sich sicherlich fortsetzen.

Besonderheiten der Kurzzeitbehandlungen

Durch die bereits beschriebene zunehmende Flexibilisierung der Behandlungsdauer in den letzten Jahren, ist sowohl aus inhaltlichen wie auch aus klinikinternen organisatorischen Gründen die bisher existierende reine Kurzzeitgruppe als eigenständige Behandlungseinheit aufgelöst worden. Bei den Patienten mit kürzeren Behandlungszeiten werden aktuell je nach Hintergrund individuell unterschiedliche therapeutische Schwerpunktsetzungen vorgenommen (s. Tab. 3), die in den wöchentlichen Einzelgesprächen zusammen mit dem Bezugstherapeuten festgelegt, gesteuert und umgesetzt werden. Der Schwerpunkt der Kurzzeitbehandlung liegt dabei auf der lösungsorientierten Bearbeitung aktueller Problembereiche - vorwiegend anhand verhaltenstherapeutisch orientierter Maßnahmen -, nicht so sehr auf z.B. vertiefter biographischer Arbeit. Auch in den jeweiligen

Bezugsgruppen ist der Fokus der Therapie bei den Patienten mit kürzeren Behandlungsdauern ein anderer als bei den Langzeitpatienten. Weiterhin gibt es für diese Patienten die Möglichkeit, frühzeitiger therapeutische Ausgänge und Übernachtungen in Anspruch zu nehmen, als dies bei den Langzeitpatienten der Fall ist.

Zusätzlich nehmen diese Patienten, als sehr wichtigem Baustein, regelhaft an der indikativen Gruppe "Rückfallprävention/Abstinenzstabilisierung" teil, neben eventuellen weiteren indikativen Gruppen.

Die Inhalte der oben erwähnten Schwerpunktsetzungen in den Einzelgesprächen, den Bezugstherapiegruppen sowie der gesamten Therapiesteuerung sind in Tabelle 3 übersichtsartig zusammengestellt:

Tabelle 3: Behandlung von Patienten mit kürzerer Therapiedauer

Art der Behandlung und Voraussetzungen	Inhaltliche Schwerpunkte in der Einzel- und Gruppentherapie sowie bei der Therapiesteuerung
<p>Kurzzeittherapie (8 Wochen) (erste stationäre Behandlung, günstige soziale Integration und Behandlungsmotivation, ambulante oder teilstationäre Behandlung jedoch nicht ausreichend)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fokus auf Suchtentwicklung und Ressourcen, weniger auf Biographie - Konzentration auf Problembewältigungs-Fähigkeiten und Lösungsorientierung sowie kognitive Ansätze - Einbeziehung Angehöriger und Vertreter der Arbeitsstelle - Rückfallprophylaxe - Evtl. ambulante Nachbetreuung
<p>Wiederholungsbehandlung (8 Wochen) (rückfällig nach vorangegangener Behandlung, ambulante oder teilstationäre Maßnahmen nicht ausreichend)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Genaue Rückfallanalyse sowie primäre und sekundäre Rückfallprophylaxe - Stärkung der Problem- und Streßbewältigungsfähigkeiten - Verbesserung der Emotionsregulation und interaktioneller Kompetenzen - Evtl. ambulante Nachbetreuung
<p>Festigungs-/Auffangbehandlung (6 Wochen) (Abstinenz akut bedroht, nach vorangegangener erfolgreicher Entwöhnungsbehandlung, ambulante oder teilstationäre Stabilisierung nicht ausreichend)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emotionale Stabilisierung und Stärkung der Abstinenzfähigkeit - Aktive Krisen- und Problembewältigung in den zentralen Bereichen - Förderung des Selbsthilfepotentials und der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen - Klare Alltagsstrukturierung für die Zeit nach der Behandlung - Evtl. ambulante Nachbetreuung
<p>Kurzzeitbehandlungen im Rahmen einer Kombi-Therapie (ca. 8 Wochen)</p>	<p>Die genaueren inhaltlichen Schwerpunkte werden im gemeinsamen Übergabegespräch mit der vorbehandelnden Beratungsstelle abgeklärt und können im einzelnen stark variieren.</p>

7.2. Frauengruppe

Das Fachkrankenhaus Hansenborg hatte schon frühzeitig den speziellen Bedürfnissen suchtkranker Frauen Rechnung getragen, durch Einrichtung einer gruppenübergreifenden Frauengruppe, die einmal wöchentlich stattfand. In der Auseinandersetzung mit dem Thema entwickelte sich die Erkenntnis, daß dieses Minimalangebot nicht ausreichend ist. Es wurde eine eigene Frauentherapiegruppe etabliert, die 12 Plätze umfaßt. Als äußerer Rahmen ist eine eigene Station vorhanden, die einen Schutz- und Rückzugsraum bietet.

Die in der praktischen Arbeit gesammelten Erfahrungen sind in neueren geschlechtsspezifischen Studien zur Abhängigkeitserkrankung nachgewiesen worden (Zenker 1998). Es hat sich gezeigt, daß der Beginn des Alkoholmißbrauchs, die Neigung zu polytoxikomanem Verhalten und Eßstörungen, Gewalterfahrungen in der Kindheit, elterlicher Suchtmittelmißbrauch und das Ausmaß seelischer und sozialer Probleme im Erwachsenenalter der Frauen enge Zusammenhänge aufweisen (Zenker, Bammann, Jahn 2002). Irmgard Vogt hat zwei Typen von Alkoholikerinnen unterschieden, die sich durch das Ausmaß der seelischen Belastungen und das Einstiegsalter in die Suchtmittelabhängigkeit unterscheiden.

Bei Typ I liegen ein später Suchtbeginn und weniger Kindheitsrisiken vor.

Typ II hat gehäufte sexuelle und körperliche Gewalterfahrungen, einen frühen Einstieg in die Sucht und weist eine höhere psychiatrische Komorbiditätsrate auf (Vogt 1986).

Langeland et al. (1998) heben den Einfluß von körperlichem und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit als ursächlich für die Entwicklung späterer Alkoholprobleme hervor. Komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und diese komplizierende Suizidversuche sowie herabgesetzte Coping-Fähigkeiten sind ebenfalls eine Folge des Mißbrauchs. Zenker, Bammann und Jahn (2002) fanden in ihrer Studie zur Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen eine Komorbiditätsrate zwischen Sucht und psychischen Störungen von 60 %. Um den Bedürfnissen dieser Frauen gerecht werden zu können, benötigen sie Rückzugsmöglichkeiten, einen schützenden Rahmen und ein spezifisches Therapieangebot, um ihr Selbstwertgefühl zu stärken, neue Fähigkeiten zu erproben und eigene Bedürfnisse wahrnehmen zu lernen. Die psychisch schwer belasteten Frauen sollten auf der Beziehungs- und Gefühlsebene angesprochen werden, um hier neue Erfahrungen machen zu können. Hierzu ist eine begleitende kontinuierliche Einzeltherapie unerlässlich, die zunächst der Stabilisierung und dann einer Integration der erlittenen Traumata dienen sollte. Therapiezeiten sollten flexibel handhabbar sein, da bei schweren Persönlichkeitsstörungen eine längere Stabilisierungsphase notwendig erscheint. Der

Zeitraumen von 16 Wochen hat sich für die Frauen mit Persönlichkeitsstörungen häufig als nicht ausreichend erwiesen. In der einzeltherapeutischen Behandlung arbeiten wir mit EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), einer verhaltens-, tiefenpsychologisch – und körpertherapeutische Elemente integrierende Stimulationsmethode cerebraler Strukturen, die oftmals ein einfaches Verblässen traumatischer Situationen und eine zügige affektive Entlastung ermöglicht (Melbeck, Hase, Hofmann 2003)

Auch für die Gruppe der weniger stark belasteten Frauen (Typ I) ist ein frauenspezifisches Angebot sinnvoll. Diese Frauen können lernen, sich wieder wahrzunehmen, Zugang zu ihren Gefühlen zu finden und ihren Selbstwert zu erproben. Der vorgegebene Zeitraum von 16 Wochen ist hier in der Regel ausreichend und kann teilweise unterschritten werden.

Vor dem Hintergrund unserer Erfahrungen ist zukünftig an eine Ausweitung unseres Therapieangebotes auf Abhängigkeitskranke mit posttraumatischen Belastungsstörungen zu denken, die bereits jetzt gelegentlich zur Aufnahme gelangen.

8. Behandlungsmodule

8.1. Therapeutische Behandlungselemente

8.1.1 Einzel- und Bezugsgruppentherapie

Einzel- und Bezugsgruppentherapie sind die zentralen therapeutischen Behandlungselemente. Die grundlegende Herangehensweise und inhaltliche Ausrichtung dieser Elemente orientiert sich, auf dem Hintergrund der in Kapitel 2.3 beschriebenen psychotherapeutischen Schulen, an den Vorgaben der gemeinsamen Klammer der therapeutischen Klinikarbeit, dem Modell einer "allgemeinen Psychotherapie" nach Grawe (1994). Dies bedeutet, neben der Herstellung einer guten Therapiebeziehung, eine Fokussierung auf die Kernbereiche:

- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Therapeutische Klärungsarbeit
- Problemaktualisierung
- Ressourcenaktivierung

Einzeltherapie

Die Grundlage der therapeutischen Arbeit ist eine akzeptierend-wertschätzende Haltung den Patienten gegenüber, mit der Intention, sie engagiert bei der Bewältigung ihrer Probleme zu unterstützen. In der Regel findet ein Einzelgespräch pro Woche statt, teils auch mehr, z.B. bei Patienten mit erheblichen interaktionellen Problemen bzw. Persönlichkeitsstörungen und in akuten Krisenphasen, je nach individuellem Bedarf. In der Einzeltherapie kann individueller und stützender auf den Patienten eingegangen werden, als in der Gruppentherapie (Feuerlein 1998). Zu Beginn liegen die Schwerpunkte im Beziehungsaufbau, der Anamneseerhebung, der Klärung von Problem- und Zielbereichen, später mehr auf der Beziehungsgestaltung, der Unterstützung bei erwünschten Verhaltensänderungen und der Stabilisierung und Aufrechterhaltung der Fortschritte. Dies bezieht, neben psychotherapeutischen Themen im engeren Sinne, eine aktive Unterstützung bei der Klärung und ggf. Veränderung der sozialen und beruflichen Situation mit ein (s. Kapitel 8.1.8 und 8.3.1.1). Weiterhin übernimmt der Einzeltherapeut die Therapiesteuerung bzgl. der Gesamtbehandlung.

Bezugsgruppentherapie

Es finden in der Bezugsgruppe 3 Therapiesitzungen pro Woche mit einer Dauer von jeweils 90 Minuten statt. Die Gruppen sind als halboffene Gruppen angelegt, im Durchschnitt mit einer Beteiligung von 10 - 12 Patienten pro Gruppensitzung.

Als wichtige Wirkfaktoren für die therapeutische Gruppenarbeit werden u.a. die Kohäsion, die gegenseitige Offenheit und Unterstützung, Vertrauen, eine kooperative Arbeitshaltung, Modellernen 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 Selbststabilisierungsfähigkeiten und der Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Rückfallprophylaxe - und management.

Im Folgenden sind beispielhaft wiederkehrende zentrale Themen in der Bezugsgruppentherapie in Tabelle 4 zusammengefaßt:

Tabelle 4: Zentrale Themen der Bezugsgruppentherapie

Kerntherapiephase	Erwartungen und Ziele bzgl. der Therapie Vorstellen und Bearbeiten der Suchtentwicklung Abhängigkeitsverständnis und Abstinenzmotivation Rückfallrisikosituationen und Bewältigungsstrategien (Notfallplan) Konflikt- und Problembewältigung Verbesserung interaktioneller und emotionaler Kompetenzen Familiäre / partnerschaftliche Probleme Erarbeitung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten Vor- und Nachbereitung von Heimfahrten Therapiezwischenbilanz
Ablösungsphase	Vorbereitung der Nachbehandlung / Selbsthilfegruppen Erfahrungen mit konkreten Rückfallrisikosituationen Berufliche Situation: Perspektiven Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung Nachbereitung der therapeutischen Belastungstage Bilanz und weitere Perspektive Abschied aus der Gruppe und der Klinik

8.1.2 Aufnahmegruppe

Zu Beginn der Aufnahmephase nehmen alle neuen Patienten für 14 Tage an der Aufnahmegruppe teil. Die Gruppe findet täglich mit einer Dauer von 90 Minuten statt. Die Gemeinsamkeit mit anderen Therapiebeginnern erleichtert das Einleben und die Gruppe beschäftigt sich insbesondere mit den Fragen, die sich regelmäßig bei der Eingewöhnung in die Klinikgemeinschaft ergeben. Es werden Informationen zu den Hausregeln, zu den Mitarbeitern die für die unterschiedlichen Bedürfnisse Ansprechpartner sind und zu sonstigen Angeboten und Möglichkeiten des Hauses vermittelt. Auf diese Weise gelingt es recht gut, anfängliche Unsicherheiten zu überwinden und die Mitarbeiterin der Aufnahmegruppe bleibt für viele Patienten auch längst nach dem Wechsel in die Bezugsgruppe eine gern aufgesuchte Ansprechpartnerin für die kleinen Sorgen des Alltags.

Neben dieser sozial einbindenden Funktion dient die Gruppe, orientiert an den Büchern „Die Suchtfibel“ (Schneider 2001) und „Lieber schlau als blau“ (Lindenmeyer 2001 a), der

Vermittlung von Wissen zum Thema Sucht. Der Grad der Eigenmotivation zur Therapie ist sehr unterschiedlich (Wetterling et al. 2002). Häufig besteht durch Lebenspartner und Familie, Arbeitgeber, rechtliche Probleme etc. ein erheblicher äußerer Druck. Emotionale und kognitive Ambivalenz sind oft kennzeichnend zu Beginn der Behandlung. Im Sinne des Veränderungsmodells nach Prochaska et al. (1992) finden sich Patienten von der Vorüberlegungsphase bis hin zur Aktionsphase. Die vermittelten Informationen sollen eine verstärkte Auseinandersetzung mit der eigenen Abhängigkeit anregen. Gedanken und Emotionen dazu können in der Einzeltherapie vertiefend und motivationsfördernd bearbeitet werden.

Ergänzend werden 2 der insgesamt 10 Sitzungen von der medizinischen Abteilung zur Vermittlung von Basiswissen über die körperliche Wirkung von Suchtmitteln und deren Folgeprobleme genutzt.

8.1.3 Angehörigenarbeit

Angehörigenarbeit ist ein Standard der ambulanten und stationären Suchtbehandlung und in der Regel mit dem Konzept der Co-Abhängigkeit verknüpft.

Aus systemischer Perspektive ist der Abhängigkeitskranke der „Indexpatient“ eines dysfunktionalen, häufig nicht mehr wachstums- und entwicklungsfähigen familiären Systems (Kaufmann, Pattison 1981; Rennert 1989).

Im Verlauf der langjährigen Krankheitsentwicklung eines Familienmitgliedes haben sich die einzelnen Beteiligten des Systems durch Anpassung von Verhaltensmustern und Rollenübernahmen immer wieder neu aufeinander eingerichtet und so Lösungen für den Erhalt der Familie geschaffen. Die Abstinenz des Indexpatienten ist einerseits erfreulich, stellt andererseits auch die Mitglieder seiner Familie vor erhebliche Änderungs- und Anpassungsaufgaben. Die Rückgabe von Verantwortung und Entscheidungskompetenzen an den Partner, Einschränkungen durch wieder ausgeübte Erziehungsfunktion gegenüber den Kindern usw. rufen auch Widerstände hervor. Verdeckte Problemfelder werden sichtbar und neue Konflikte entwickeln sich. Einerseits eröffnet der Gesundungsprozeß des Abhängigkeitskranken neue Entwicklungsmöglichkeiten, andererseits wirkt er auch destabilisierend auf das familiäre System und erzeugt Tendenzen in Richtung alter Lösungsmuster (Wiederaufnahme des Alkoholkonsums).

Diese Zusammenhänge lassen sich in den individuell sehr unterschiedlichen familiären Konstellationen unserer Patienten wiederfinden. Chancen und Risiken die sich daraus ergeben werden, die Zustimmung des Patienten vorausgesetzt, über die Angehörigenarbeit in den

Behandlungsprozeß einbezogen. Die Wirkfaktoren Problemaktualisierung (alte und neue Konflikte) sowie Ressourcenaktivierung (stützender Familienverband) kommen zum tragen.

Aufnahmesituation

Der Einzeltherapeut des Patienten führt i.d.R. das Aufnahmegespräch und kann zu evtl. begleitenden Angehörigen bereits hier Kontakt aufnehmen und auf die verschiedenen Möglichkeiten der Beteiligung am Behandlungsprozeß hinweisen. Grundsätzlich wird den Angehörigen angeboten, daß sie sich mit eigenen Fragestellungen an den Therapeuten wenden können. Ausdrücklich ausgeklammert wird ein Gespräch über den Patienten in dessen Abwesenheit. Im Rahmen einer Begrüßungsrunde stellen sich darüber hinaus eine Ärztin und die Mitarbeiterin der Aufnahmephase vor und stehen für Fragen zur Verfügung.

Angehörigenseminar

Eintägige Angehörigenseminare dienen vor allem der Vermittlung von Wissen über Suchterkrankung und Co-Abhängigkeit, der Informationsvermittlung über weitere Hilfsmöglichkeiten und Selbsthilfegruppen sowie der Erarbeitung von Handlungsmöglichkeiten in Problemsituationen während und nach der Therapie. Teilnehmer können, je nach Bereitschaft des Patienten, neben der Familie auch Freunde, Kollegen oder Vorgesetzte sein. Angehörigenseminare finden einmal pro Gruppe im Behandlungsverlauf statt.

Paargespräche

Paargespräche dienen unter anderem:

- der Aufarbeitung von Konflikten, die sich im Laufe der Suchtentwicklung aufgestaut haben
- der Klärung aktueller Krisen, die sich durch veränderte Verhaltensmuster des Patienten im Lauf der Therapie ergeben
- der Klärung der Funktion des Suchtmittels im Rahmen der Partnerschaft
- der Klärung familiärer Konfliktlinien und Probleme, die durch die Suchterkrankung des Patienten verdeckt waren und nun in den Vordergrund drängen
- der Entwicklung einer positiven „Streitkultur“ und Kommunikation
- der Entwicklung von tragfähigen Zukunftsperspektiven für Paar und Familie
- der Klärung eines eventuellen ambulanten Weiterbehandlungsbedarfes

Sofern eine Partnerschaft gegeben ist findet in der Regel mindestens ein 90-minütiges Paargespräch statt. Weitere nach Bedarf.

Familiengespräche

Familiengespräche können sowohl die Herkunftsfamilie als auch die eigene Familie des Patienten einbeziehen. Sie dienen unter anderem:

- der Förderung von Ablösungsprozessen aus der Herkunftsfamilie
- der Klärung von Grenzen sowohl zwischen einzelnen Familienmitgliedern als auch den Generationen
- der Aufarbeitung unverarbeiteter Konflikte aus der Zeit der Abhängigkeitsentwicklung
- der Klärung aktueller Krisen
- dem Aufbau von Vertrauen
- der Wiederaufnahme der Vaterrolle, Partnerrolle, etc.
- der Entwicklung familiärer Zukunftsperspektiven
- der Klärung des Bedarfs an ambulanter, familientherapeutischer Weiterbehandlung

Familiengespräche finden nach Bedarf und mit unterschiedlicher Dauer statt.

8.1.4 Kinderseminare

Ein spezielles Angebot der Angehörigenarbeit bilden seit 1991 die 3-tägigen Kinderseminare. Kinder aus Familien mit einem alkoholabhängigen Elternteil tragen ein deutlich erhöhtes Risiko, selber suchtkrank zu werden oder andere psychische Problematiken zu entwickeln (Feuerlein et al. 1998, S.197-198; Zobel 2001).

Zielsetzung des Seminars ist einerseits eine prophylaktische Wirkung für die Kinder, andererseits die Stabilisierung des familiären Systems in einem neuen, entwicklungsfähigen Gleichgewichtszustand mit nunmehr abstinentem Elternteil.

Im Vorlauf des Seminars finden 4-5 (nach Teilnehmerzahl) vorbereitende Sitzungen statt. Neben der patientengerechten Vermittlung einer systemischen Perspektive auf die Familie geht es insbesondere um die Erhebung von Daten zur Familiensituation im Kontext der Suchterkrankung.

Im Seminar selbst wird den Kindern ein anschauliches Modell der Abhängigkeit vermittelt. Über kreatives arbeiten mit Ton, Rollenspiele, Gespräche etc. können die Kinder im direkten Kontakt mit dem abhängigen Elternteil ihr Erleben der Suchterkrankung ausdrücken. In der Regel hat bis zu diesem Zeitpunkt nie ein Gespräch über das stark tabuisierte aber die Familie beherrschendes Thema Sucht zwischen Kindern und betroffenem Elternteil stattgefunden. Der

Tabubruch eröffnet die Möglichkeit der Aufarbeitung vergangener Verletzungen und Konflikte und der Wiederannäherung und Neuentwicklung der Beziehungen. Damit verknüpft sind Heilungschancen für die Kinder und Stabilisierung des familiären Systems im Sinne eines abstinenzfördernden sozialen Umfeldes.

Abschließend findet eine nachbereitende Sitzung statt, in der die Patienten therapeutische Rückmeldungen und evtl. Empfehlungen für weitergehende ambulante Behandlungsmaßnahmen erhalten.

Die langjährige Erfahrung und über die Behandlungszeit hinaus andauernde Kontakte machen deutlich, daß die starke emotionale Beteiligung in diesen Seminaren erhebliche Kräfte für die Aufrechterhaltung der Abstinenz freisetzt und den Familien deutliche Wachstumsimpulse gibt.

8.1.5 Indikationsgruppen

Als einen wichtigen Fortschritt in Richtung einer individualisierten, modularen Behandlung ist die Einführung der Indikationsgruppen in unserer Klinik vor ca. 3 Jahren zu sehen. Diese Gruppen werden für Patienten mit speziellen Problembereichen und entsprechendem Behandlungsbedarf vorgehalten, z.B. im Rahmen komorbider psychischer Störungen oder bei Patienten im höheren Lebensalter. Neben den hier beschriebenen sozial- und psychotherapeutischen Gruppen existieren weitere indikative Gruppenangebote, wie z.B. das autogene Training im medizinischen Bereich (s. Kapitel 8.2.3) oder der EDV-Kurs (s. Kapitel 8.3.3). Die derzeitigen Gruppenangebote im (sozial-)therapeutischen Bereich sind übersichtsartig in Tabelle 5 dargestellt. Dieses Angebot soll in Zukunft zügig weiter ausgebaut werden, v.a im Bereich der spezifischen Behandlung komorbider Störungen (siehe dazu Kapitel 8.1.6. und 11). Die Gruppen finden derzeit i.d.R. 1 x wöchentlich statt und sind terminlich so flexibilisiert worden, daß die Patienten bei Bedarf zumindest an 2 indikativen Gruppen in der Woche parallel teilnehmen können. Die Gruppengröße liegt bei 8 - 12 Patienten, abhängig vom inhaltlichen Schwerpunkt der jeweiligen Gruppe. Die Patienten werden den jeweiligen Gruppen von den Bezugstherapeuten und aufgrund der Rückmeldungen aus der Chefarzt-Visite und den psychiatrischen Sprechstunden zugewiesen und erhalten am Ende eine kurze, schriftliche Rückmeldung des durchführenden Therapeuten der jeweiligen Gruppe.

Tabelle 5: Überblick über Indikationsgruppen im (sozial-)therapeutischen Bereich

Angstbewältigung	Geschlossene Gruppe / 6 Termine 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Selbstsicherheitstraining	Geschlossene Gruppe / 8 Termine 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Raucherentwöhnung	Geschlossene Gruppe / 7 Termine 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Abstinenzstabilisierung (Rückfallprävention)	Geschlossene Gruppe / 6 Termine 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Gruppe "50 Plus" (Alter und Sucht)	Offene Gruppe über die gesamte Therapiezeit 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Sport und Freizeit	Offene Gruppe über die gesamte Therapiezeit 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Konflikte in Beruf und Familie	Offene Gruppe über die gesamte Therapiezeit 1 x wöchentlich, à 90 Minuten
Bewerbungstraining	Geschlossene Gruppe 1 x wöchentlich à 90 Minuten, z.Zt. im Aufbau

Im folgenden werden die angeführten Indikationsgruppen näher beschrieben:

Angstbewältigung

Wie unter 8.1.6 ausgeführt wird, ist eine spezifische Behandlung komorbider psychischer Störungen für den Gesamttherapieerfolg sehr wichtig. Die Angstgruppe ist für diejenigen Patienten indiziert, die neben ihrer Abhängigkeitsproblematik an einer der folgenden Angststörungen leiden: Soziale Phobie, Spezifische Phobie, Panikstörung, Agoraphobie, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung.

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

Das Vorgehen orientiert sich an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten zur Behandlung von Angststörungen (Margraf, Schneider 1990; Schmidt-Traub 1997; Ambühl 2001). Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen im Austausch über die konkreten Ängste und bisherigen Bewältigungsversuche, in der psychoedukativen Vermittlung von biologisch-medizinischen und verhaltenstheoretischen Grundlagen der Angstentstehung und Aufrechterhaltung (Störungsmodell), Vermittlung eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapierationals zur Angstbewältigung, Erarbeiten einer persönlichen Angsthierarchie, Vor-

und Nachbesprechung von - zwischen den Sitzungen selbständig durchgeführten - Expositionsübungen, Aufzeigen von Möglichkeiten zur weitergehenden Behandlung, Hinweise auf Selbsthilfeliteratur.

Selbstsicherheitstraining

Das Selbstsicherheitstraining ist für diejenigen Patienten indiziert, die neben ihrer Abhängigkeitsproblematik an sozialen Unsicherheiten, einer sozialen Phobie oder einer ängstlich-vermeidenden bzw. dependenten Persönlichkeitsstörung leiden. Soziale Unsicherheiten können als Folge von Abhängigkeitserkrankungen auftreten, wie auch als eine mögliche Verursachung (Selbstmedikation) eine Rolle spielen.

Ziele der Gruppe sind eine Verbesserung der sozialen Kompetenzen im Sinne einer Zunahme von Selbstsicherheit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Selbstwirksamkeitsüberzeugung sowie eine Verbesserung der Selbstakzeptanz und der Fähigkeit zur Selbstkontrolle.

Das Vorgehen orientiert sich an überwiegend verhaltenstherapeutisch begründeten Übungsprogrammen (z.B. Hinsch, Pfingsten 1983). Die inhaltlichen Schwerpunkte liegen in der Vermittlung eines Erklärungsmodells, der Bewußtmachung und Modifikation von Selbstverbalisationen sowie der Durchführung von strukturierten oder frei gewählten Rollenspielsituationen, die jeweils auf Video aufgezeichnet und anschließend in der Gruppe analysiert und bearbeitet werden. Ferner werden einzelne Elemente der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson eingeübt.

Abstinenzstabilisierung (Rückfallprävention)

Die Abstinenzstabilisierungsgruppe ist für diejenigen Patienten konzipiert, bei denen - über die Bearbeitung der Thematik "Rückfallprävention" in den Einzel- und Bezugsgruppentherapien hinaus - ein vertiefendes Intensivprogramm sinnvoll und notwendig erscheint. Bei der Zuweisungsentscheidung werden u.a die Ergebnisse des DTCQA berücksichtigt (Abstinenzzuversichts-Fragebogen, s. Kapitel 9.1). Patienten mit kürzeren Behandlungsdauern nehmen an dieser Gruppe regelhaft teil (s. Kapitel 7.1).

Problematisch und herausfordernd für die Konzeption einer solchen Gruppe ist es, daß es zwar Risikogruppen (z.B. Arbeitslose) für einen Rückfall gibt sowie gehäufte Situationsmuster, in denen Rückfälle passieren, aber nicht die typische, für alle gültige Rückfallsituation(en). So gibt es in entsprechenden Untersuchungen uneinheitliche Ergebnisse hierzu (Veltrup 1995). Als gemeinsame Schnittstelle aller Rückfallsituationen können die im

Verlauf der Suchtentwicklung erworbenen rückfallfördernden Kognitionen angesehen werden, z.B. in Form von Alkoholwirkungserwartungen oder "erlaubnisgebenden Gedanken" (Beck 1997).

Schwieriger dagegen ist das Aufspüren un- bzw. vorbewußter Auslösereize, die eine automatisierte Aktivierung von Verhaltensmustern hervorrufen können, die dann wieder in eine erneute Konsumphase hineinführen (siehe Kapitel 2.1.) Ziele der Gruppe sind v.a. das Erkennen individueller Risikosituationen mit ihren entsprechenden rückfallfördernden Kognitionen sowie deren Bearbeitung; ferner die Vermittlung alternativer Bewältigungsstrategien und dadurch bedingt eine Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartungen.

Das Vorgehen der Gruppe orientiert sich an Beck (1997) und Körkel et al. (1995) und beinhaltet: Wissens- und Informationsvermittlung über Rückfallverläufe und das Rückfallmodell nach Marlatt und Gordon (1985), Herausarbeiten individueller Risikosituationen, Erkennen und Überprüfen dysfunktionaler Kognitionen, Erarbeiten von abstinenzstabilisierenden Überzeugungen, Ablehnungsübungen in Rollenspielen sowie Entspannungsübungen

Raucherentwöhnung

Die Raucherentwöhnungsgruppe ist für die Mehrzahl derjenigen Patienten indiziert, die eine komorbide Tabakabhängigkeit aufweisen und damit einer erheblich erhöhten Gefahr für schwerwiegende Gesundheitsschäden und frühzeitiger Mortalität unterliegen (Batra 2000; Duffner 2002; John, Hanke 2001 / 2002 a / b). Alkoholabhängige Menschen sind in über 80 % stark tabakabhängig, bei kombiniertem Konsum versterben zwei Drittel (!) dieser Menschen vor dem 60. Lebensjahr (Batra, Buchkremer 2001; Vaillant 1996). In den Selbsthilfegruppen für Alkoholranke ist Morbidität und Mortalität an Tabakfolgeschäden bei gelungener Abstinenz von Alkohol ein langsam in den Blickpunkt gelangendes Thema (Hüllinghorst 2002). Damit gerät das Dogma „eine Krücke braucht der Mensch“ langsam ins Wanken und kann zu den vielfältigen (oft zynischen)Mythen im Bereich der Suchthilfe gezählt werden.

Obwohl nämlich immer wieder darüber spekuliert wurde, daß der Streß eines Nikotinentzuges einen negativen Einfluß auf die die Rückfallrate bei Alkoholabhängigen haben könnte, erwies sich dies als falsch (Bobo et al. in Gastpar et al. 2002). Im Gegenteil, bisherige Resultate klinischer Studien zeigen eher eine verbesserte Prognose nach Entzug beider Substanzen

(Shiffman , Balabanis 1995; Bobo et al. 1998 in Gastpar et al. 2002). Rauchende Patienten mit und ohne deutlichen tabakassoziierten Folgeschäden werden daher von der medizinischen Abteilung und dem Bezugstherapeuten besonders zu einer Reduktion des Konsums im Sinne einer Schadensminimierung oder Abstinenz motiviert. Bereits in der Aufnahmesituation wird nach der Blutdruck – und Pulsmessung auch eine mit diesen Werten in unmittelbarem Zusammenhang stehende Kohlenmonoxidmessung sowie der Fagerströmtest zur Erfassung der Schwere der Tabakabhängigkeit durchgeführt und mit dem Patienten besprochen. Während der Aufnahmephase erfolgt dann im weiteren eine psychoedukative Gruppensitzung im Rahmen der medizinischen Gesundheitsvorträge zum Thema Tabakabhängigkeit durch den leitenden Arzt. Vor dem Hintergrund der besonderen Schwierigkeiten dieser Patienten den Zigarettenkonsum zu beenden (Kröger 2001), wurde auch das spezielle Gruppenangebot in der Klinik notwendig.

Ziel der Gruppe ist es, möglichst eine Nikotinkarenz bei den Teilnehmern zu erreichen, zumindest aber eine Reduktion des Konsums. Die Teilnahme ist freiwillig.

Seit Juni 2002 werden in unserer Klinik themenzentrierten Raucherentwöhnungsgruppen im Rahmen einer Kooperationsvereinbarung zur Teilnahme am Forschungsprojekt "Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken" (Bühlinger, Kröger et al. 2002) mit dem Institut für Therapieforschung in München angeboten. Es werden dabei zwei unterschiedliche Entwöhnungsmanuale angewandt. Ein Manual basiert auf dem Konzept der motivierenden Gesprächsführung (Miller, Rollnick 1999) und fokussiert auf die Erhöhung der Abstinenzmotivation. Das zweite Manual beinhaltet ein klassisches verhaltenstherapeutisches Trainingsprinzip (IFT München 1997) mit dem Ziel der Entwicklung und Stärkung von Abstinenzfertigkeiten. Es wird jeweils die Zielvorgabe einer Nikotinkarenz gemacht, ohne daß diese zur Bedingung gemacht wird. Vielmehr stehen die eigene Zielfestlegung, eine Stärkung von Eigenverantwortung und Selbstkontrolle, die Verbesserung der Motivation sowie die Erweiterung der persönlichen Handlungskompetenzen im Mittelpunkt des Vorgehens. Unterstützt werden die Patienten darin mittels der oben erwähnten abstinenzorientierten Techniken.

Gruppe "50 Plus" (Alter und Sucht)

Dieses Gruppenangebot richtet sich an Patienten ab ca. 55 Jahren, aber auch an etwas jüngere Patienten, die durch Frühberentung oder langjährige Arbeitslosigkeit aus dem Arbeitsprozeß herausgefallen sind. Generell ist wegen der allgemein gestiegenen Lebenserwartung mit einer

zunehmenden Zahl von älteren Menschen mit Suchtproblemen zu rechnen, obwohl umfangreichere epidemiologische Berechnungen nicht existieren (Wetterling et al. 2002). Speziell indiziert ist das Angebot für ältere Arbeitnehmer, die sich aufgrund ihres Alters dem Druck ihrer Vorgesetzten oder jüngeren Kollegen ausgesetzt sehen bzw. durch erhöhten Arbeitsdruck aufgrund von Rationalisierungsmaßnahmen - oft in Verbindung mit der Notwendigkeit zum Umgang mit technischen Neuerungen - überfordert fühlen. Bei diesen sogenannten „Late Onset Alkoholikern“ manifestieren sich die Alkoholprobleme erst im höheren Lebensalter, möglicherweise als Reaktion auf o.g. Belastungen und mangelnden Bewältigungsfähigkeiten (Quinten, Grönke-Jeuck 2002). Die Erfolgsraten der stationären Entwöhnungsbehandlung sind bei älteren Patienten ähnlich günstig wie bei Jüngeren, wobei die Patienten mit späterem Krankheitsbeginn eine besonders günstige Prognose haben, da sie auf stärkere soziale und finanzielle Ressourcen zurückgreifen können (Mundle 1998). Ein spezielles Angebot für diese Patientengruppen ist daher unserer Erfahrung nach im Sinne einer individualisierten Therapie sehr förderlich (Havemann-Reinecke et al. 1998; Wächtler 1992).

Ziele der Gruppe sind u.a : stützender Austausch in einer homogenen Problemgruppe, Würdigung der Lebensleistung, Erkennen und Bewältigen altersspezifischer Problembereiche, Reduktion von Isolation und Einsamkeit, Entwicklung neuer Perspektiven.

Das Vorgehen in der Gruppe orientiert sich an Themen wie: altersbedingte Veränderungen und Probleme im Arbeitsleben, Freizeitgestaltung und soziale Kontakte, Sexualität und Partnerschaft im Alter, Verlust von Angehörigen, Ablösung der eigenen Kinder, Entwickeln neuer Lebensperspektiven.

Die Gruppe hat einen stützenden, wertschätzenden und non-konfrontativen Ansatz, umfaßt spezielle Freizeitangebote sowie Übungen zur Aktivierung vorhandener Ressourcen.

Konflikte in Beruf und Familie

Diese offene Gruppe richtet sich an Patienten, für die es förderlich scheint, über die Bezugsgruppentherapie hinaus, einzelne Problembereiche in Beruf und Familie mit aktivierenden Interventionsmethoden genauer zu analysieren und konkrete Bewältigungsschritte zu erarbeiten und zu erlernen. Dies bezieht sich in der Regel auf spezielle interaktionelle Probleme am Arbeitsplatz, teils auch im familiären Bereich, wie auch z.B. auf Unklarheiten bzgl. des weiteren beruflichen Lebenswegs.

Ziel der Gruppe ist es, in aktiv-spielerischer Weise gemeinsam konstruktive Lösungswege für die spezifischen Probleme herauszuarbeiten, mit der Betonung auf der Aktivierung von Ressourcen.

Das Vorgehen der Gruppe beruht auf einem "eine-Sitzung-Konzept" und orientiert sich an dem Vorgehen einer ressourcen-orientierten systemischen Herangehensweise (Satir 1990; v. Schlippe 1995) sowie an Techniken des Neurolinguistischen Programmierens (Mohl 1996, 1997).

Sport und Freizeit

Viele Patienten haben im Zusammenhang mit ihrer Suchterkrankung keine Freizeitaktivitäten entwickelt oder sie zu Gunsten des Konsumverhaltens gänzlich aufgegeben. Dieses Gruppenangebot richtet sich an Patienten, bei denen es förderlich scheint, über die regelhafte Sporttherapie hinaus ihre körperliche Aktivität zu steigern und aus dem Sportbereich konkrete Freizeitaktivitäten auszuprobieren, um diese in der Zeit nach der Klinik fortzuführen. Dies betrifft insbesondere Patienten mit sehr eingeschränktem Freizeitverhalten und wenig Tagesstrukturierung.

Ziele der Gruppe sind die Steigerung der körperlichen Fitneß und Aktivität, Förderung von Zufriedenheit und Spaß durch gemeinsame sportliche Betätigung sowie das Auswählen und Vorbereiten von Aktivitäten für die eigene Freizeitgestaltung zu Hause.

Zentrale Angebote sind: Unterschiedliche Mannschafts- und Rückschlag-Sportarten, gemeinsame Radtouren, Wanderungen oder Kegeln. Die Patienten werden darüber hinaus angehalten, sich einzelne Bereiche auszuwählen und konkrete Vorbereitungen für eine Implementierung Zuhause zu treffen, z.B. durch Erkundigungen bei Sportvereinen oder Volkshochschulen vor Ort während der Heimfahrten.

8.1.6. Behandlung komorbider psychischer Störungen

Mit der Entwicklung zur deskriptiven Psychopathologie und der parallelen Beschreibung verschiedener Syndromgruppen (ICD-10, DSM – III – R), anstatt der Rückführung verschiedenster Symptome auf eine Grundstörung, nahm die Komorbiditätsforschung im engeren Sinne ihren Anfang (Krausz 2000). Traditionell wurden aus der Systematik des ICD-9 und als Ausdruck der Labeling-Diskussion der 60iger Jahre des vergangenen Jahrhunderts (keine Vergabe psychiatrischer Diagnosen um Stigmatisierung zu vermeiden)

bis dato alle Begleitsymptomatiken der Hauptdiagnose „Abhängigkeit“ nachgeordnet und somit bereits theorieimmanent therapeutisch vernachlässigt.

Das Zusammentreffen von psychischen Störungen und Substanzabhängigkeit hat aber weitreichende Konsequenzen für die Behandlung und den Verlauf von sowohl psychischen Störungen als auch der Abhängigkeitserkrankung selber. So wurde nach Basdekis-Jozsa und Krausz (2002) festgestellt, daß Komorbidität oft assoziiert ist mit Rückfällen, Rehospitalisierungen, vermehrten familiären und sozialen Problemen .

Die Diagnostik und Behandlung primärer, sekundärer oder nebeneinander bestehender komorbider psychischer Störungen, zusätzlich zu den Abhängigkeitserkrankungen, ist deshalb zu Recht in den letzten Jahren mehr und mehr in den Mittelpunkt gerückt und stellt eine wichtige Voraussetzung für eine individualisierte Behandlung da. Vogelsang (2002) äußert sich dazu: "Die Diagnostik und Therapie der Co-Morbidität ist eine der wichtigsten Innovationen in Richtung einer differenzierten Suchttherapie". Die Verbesserung der Diagnostik komorbider Störungen ist in unserer Klinik in den letzten Jahren u.a. durch die Einführung einer testpsychologischen Standarddiagnostik (s. Kapitel 9.1) sowie durch interne Fortbildungen zur ICD-10-Diagnostik gelungen, dies wird in der Zukunft weiter fortgeführt.

Die wohl häufigsten komorbiden Störungen sind depressive Erkrankungen, Angststörungen sowie Persönlichkeitsstörungen, wenn auch die genauen Zahlen je nach Untersuchungssetting und Zeitpunkt sehr unterschiedlich ausfallen (Basdekis-Josza, Krausz 2002; Lieb; Isensee 2002; Lindenmeyer 1999; Wittfoot, Driessen 2000). Prävalenzen zum Auftreten komorbider Störungen bei Suchtkranken erreichen z.B. im Akutversorgungssektor Raten bis zu 53 % (Reymann, Spranger, Stracke et al. 2000), wobei affektive und Angststörungen den weitaus größten Anteil unabhängig ihres ätiologischen Ursprungs haben (Schneider, Altmann, Stracke, R. et al. 2001). Schwoon (2001) kommt bei einer Zusammenfassung verschiedener Studien auf Zahlen für eine Lebenszeitprävalenz bei alkohol-, bzw. opiatabhängigen Menschen von etwas über 40 % für depressive und Persönlichkeitsstörungen und ca. 25 % für "neurotische" Störungen.

Nach dem DHS- Positionspapier (2001) ist es heute selbstverständlich geworden, neben der Entzugsbehandlung auch in der Entwöhnungsbehandlung bei komorbiden psychischen Störungen nach den Leitlinien der psychiatrischen Fachgesellschaften soweit notwendig

„sowenig wie möglich, soviel wie nötig“ Medikamente einzusetzen. In diesem Kontext steht auch unser Behandlungsangebot.

Die Behandlung dieser Störungen erfolgt in unserer Klinik in enger Abstimmung zwischen der medizinischen Abteilung (insbesondere dem leitenden Arzt) und dem jeweiligen Bezugstherapeuten. In der therapeutischen Behandlung wird eine Therapie komorbider Störungen in die Therapieziele und den Behandlungsplan mit aufgenommen und speziell in der Einzel-, z. T. aber auch in der Bezugsgruppentherapie behandelt. Weiterhin gibt es für Angststörungen und ausgeprägte soziale Unsicherheiten - z.B. in Form einer sozialen Phobie oder einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung - spezielle indikative Gruppen (s. Kapitel 8.1.5), denen die Patienten zugewiesen werden. Weitere entsprechende indikative Gruppen befinden sich in Planung, so z.B. für depressive Erkrankungen (s. Kapitel 11).

8.1.7. Rückfälle während der Behandlung

Die traditionelle Suchtkrankenhilfe sah jahrzehntelang eine Weiterbehandlung nach einem Rückfall während der Entwöhnungsbehandlung weder für den einzelnen als auch die Patientengemeinschaft als nicht förderlich an und reagierte aus einer historisch gewachsenen Haltung mit Entlassung.

Seit Veröffentlichung der umfangreichen MEAT – Studie im Jahre 1989 (Küfner, Feuerlein et al.) stand diesem Vorgehen der empirische Fakt gegenüber, das Rückfällige mit denen weitergearbeitet wurde eine genauso gute Prognose haben, wie diejenigen, die Ihre Therapie ohne ein solches Ereignis durchliefen. Bei Rückfall entlassene Patienten waren dagegen in dem beforschten 4 - Jahres -Zeitraum bis zu 90 % rückfällig, ein pädagogisch – psychotherapeutischer Entlassungsgrund somit empirisch widerlegt. Mittlerweile wird selbst von Seiten der Kostenträger die Entlassung bei Rückfall als Behandlungsfehler eingestuft (Lubenow 2002), die Arbeit mit Rückfälligen als fachlich begründete Notwendigkeit in die Leitliniendiskussion zur Behandlung Abhängigkeitskranker eingeführt (Diskussionspapiere der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich medizinischer Fachverbände).

Aktueller Konsens in der modernen Suchtkrankenhilfe ist, daß neben der weiterhin grundsätzlich notwendigen Neuorientierung auf ein abstinentes Leben hin, der Erwerb eines kompetenten Umgangs mit Rückfallsituationen („von der Abstinenzentscheidung zur Abstinenzkompetenz“) ebenso grundlegendes Ziel einer Entwöhnungsbehandlung sein sollte

(u.a. Lindenmeyer 2003). Viele Rückfälle verlaufen der neuesten neurobiologischen Forschung zufolge, vor - bzw. unbewußt als Ausdruck automatisierter neuronaler Prozesse, die zunächst noch nicht einer unmittelbaren kognitiven Kontrolle unterwerfbar sind (siehe Kapitel 2.1.).

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg hatte bisher bei Rückfälligkeit während der Behandlung aus tradierter Perspektive heraus entlassen. Auf dem Hintergrund der o.g. angedeuteten fachlich-wissenschaftlichen Diskussion des letzten Jahrzehnts, des Wechsels in der Klinikleitung und den Gesprächen mit Kooperationspartnern und Kostenträgern ist die Rückfallbearbeitung im Rahmen der Therapie mittlerweile ein Teil unseres Angebotes.

Dabei stehen neben den Erklärungsansätzen der (neuro-)biologischen Forschung und deren psychotherapeutischen Schlußfolgerungen (siehe Kapitel 2.1) besonders die Konzepte der sozial-kognitiven Lerntheorie zur Rückfallentwicklung als orientierende theoretische Basis im Vordergrund unseres praktischen Handelns.

Nach dem Modell von Marlatt und Gordon (1985) ist der Ausgangspunkt für einen Rückfall ein unausgewogener Lebensstil mit vielen Belastungen und wenig positiven Akzenten. Hinzu kommen nach wie vor positive Wirkungserwartungen und der latente Drang das Suchtmittel zu konsumieren (Craving). Neurobiologische Ansätze und das Prinzip der klassischen Konditionierung bieten Erklärungsmodelle für diesen Drang. Scheinbar unwesentliche Entscheidungen münden in eine Situation mit individuell hohem Rückfallrisiko. Ein Mangel an Bewältigungsstrategien für diese Situation, reduzierte Selbstwirksamkeitserwartungen und eine hohe Wirksamkeitserwartung an das Suchtmittel oder die (un)bewußte neuronale Aktivierung automatisierter Handlungsabläufe führen schließlich zur ersten Einnahme. Die kognitive Dissonanz zwischen Abstinenzabsicht und Gebrauch führt zu Frustration, Schuldgefühlen und Resignation (Abstinenzverletzungssyndrom) mit der Folge weiteren Konsums.

Körkel u. Kruse (1997) beziehen zusätzlich die systemische Ebene ein und benennen für den stationären Rückfall auch Behandlungsmerkmale der Klinik und das außerstationäre soziale Umfeld als beeinflussende Faktoren.

Dem o.g. folgend geht es bei der Rückfallbearbeitung in unserer Einrichtung um:

- die genaue Analyse des Rückfallgeschehens durch Bewußtmachung der zugehörigen kognitiven und emotionalen Prozesse sowie des Suchens nach vor/ unbewußten Reizen (Triggern), die unbewußt Verhaltensautomatismen auslösen können

- die Einbeziehung und Klärung der Einflüsse des sozialen Umfeldes
- die Überprüfung des bisherigen Behandlungsverlaufs und der therapeutischen Maßnahmen

Ausgehend von dem Ergebnis dieser Analyse kann die Behandlung fortgesetzt und der Patient bei Bedarf speziellen Maßnahmen zugeordnet werden. Obligatorisch ist bei Weiterbehandlung die Teilnahme an der Indikativen Gruppe Rückfallprophylaxe.

Praktisch verfahren wir in Anlehnung an Wohlfahrt (1995), Körkel et al.. (1988) und Lindenmeyer (2003) folgendermaßen:

- Sofern keine medizinischen Bedenken bestehen und der Patient kooperiert, wird er zur Ausnüchterung auf die Aufnahmestation verlegt, ansonsten erfolgt Entlassung oder Verlegung in mit uns kooperierenden Akutkliniken
- Erst nach Ausnüchterung wird im Einzelgespräch geklärt, ob der Patient weiterbehandelt werden möchte und es erfolgt nach gezielten Interventionen, die die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patienten und die in uns gesetzte Hoffnung auf Unterstützung wieder festigen sollen, dann gegebenenfalls eine genaue Analyse des Rückfallgeschehens. Eine 14-tägige Klärungsphase wird vereinbart, während der i.d.R. kein Ausgang möglich ist
- In der Bezugsgruppe thematisiert der Patient das Geschehen, analysiert erneut den Rückfallprozeß und sucht gemeinsam mit seinen Mitpatienten nach alternativen Bewältigungsstrategien
- Angehörige und Beratungsstelle werden informiert und soweit nötig und sinnvoll einbezogen
- In der Vollversammlung berichtet der Patient über den Rückfall mit der Zielsetzung, Transparenz zu schaffen und den Mitpatienten Gelegenheit zum Lernen und ggfs. zum Ausdruck eigener Betroffenheit zu geben

Der Rückfall wird im therapeutischen Team besprochen. Einzeltherapeut, Co-Therapeut, zuständige Ärztin, therapeutischer Leiter und/oder der Klinikleiter entscheiden nach 14 Tagen, unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs der Rückfallbearbeitung, ob die Behandlung fortgesetzt wird.

Ausschlußkriterien für eine Weiterbehandlung sind z. B. Gewalttätigkeit in der Rückfallsituation, fortgesetzte Bagatellisierung des Rückfalls, Prahlen mit dem Rückfall oder

Aufforderung an Mitpatienten zum Konsum. Die Entscheidung erfolgt auf den Einzelfall bezogen.

8.1.8. Sozialberatung

Im Rahmen der Einzeltherapie wird, auf Grundlage der Ergebnisse eines strukturierten Anamnesebogens, eine ausführliche soziale Diagnostik erhoben. Diese umfaßt sowohl die Berufsanamnese (s. auch Kapitel 8.3.1.1), wie auch aktuelle, behandlungsrelevante psychosoziale Belastungen, wie z.B. eine ungesicherte finanzielle Situation, Wohnungsprobleme oder Arbeitslosigkeit. Ein spezielles Angebot stellt darüber hinaus die Sozialberatungssprechstunde dar (2 x wöchentlich à 90 min), in der die aktuelle materielle Absicherung im Vordergrund steht. Dort werden folgende Problembereiche abgedeckt:

- Hilfen bei der Erlangung von Übergangs- bzw. Krankengeld
- Taschengeldanträge beim zuständigen Sozialhilfeträger, ebenso Anträge auf Bekleidungsgeld, Kostenübernahme der Wohnungsmiete, Erstattung notwendiger Fahrten u.ä.
- Auszahlungen aus dem hausinternen Sozialfond bei akuter Bedürftigkeit

In der einzeltherapeutischen Betreuung werden folgende Bereiche gemeinsam bearbeitet:

- Regelung finanzieller Angelegenheiten (bei Bedarf kommt zusätzlich ein externer Schuldenberater zu Einzelterminen in die Klinik)
- Hilfen beim Umgang mit Behörden, Gerichten
- Hilfen bei der Wohnungssuche oder Wohnungssicherung
- Berufliche Wiedereingliederung und Arbeitssuche (s. hierzu Kapitel 8.3.1.1)
- Informationsvermittlung über ambulante oder stationäre Nachsorgemöglichkeiten sowie Hilfen bei der Antragsstellung

In Fällen, in denen ein sehr hoher Arbeitseinsatz erforderlich ist, werden die Patienten darüber hinaus an geeignete Einrichtungen in ihrem Wohnort vermittelt.

8.1.9. Sozio- und Milieuthherapie

Ziel der Sozio- und Milieuthherapie ist es, das Hineinwachsen in die Gemeinschaft aus Patienten und Mitarbeitern als Lern- und Übungsfeld für die zukünftig abstinente Lebensführung zu nutzen. Viele unserer Patienten sind im Zuge der Abhängigkeitsentwicklung immer weiter in die soziale Isolation geraten. Geregelte Tagesabläufe, Einhaltung sozialer Normen, Verantwortlichkeit, positive Freizeitgestaltung,

etc. sind in mehr oder weniger starkem Maße verlorengegangen. Die Organisation der Abläufe in der Klinik und die Beteiligung der Patienten an vielen sie betreffenden Prozessen bieten den Rahmen für die Revitalisierung bzw. Neuentwicklung von Fähigkeiten, sich im sozialen Kontext angemessen zu bewegen.

Als Mitglied einer der Gruppen ist der Patient in der Regel mit dieser identifiziert. Das wird gefördert durch die Begleitung eines Mitpatienten seiner Gruppe schon am ersten Tag. Die Gruppen bestimmen einen Gruppensprecher, der für interne Organisation und Vertretung gegenüber den Gruppentherapeuten zuständig ist. Darüber hinaus wird ein Gruppenratsmitglied bestimmt. Der Gruppenrat setzt sich zusammen aus jeweils einem Mitglied jeder Gruppe und vertritt die Patientenschaft gegenüber der Klinik. Hauskonferenzen unter Teilnahme des Gruppenrates und 2 Vollversammlungen im Monat, die durch den Gruppenrat geleitet werden, bieten viele Möglichkeiten, das Klinikgeschehen mitzubestimmen. Einerseits können über diese Organisation Konflikte, Beschwerden und Anregungen seitens der Patienten einfließen, andererseits bieten die dazugehörigen Prozesse innerhalb der Gruppe und die Übernahme solcher Posten die Chance, am Modell zu lernen, aktiv soziale Kompetenzen aufzubauen, Ressourcen zu erkennen und sichtbar werdende Defizite in den therapeutischen Prozeß einzubringen.

Es bestehen eine Reihe von Sonderaufgaben wie Videowart, Brennmeister im Tonraum oder die Ausleihe in der Patientenbibliothek, die gezielt besetzt und von Patienten als Übungsfeld genutzt werden können.

Der strukturierte Tagesablauf mit festen Mahlzeiten, Nachtruhe und verpflichtenden Therapiezeiten übt einen dem normalen Lebensalltag ähnlichen Rhythmus. Gemeinschaftsaufgaben wie Betrieb der Cafeteria oder der Dienst am Patiententelefon stärken das Bewußtsein für gegenseitige Unterstützung und aufeinander angewiesen sein.

Die Möglichkeiten der Freizeitgestaltung (siehe 4.5) außerhalb der Therapiezeiten fördern die Entwicklung von Hobbys, oft in Gemeinschaft mit anderen.

Die regelmäßig in die Klinik kommenden (ca. 10) Selbsthilfegruppen verbinden den Aufbau sozialer Kontakte ganz direkt mit dem zentralen Therapieziel. Nachweislich sind sie ein wesentlicher Faktor bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz.

Nach Entlassung bieten drei traditionelle Feste im Jahr (Osterfeuer, Sommerfest, Weihnachtsbasar) die Möglichkeit, die Bindung an die Klinik aufrechtzuerhalten. Für viele Patienten hat diese Möglichkeit einen abstinenzstabilisierenden Effekt.

8.2. Medizinische Behandlungsmodule

8.2.1. Medizinische Behandlung

Die medizinische Abteilung ist nach dem Eintreffen des häufig unsicheren und ängstlichen, manchmal auch alkoholisierten Patienten eine seiner ersten Anlaufstellen im Hause. Alle Patienten werden bei Aufnahme eingehend klinisch untersucht und nach operationalisierten Kriterien allgemeinärztlich und psychiatrisch sowie im Rahmen der regelmäßig einmal wöchentlich stattfindenden Chefarztvisiten ausführlicher psychiatrisch, unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und der aktuellen Problemkreise, nachexploriert. In besonders gelagerten Fällen besteht regelhaft die Möglichkeit zu einem längeren diagnostischen Einzelgespräch und ggfs. weiteren Interventionen beim leitenden Arzt. Bei mittelschwerer und schwerer Entzugssymptomatik wird der Patient für einige Tage in ein Allgemein-Krankenhaus verlegt, leichte Entzugssyndrome werden unter engmaschiger Beobachtung in der Klinik behandelt.

In der Aufnahmephase werden Ressourcen des Patienten, Suchtfolgeschäden und psychiatrisch-somatische Begleiterkrankungen diagnostiziert und ein individueller Behandlungsplan, der mit Bezugstherapeut und Patient abgestimmt wird, erstellt. Die Teilnahme an sämtlichen Angeboten im medizinischen aber auch im arbeitstherapeutischen Bereich verlaufen nach medizinischer Abklärung. Somit ist gewährleistet, daß die gesamte Rehabilitationsbehandlung unter ärztlicher Anleitung verläuft. In den Sprechstunden werden die Patienten zu einer gesundheitsbewußten Lebensweise angeregt, so werden Nikotinkonsum und Übergewicht problematisiert und Lösungswege (Raucherentwöhnung, Gewichtsreduktion und sportliche Aktivitäten, allgemeine Ernährungsberatung) aufgezeigt.

Zentral ist auch eine auf Suchtfolgeschäden bezogene Verordnung von physiotherapeutischen Maßnahmen, um eine weitestgehende Wiederherstellung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben zu erzielen. Hierbei stehen Polyneuropathien, Kleinhirntaxien, Gelenkbeschwerden und Rückenschmerzen als Behandlungsindikationen im Mittelpunkt. Der Verlauf wird in einer wöchentlichen Sitzung mit den Physiotherapeuten besprochen und ggfs. alternative Verordnungen angeordnet. Eine vorbestehende internistische Medikation wird häufig weitergeführt oder ggf. an Hand der vorliegenden Befunde, oft in Absprache mit Hausärzten und Konsiliarärzten, modifiziert.

Bei Vorliegen einer entsprechenden psychiatrischen Komorbidität werden Einstellungen mit Psychopharmaka entweder beibehalten, modifiziert oder hier neu vorgenommen. In den medizinischen Visiten sowie der täglich bei Bedarf vorgehaltenen psychiatrischen Einzelsprechstunde werden Verdachtsdiagnosen abgeklärt, stützende Gespräche geführt sowie weitere Zuweisungen in die indikativen Gruppenprogramme in Absprache mit den Einzeltherapeuten vorgenommen. Eine eingehendere Diagnostik psychiatrischer Syndrome die mit Substanzabhängigkeit einhergehen ist zur genaueren Eingrenzung umfangreicher als bei nicht bestehender Abhängigkeit (Übersicht bei Maier et al. 2000). Da über die zuweisenden Beratungsstellen sowie der sie unterstützenden (meist Hausärzte) Institutionen im Vorfeld keine entsprechenden Auffälligkeiten diagnostisch benannt werden, ergeben sich viele Fragestellungen erst nach der Aufnahme des Patienten in die Klinik. Weiterer Behandlungsbedarf folgt dann aus der gezielten operationalisierten schriftlichen Erstanamnese, der psychologischen Testdiagnostik sowie den beobachtbaren Auffälligkeiten. Viele Therapiezeitverlängerungen in unserer Klinik begründen sich aus der Komorbidität selber und deren arbeitsrehabilitativen Folgeproblemen wie z.B. einer verminderten Erwerbsfähigkeit wegen einer rezidivierenden depressiven Störung. Neben diesen kommen vor allem ausgeprägte Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, affektive Störungen sowie selten Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis zur Behandlung. Die Behandlung wird immer durch eine ausführliche Information des Patienten über das Therapierational beschränkt. Regelmäßig werden außerdem hierbei schriftliche Patienteninformationen (z.B. bei Borderline-, Angst –und depressiven Störungen) zum eingehenderen Verständnis der Störung und biopsychosozialer Hilfsmöglichkeiten verliehen, die darüber hinaus auch in der Patientenbibliothek erhältlich sind.

Bei allen Patienten wird je nach Länge des Bewilligungszeitraumes zwei oder drei Mal eine Labordiagnostik durchgeführt, die in ihrer Bedeutung und Aussagekraft mit dem Patienten besprochen wird. An allen Wochentagen wird eine ärztliche Sprechstunde angeboten, zu der sich jeder Patient morgens bei einer unserer drei Krankenschwestern anmelden kann. Erforderlichenfalls vereinbaren wir zur weiterführenden Diagnostik Termine in fachärztlichen Praxen unserer Wahl zu denen ein enger kollegialer Kontakt besteht und die zeitnah realisiert werden können.

Regelmäßig einmal in der Woche wird eine Chefarztvisite durchgeführt und in besonderen Fällen auch zeitlich anders gelagerte unmittelbare Explorationen sichergestellt. Am Abend, nachts und an Wochenenden wird bei interkurrenten Erkrankungen oder anderer

Problemstellungen die ärztliche Versorgung durch alternierende Rufbereitschaft der drei tätigen Ärzte sichergestellt. Ärzte und Pflegepersonal führen im Wechsel medizinischen Unterricht und Gesundheitserziehung durch (siehe Kapitel 8.2.5.).

Tabelle 6: Medizinische Behandlung

Behandlungselement	Häufigkeit	Inanspruchnahme
Aufnahme und Entlassungsuntersuchung	Bei Aufnahme und Entlassung	
Notfallsprechstunde	werktätlich	bei Bedarf
Arztsprechstunde	werktätlich	nach Vereinbarung
Psychiatrische Sprechstunde	werktätlich	bei Bedarf und nach Vereinbarung
Chefarztvisite	Einmal pro Woche	
Gesundheitsvorträge	Initial wöchentlich, dann alle vier Wochen (= ca.6 Termine)	Verbindlich

Besonderen Wert wird auf Differentialdiagnostik und Verständlichmachen von funktionellen Reaktionsweisen und Störungen gelegt, wie sie im Laufe des Rehabilitationsprozesses bei den Patienten häufig als Äquivalent unzureichender Bewältigungsstrategien bei Konflikten auftreten, da der Alkohol als Spannungslöser nicht mehr zur Verfügung steht. Kopfschmerzen, Schulter-Nacken-Verspannungen und diffuse Schmerzsyndrome, Schlafstörungen, Schwindelgefühle, Juckreiz, Dysmenorrhoe und Verdauungsstörungen sowie innere Unruhe führen in die ärztliche Sprechstunde. Neben verbalen Interventionen bieten wir ergänzend für diese Beschwerdekompexe Autogenes Training unter ärztlicher Leitung, Ohrakupunktur sowie Körperakupunktur an. Ziel dieser Interventionen ist der medikamentenfreie Umgang mit körperlich-seelischen Beeinträchtigungen sowie eine Unterbrechung des reflexhaften Verlangens nach Medikamenten. Diese psychoedukativen Interventionen sind zeitlich aufwendig aber notwendig, um den gewohnheitsmäßigen Reflex sofortiger Medikamenteneinnahme bei Beschwerden deutlich zu machen und zu unterbrechen. In diesen Problemlagen erfolgt bei Bedarf zusätzlich eine psychiatrisch fachärztliche Intervention. Die (psycho-)somatische Situation des Patienten wird parallel hierzu in die täglich stattfindenden Fallbesprechungen des Teams eingebracht. Nach der obligaten Abschlußuntersuchung wird für jeden Patienten eine sozialmedizinische Beurteilung unter Einbeziehung der Befunde aller beteiligten Professionen erarbeitet, die

Aufschluß über den Grad der aktuellen Erwerbsfähigkeit und gegebenenfalls erforderliche weitere Maßnahmen gibt.

8.2.2. Stellenwert von Anticravingmedikation

Biologische Grundlagenforschung und umfangreiche Therapiestudien belegen die Effizienz von Medikamenten gegen Craving (=„Suchtdruck“), der 1. Kategorie im ICD-10 für die Diagnostik der (psychischen) Abhängigkeit. Bis heute ist ihr Einsatz in der Rehabilitation Suchtkranker umstritten, die Diskussion wird emotionsgeladen und von Mythen bestimmt geführt.

Darüber hinaus sind neben anderen Problemen wissenschaftliche Begrifflichkeiten wie „Craving“ unscharf operationalisiert (Übersicht bei Buss / Beutel 1998; Wetterling, Veltrup 1997). Trotzdem wird, wie bei anderen umstrittenen Therapieverfahren auch, seien sie rein psychotherapeutisch oder biologisch, ein Einsatz von Anticravingsubstanzen in vielen Settings befürwortet und auch durchgeführt.

Im Positionspapier der DHS (2001) wird unter Berufung auf Soyka (1997) als Zielgruppe unabhängig von Settingvariablen „hochmotivierte Abhängige, deren Abstinenzbemühungen trotz psychotherapeutisch-psychosozialer Begleitung scheiterten“ genannt. Im Originaltext (Watzl, Rockstroh 1997) führt Soyka darüber hinausgehend aus, das ein weiterer Einsatz bei weniger motivierten oder deutlich gestörteren im Sinne der sogenannten chronisch mehrfachgeschädigten Abhängigkeitskranken denkbar sei. Dies allerdings nicht zur Aufrechterhaltung einer dauerhaften Abstinenz, sondern im Sinne einer „harm reduction“ Strategie zur Verminderung der Trinkmenge, was immerhin dazu beitragen könnte, die Ausprägung schwererer neuropsychiatrischer und somatischer Folgestörungen zu verhindern. Hierzu sei aber eine Umorientierung hinsichtlich der Behandlung bei Alkoholabhängigen analog des Paradigmawandels bei der Drogenabhängigkeit (Methadonsubstitution statt Totalabstinenz) Voraussetzung. An diesem Punkt entspricht diese Haltung dem im DHS-Positionspapier formuliertem Grundprinzip der mehrdimensionalen Schadensminimierung (DHS 2001, S. 18), was an anderer Stelle des Grundsatzpapiere aber dann nicht als Grundsatzforderung aufgenommen wird. Schwärzler und Mann (1998) betonen den Einsatz vor allem im hausärztlichen Umfeld, wogegen „das Zusammenwirken medikamentöser Rückfallprophylaxe mit den etablierten Suchttherapien (als) noch weitgehend ungeklärt bezeichnet“ (wird).

Uchtenhagen (2000) gewichtet das Ausmaß von Craving im Querschnitt und Verlauf als indikativen Parameter, den es zu beachten gälte. Patienten, die Alkohol insbesondere als Angst – und Konfliktlöser einsetzen seien besonders zu beachten. Allerdings könne es Monate dauern, bis sich ein Erfolg einstellt. Unklar sei, wer sich für diese Behandlungsform eigne. Wetterling und Veltrup (1997) verweisen auf die derzeitige Schwierigkeit einer differentiellen Indikationsstellung für generell alle Anticravingsubstanzen, da es einerseits sehr unterschiedliche Grade der Ausprägung von Craving gäbe, andererseits ein sehr unterschiedliches Ansprechen auf die Substanz und schlagen zumindest ein Vorgehen nach operationalisierten Kriterien vor. In der aktuellen AWMF – Leitlinie zur Akutbehandlung alkoholbezogener Störungen (Mundle et al. 2003) wird als Einsatzzeitraum „die ersten Monate nach dem Entzug“ vorgeschlagen.

In der stationären Entwöhnungsbehandlung könne die Gabe von Anticravingsubstanzen durch Übungen zur Rückfallprophylaxe ausgeglichen werden und so verhindert werden, daß ein Zuschreiben des Rückgangs von „Suchtdruck“ ausschließlich auf das Medikament zurückgeführt wird. Aufgrund des stationären Settings im Gegensatz zur ambulanten Therapie sei eine weitere Stabilisierung über eine solche Substanz i.d.R. nicht notwendig. Nur im Ausnahmefall – solange entsprechende Strategien zur Rückfallprophylaxe noch nicht greifen – könnte ein Einsatz von Anticravingsubstanzen sinnvoll sein (Kolling 2002).

Mundle (1999) hingegen fordert aufgrund des wissenschaftlich nachgewiesenen drastisch reduzierten Rückgangs der Rückfälligkeit die generelle Prüfung der Indikationsfrage grundsätzlich bei allen Alkoholabhängigen unabhängig vom Behandlungssetting, solange noch nicht geklärt ist, für welche Patientenuntergruppen Anticravingsubstanzen am besten geeignet sind. In diesem schwierigen Kontext wird von den Vertretern dieses Standpunktes immer wieder auf die Parallellität bei der Verordnung von Antidepressiva verwiesen, bei denen im Vorfeld der Behandlung weder ein Ansprechen auf bestimmte antidepressive Substanzen noch die Zuweisung der Verordnung zu bestimmten Subgruppen von depressiven Menschen gefordert würde (Kiefer 2003).

Die Indikation für Anticravingsubstanzen in unserer Klinik ist vor dieser wissenschaftlichen Befundlage grundsätzlich zurückhaltend und individuell zu stellen und sollte im vollstationären Behandlungssetting einer eindeutig psychotherapeutisch geprägten Entwöhnungseinrichtung nur im absoluten Ausnahmefall erfolgen. Dann hat zunächst hat eine umfassende Diagnostik der von Unruhe und Spannungszustände gezeichneten

Cravingsymptomatik zu erfolgen, die auch als Ausdruck einer konditionierten Antwort auf ein neurophysiologisches Ungleichgewicht zu sehen ist. Genauso sorgfältig sind die in der Vorgeschichte vorausgehenden Rückfallbegleitumstände (Craving vorausgehend oder nicht, unzureichender Erwerb von Copingstrategien in Rückfallsituationen u.a.) sowie der bisherige Gesamtverlauf, das Milieu nach Entlassung sowie die Motivationslage des Patienten zu beachten. Keinesfalls darf beim Patienten der Eindruck einer „bequemen“ Lösung seiner Suchtprobleme entstehen, vor übertriebenen Erwartungen muß gewarnt werden. In solchen möglichen Fällen ist wie bei Soyka vorgeschlagen, zunächst eine unbedingte Abstinenzvornahme zu diagnostizieren. Auch bei Therapiewiederholern, die empirisch eine schlechtere katamnestiche Prognose aufweisen (Müller- Fahrnow 2002), könnte zur obligatorischen psychosozialen Nachsorge unterstützend an eine zu verabreichende Anticravingmedikation zum Zeitpunkt der Entlassung gedacht werden.

8.2.3. Akupunktur und Entspannungstraining

Akupunktur

Körperakupunktur ist ein Element der traditionellen Chinesischen Medizin. Sie existiert in der derzeit von den namhaften Akupunkturgesellschaften gelehrt Form seit etwa 2000 Jahren und ist in der Lage Patienten erfolgreich zu behandeln. In aktuellen Studien (Ballegaard et al. 1999) und noch laufenden Studien wie der der Ersatzkrankenkassen (www.ikk.de) ist die gute Wirksamkeit der Akupunktur auf somatische (vorwiegend Schmerzsyndrome) und psychische Beschwerden belegt. Im Fachkrankenhaus Hansenbarg wird Körperakupunktur seit Anfang 2001 unter regelmäßiger begleitender Fortbildung der durchführenden Ärztin in täglichen meist gruppenweise durchgeführten Sitzungen angewandt. Die Indikationen werden nach den Empfehlungen für den Einsatz von Akupunktur der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gestellt.. Die Kosten für Arzneimittelvergabe sind im Jahr nach Einführung der Akupunktur erheblich zurückgegangen. Auch in der Behandlung komorbider psychischer Störungen gelangt in leichten bis mittelschweren Fällen neben Psychopharmaka auch die Körperakupunktur zum Einsatz, um den Patienten so auch medikamentenfreie Erfahrungen bei der Linderung von Beschwerden zu ermöglichen. Trotz der anhaltenden Diskussion über Grundlagen und Effektivität der Akupunktur, scheint sich deren Anwendung auch über den bei uns erfolgreichen Einsatz in der Entzugsphase nach dem NADA - Protokoll (Übersicht bei Brewington, Smith et al. 1992) hinaus zu bewähren.

Zur Unterdrückung des Craving bei Kokainkonsumenten ist Akupunktur aus der Erfahrungsempirie Mittel der ersten Wahl. Eine weitere zukunftsweisende Veröffentlichung

des rehabilitationswissenschaftlichen Instituts der Universität Hamburg belegt positive Effekte in der Linderung einer Anzahl von somatischen und psychischen Beschwerden (Buhk, Busche, Feldkamp, Koch 2001), ebenso sind Trinkmengenreduktionen unter Akupunktur nachgewiesen (Bullock et al. 1989).

Entspannungstraining

Das autogene Training (Haring 1993; Hoffmann 1981) wird unter ärztlicher Leitung in der Gruppe zweimal wöchentlich jeweils 45 Minuten über ca. 8 Wochen angeboten. Nach dem Besuch der Gruppe unter fachlicher Leitung kann autogenes Training auch weiterhin als eine selbsttherapeutische Maßnahme eingesetzt werden. Regelmäßige Anwendung trägt dabei deutlich zur Persönlichkeitsstabilisierung bei und hilft, Alltagsprobleme souveräner zu verarbeiten. Das bei Abhängigkeitskranken oft gestörte Körperempfinden wird deutlich verbessert und eine wesentliche Harmonisierung körperlicher und seelischer Funktionen erreicht. Dieses altbewährte Entspannungsverfahren ist für unsere Patienten zur Induzierung einer vegetativen Harmonisierung gut geeignet und wird in der Regel gern angenommen.

8.2.4. Sport, - Bewegungs – und Physiotherapie

Sport – und Bewegungstherapie

Durch die Abhängigkeit sind alle Lebensvollzüge betroffen, die körperlich (- motorischen) Funktionen sowie Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln. Diese Bereiche menschlichen Verhaltens existieren aus unserer Sicht nicht isoliert neben einander, sondern beeinflussen sich gegenseitig. Therapeutische Maßnahmen, die einen dieser Bereiche in den Mittelpunkt rücken, haben auch Auswirkungen auf andere Funktionen. In diesem Kontext kommt der Sport – und Bewegungstherapie ein hoher Stellenwert zu.

Für jede Therapiegruppe ist nach vorhergehender individueller ärztlicher Abklärung von (relativen) Kontraindikationen zweimal pro Woche Sport und Bewegungstherapie verpflichtender Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsprozesses. Am Anfang des Sportprogrammes steht immer auch die Exploration der Patienten durch die Sporttherapeuten über körperliche Probleme und Einschränkungen sowie über ihre Sporterfahrungen, um einen individuellen Bewegungsplan erstellen zu können und Überforderungssituationen vorzubeugen.

Ziele der Sporttherapie können krankheitsspezifisch und sportspezifisch sein. Im Sinne der körperlichen Gesundheit und Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und des

Leistungsvermögens sind positive Veränderungen vieler Körperfunktionen im Rahmen der ganzheitlichen Rehabilitation bekannt. Gefördert werden außerdem im seelischen Bereich

- ein positives Selbstbild und Selbstvertrauen
- die Beziehungsfähigkeit durch Partnerübungen und Gruppenspiele
- eine realistische Selbstwahrnehmung durch den Umgang mit den eigenen Grenzen
- die Steuerungsfähigkeit der Patienten

Das Sportangebot findet im Freien oder in unserer modernen und geräumigen Sporthalle, im Sommer auch in unserem Schwimmbad statt. Mit jeder Gruppe werden im Rahmen der Rekreationstherapie Fahrrad- und Kegelausflüge durchgeführt. Gemeinschaftserlebnis in der Gruppe verstärkt sportliche Aktivität, die sich wieder positiv auf das Zusammenleben auswirkt. Spaß und Freude ohne Suchtmittel werden neu erlebt. Insgesamt wird sportliche Betätigung als echte Alternative zu psychotropen Substanzen im abstinenten Langzeitverlauf bei Abhängigkeitskranken beschrieben (Vaillant 1989).

Das Sportangebot umfaßt weiterhin: Gymnastik, Reaktions- und Koordinationsspiele, Muskelaufbau und Dehnung der Skelettmuskulatur, Konditionstraining, Wirbelsäulengymnastik (s. auch Punkt Physiotherapie), Ball- und Rückschlagspiele (Tischtennis, Indiac, Badminton, Tennis, Faustball, Basketball, Schlagball u.a.), Volleyball, Skilanglauf bei ausreichenden Schneeverhältnissen, Schwimmen, Wassergymnastik, Bootstouren. Gefördert wird auch die oft nur noch gering ausgeprägte Körperwahrnehmung, es werden Entspannungsübungen, Atemübungen und Vertrauensspiele angeleitet.

Indikationsgeleitet bestehen für Einzelpersonen die Voraussetzungen für Aggressionsspiele mit Geräten (Stockkampf) und Bogenschießen.

Sport hat auch einen festen Platz im Rahmen der seit 1991 hier im Hause stattfindenden **Kinderseminare**, hier geht es im gemeinsamen Sport von Kindern und Eltern um gemeinsames Spiel, Überwindung von suchtsbedingt entstandenen Ängsten und Vorbehalten und um das Hören von Kinderwünschen.

Der Förderung sinnvoller und aktiver Freizeitaktivitäten dient auch der Sport innerhalb der **Indikativen Gruppe Freizeit**, die unseren Patienten indikationsgeleitet einmal wöchentlich offensteht (siehe Kapitel 8.1.5.)

Physiotherapie

Mit Ausnahme des Gruppensportes, an dem jeder Patient im Rahmen seiner Möglichkeiten teilnehmen soll, erfolgt die Physiotherapie im Sinne von Balneotherapie, Krankengymnastik und elektrophysiologischen Anwendungen indikationsgeleitet.

Sie dient vor allem der Regeneration der oft suchtbedingten somatischer Folgeschäden am Bewegungsapparat, die in der körperlichen Eingangsuntersuchung diagnostiziert wurden. Hervorzuheben sind hierbei Polyneuropathien mit sensiblen, zum Teil auch motorischen Anteilen, Kleinhirntaxien und häufig indirekt entstandene muskuläre Atrophien. Auch Gelenkbeschwerden der unteren Extremitäten sind zum Teil indirekt alkoholisch zu werten, da minimal dystaktische Bewegungsabläufe unter Alkoholeinfluß über einen längeren Zeitraum hinweg im Gelenk zu Fehlbelastungen und Schäden führen können.

Auch suchunabhängige häufige Beschwerden des Bewegungsapparates, z.B. Bandscheibenschäden und Nachbehandlungen von (oft alkoholbedingten) Traumafolgen werden mit dem Ziel einer umfassenden Rehabilitation physiotherapeutisch behandelt. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere die einmal wöchentlich stattfindende **indikative Wirbelsäulengymnastikgruppe**, die allen Patienten mit Rückenbeschwerden mit der Zielsetzung des Erlernens aktiver Lockerungs –und Kräftigungsübungen sowie Vermeidung von Fehlbelastung nach Verordnung offensteht.

Durchgeführt wird die Physiotherapie von einem männlichen und /oder einer weiblichen Physio- und Sporttherapeuten/in. Da ein Großteil der hier behandelten Patientinnen schwere (z.T. sexuell) traumatisierende Erfahrungen im Kinder, - Jugend - oder Erwachsenenalter durchgemacht haben, kann manchmal ausschließlich ein weibliches Gegenüber in der Krankengymnastik / Physiotherapie eine Hilfe sein, um die Beziehungsfähigkeit zum eigenen Körper wiederherstellen helfen zu lernen.

Der Behandlungsverlauf in der Physiotherapie wird in regelmäßig stattfindenden Treffen mit den ÄrztInnen einmal wöchentlich besprochen und spätestens in der Abschlußuntersuchung, bei Auffälligkeiten auch früher, überprüft. Das Ergebnis fließt in den Entlassungsbericht mit ein.

Die Physiotherapeuten nehmen an den täglich stattfindenden Teambesprechungen teil und teilen ihre Beobachtungen dort mit.

Weitere physiotherapeutische Angebote unseres Hauses umfassen:

Medizinische Bäder	Krankengymnastik
Unterwassermassage	Wirbelsäulengymnastik
Kneipp-Therapie	Schlingentisch
Fußbad/Armbad	Elektrotherapie
Heißluft	Mikrowelle
Fangopackung	Fußzonenreflexmassage
Eisbehandlung	Massage
Ultraschall	Stangerbad.

Tabelle 7: Angebote der Sport - und Physiotherapieabteilung

Angebot	Frequenz
Physiotherapeutische Einzelbehandlung	Bei Bedarf nach ärztlicher Anordnung
Indikative Gruppe Wirbelsäulengymnastik	1 x wöchentlich fortlaufend
Gruppensport	2 x wöchentlich pro Therapiegruppe
Indikative Gruppe Freizeitgestaltung	1 x wöchentlich fortlaufend
Kinder – und Elternsport	Während der mehrtägigen Kinderseminare

Im Herbst 2004 werden die Behandlungsmöglichkeiten dadurch erweitert, daß alle physiotherapeutischen Räumlichkeiten in einem Neubau mit integriertem Hallen / Bewegungsbad mit Gegenstromanlage untergebracht werden.

8.2.5. Gesundheitsvorträge / medizinischer Unterricht

Im medizinischen Unterricht werden wesentliche Inhalte des Krankheitsverlaufes, insbesondere auch der Folgeerkrankungen der Abhängigkeit auf somatischer und psychischer Ebene im Sinne einer Wissensvermittlung dargestellt. Dies geschieht in Diskussionsform, so daß Patienten angeregt werden, die dargestellten Inhalte mit ihren eigenen Erfahrungen zu vergleichen. Anderenfalls (bei "Frontalunterricht") scheinen sowohl unbewußte Abwehrprozesse als auch alkoholinduzierte kognitive Beeinträchtigungen die Fähigkeit der Patienten, Informationen aufzunehmen und umzusetzen deutlich zu stören, so daß bei Nachfragen nach kürzeren Zeiträumen oft nur noch wenig reproduzierbares Wissen vorliegt.

Neben psychoedukativen Vorträgen kommen auch Videofilme zum Einsatz. Im Rahmen der täglich stattfindenden medizinischen Sprechstunde beraten wir ebenfalls intensiv über evtl.

notwendige Umstellungen von Ernährungs- und anderen Lebensgewohnheiten (z.B. Nikotinreduktion oder Verzicht).

Zu Beginn des Aufenthaltes stehen Informationen über Leberfunktion und Laborwerte, ferner über Alkohol in Produkten des täglichen Lebens (wie Lebensmittel und flüssige Medikamente) im Vordergrund. Die Bedeutung kleiner Alkoholmengen für den Rückfall wird erklärt und diskutiert. Die Patienten werden alle in einer Unterrichtseinheit zum Thema Nikotinabhängigkeit informiert und zur Teilnahme am hauseigenen Raucherentwöhnungsprogramm angeregt.

Alkoholfolgeerkrankungen im Bereich Magen-Darm-Kanal, Stoffwechsel, Leber, peripheres und zentrales Nervensystem und Psychosomatik bilden weitere Themenschwerpunkte. Neu hinzugekommen sind Informationen für die zunehmende Zahl polyvalenter Konsumenten in der Klinik über Cannabis, Kokain und Tabak sowie über Wirkungsweise und Bedeutung des sogenannten Suchtgedächtnisses. Intensiv informieren wir über Medikamente mit suchtfördernder Wirkung, z.B. über solche mit Wirkung auf das psychische Empfinden (v.a. Benzodiazepine) sowie über deren Suchtpotential und über schmerzstillende Medikamente (u.a. Opiate), aber auch über die unter ICD F55 kodierten nicht abhängigkeiterzeugenden Medikamente mit Mißbrauchspotential wie z.B. Antidepressiva, Laxantien, periphere Schmerzmittel, Vitamine und Steroide.

Der Medizinische Unterricht wird von allen ärztlichen Kollegen und den Krankenschwestern durchgeführt. Er findet während der 14-tägigen Aufnahmephase 3 Mal statt, in der Folge ca. 1 Mal alle 4 Wochen, so daß jeder Patient mit einer 16-Wochen-Bewilligung 6 Mal medizinischen Unterricht in Gruppenform erhalten soll. Aufgrund der o.g. Neuerungen wird sich die Frequenz der Vorträge erhöhen.

8.3. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

8.3.1. Arbeitsbezogene Rehabilitation in der Einzelbehandlung

8.3.1.1 Einzeltherapie

In der Einzeltherapie wird durch den jeweiligen Bezugstherapeuten im Rahmen der sozialen Diagnostik, auf Grundlage eines strukturierten Anamnesebogens zum schulischen und beruflichen Bereich, eine ausführliche Schul-, Ausbildungs- und Berufsanamnese erhoben.

Diese umfaßt differenzierte Angaben zum Stand der Schul- und Berufsausbildung, zur Art und Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit oder Zeiten der Arbeitsunfähigkeit, zum aktuellen beruflichen Status, zur letzten versicherungspflichtigen Tätigkeit und dem Einfluß der Abhängigkeitserkrankung auf den beruflichen Werdegang.

Weiterhin werden eventuelle interaktionelle Schwierigkeiten im Berufsleben erfragt, die beruflichen Ziele sowie berufsbezogene Stärken und Fähigkeiten. Das Erkennen und die Bearbeitung spezifischer Risikofaktoren, die Festlegung von Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes, die Bearbeitung von Autoritätskonflikten, Über – und Unterforderung, Verfügbarkeit von Suchtstoffen, der Arbeitszufriedenheit, eventuelle Selbstunsicherheiten und soziale Fähigkeiten wie Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit oder Kritikfähigkeit stehen im arbeitsbezogenen Fokus der therapeutischen Diagnostik und ggfs. Einzeltherapie. Ein indikatives Gruppenangebot zur Problembewältigung am Arbeitsplatz wird außerdem angeboten (siehe Kapitel 8.5.1.).

Auf dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Diagnostik, werden - in Absprache mit der medizinischen Abteilung - gemeinsam mit dem Patienten die Therapieziele und der Behandlungsplan des arbeitsbezogenen Teils der medizinischen Rehabilitation festgelegt. Dies umfaßt einerseits die indikationsgeleitete Einteilung und Zielfestlegung bzgl. der Arbeitstherapie, zum anderen die Planung des weiteren einzeltherapeutischen Vorgehens. Hier kommt es zu individuell sehr unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen, wie z.B.:

- Planung der Rückkehr an einen vorhandenen Arbeitsplatz
- Berufliche Neuorientierung, z.B. in Form einer Umschulungsmaßnahme
- Suche nach einem geeigneten Arbeitsplatz
- Wiedereinstieg ins Berufsleben über Maßnahmen des zweiten Arbeitsmarktes
- Vermittlung in eine stationäre Adaptionstherapie
- Klärung der Notwendigkeit einer Beratung

Im Rahmen der Bearbeitung der verschiedenen Schwerpunkte ist eine enge Abstimmung mit der medizinischen Abteilung notwendig und gegeben, beispielsweise bei einer stufenweisen Wiedereingliederung in einen vorhandenen Arbeitsplatz oder der Einleitung einer medizinisch begründeten Umschulungsmaßnahme.

Bei einem vorhandenem Arbeitsplatz, wird - wenn möglich - Kontakt zum jeweiligen betrieblichen Sozialberater aufgenommen und dem Patienten werden Arbeitgebergespräche mit Beteiligung des Bezugstherapeuten angeboten. Hierzu können sowohl Vorgesetzte, wie auch die Sozialberater oder Betriebsratsmitglieder eingeladen und ggfs. Informationen über

die Suchterkrankung vermittelt werden. Diese Gespräche haben eine wichtige Funktion zur gemeinsamen Planung eines erfolgreichen beruflichen Wiedereinstiegs.

Im Fall einer sinnvoll erscheinenden Umschulungsmaßnahme über den Rentenversicherungsträger und zur Klärung weiterer relevanter sozialrechtlicher Fragen, kommt in regelmäßigen Abständen ein Rehabilitationsberater der Rentenversicherungsträger zu Einzelberatungen in die Klinik. Weiterhin werden die Patienten ggf. auf die entsprechenden Beratungsangebote der Rentenversicherungsträger an ihrem Wohnort hingewiesen und dazu motiviert, diese während der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Bei den Patienten, die Sozialhilfe beziehen und die aktuell wenig Chancen auf eine Neueinstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt haben, wird versucht, sie in Arbeitsprojekte des zweiten Arbeitsmarktes zu vermitteln, z.B. über das trägereigene Projekt "Zukunft Arbeit", mit dem eine enge Zusammenarbeit besteht.

Weiterhin besteht die Möglichkeit für PatientInnen aus Hamburg an eine „Börse für ehrenamtliche Tätigkeit“ vermittelt zu werden, um so die Möglichkeiten für eine sinnvolle Alltagstätigkeit und Strukturierung zu verbessern.

Ansonsten werden arbeitslose Patienten motiviert und unterstützt, sich bereits von der Klinik aus nach freien Stellen zu erkundigen (z.B. über den SIS beim Arbeitsamt oder Tageszeitungen) und sich ggf. zu bewerben. Hilfestellungen werden bei der Erstellung der Bewerbungsmappe oder in Form von Rollenspielübungen für ein Vorstellungsgespräch - auch in der Bezugsgruppe - angeboten. Eine indikative Gruppe Arbeitslosigkeit / Bewerbungstraining ist in unmittelbarer Vorbereitung (siehe Kapitel 10).

8.3.1.2. Medizinische Betreuung

Die Sicherung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zielt auf der medizinischen Behandlungsebene nicht nur auf die abhängigkeitsbedingten somatischen und psychiatrischen Folgeschäden sondern ebenso auf die Erwerbsfähigkeit häufig beeinträchtigenden Volkserkrankungen (Stoffwechsel und Erkrankungen des Stütz – und Bewegungsapparates). Daneben sind die häufig psychischen Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in enger Absprache mit den Einzeltherapeuten Gegenstand der medizinischen Rehabilitation. In regelmäßigen

gruppenbezogenen Besprechungen fließen die Beobachtungen aus der Arbeitstherapie in die medizinische Gesamtschau der Befunde, die abschließend in der sozialmedizinischen Epikrise dokumentiert werden, die die Ergebnisse aller Funktionsbereiche zu bündeln hat.

8.3.2. Ergo, - Arbeits – und Kreativitätstherapie

8.3.2.1. Ergotherapie

Die Ergotherapie als Teil der Beschäftigungstherapie wird in Gruppen durchgeführt. Diese finden zweimal wöchentlich statt und dauern 2 – 3,25 Stunden. Als Teil des ganzheitlichen, rehabilitativen Behandlungsprozesses findet einmal wöchentlich für jede Gruppe eine Gruppenbesprechung mit den Ärzten, Bezugs - und Gruppentherapeuten, Sport- und Physiotherapeuten, Arbeitstherapeuten und Beschäftigungstherapeuten statt. Hier werden therapierelevante Gesichtspunkte besprochen und erörtert. Bei Bedarf finden neben der täglichen Gruppenbesprechung Kurzgespräche mit den Einzeltherapeuten statt. Nach Absprache wird für den einzelnen Patienten ein momentan wichtiges Therapieziel vereinbart und festgelegt. Therapieinhalte und der Verlauf werden auf einem gesonderten Dokumentationsbogen festgehalten. Dieser dient zum Therapieende als Grundlage für den ergotherapeutischen Abschlußbericht, der an den Einzeltherapeuten weitergeleitet wird.

Im Rahmen der Ergotherapie wird auf folgende Störungsfelder neben der Abhängigkeitserkrankung besonders eingegangen:

- Störungen im Bereich der psychischen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten
- Störungen im Rahmen der Arbeitsfähigkeiten / -fertigkeiten z.B. Ausdauer und Belastbarkeit
- Störungen der Hirnleistung
- körperliche Einschränkungen.

Die Ergotherapie hat als Hauptziel die Wiedergewinnung von Selbstständigkeit und Lebensqualität zur eigenverantwortlichen Bewältigung des Alltags. Weitere Teilziele sind:

- Verbesserung von Defiziten in affektiven und kognitiven Bereich
- Förderung der individuellen Wahrnehmungsfähigkeiten
- Verbesserung der Kontakt- und Kommunikationsfähigkeiten
- Erwerb von sozialen Kompetenzen

- Verbesserung von Ausdrucksfähigkeiten
- Selbstwertgefühl erhöhen / zur Selbstfindung beitragen
- Interessen und Fähigkeiten erhalten , fördern und neu entdecken
- Eigenverantwortung fördern
- Herstellen eines Realitätsbezugs.

Das vielseitige Ansprechen der Sinne und Fähigkeiten der Patienten, ihrer Beziehungen zueinander sowie zu Objekten und Themen im Rahmen gruppodynamischer Prozesse werden in der Beschäftigungstherapie für den Patienten erfahrbar (Scheepers 2000). Über das Medium des erstellten Werkstückes in Gruppen- oder in Einzelarbeit wird dem Patienten durch Feedbackprozesse geholfen, seine Ressourcen und Defizite zu erkennen und aktiv daran zu arbeiten. Das intuitive Gestalten des Patienten wird genutzt, um Emotionen und psychische Spannungen, über das Malen oder Tonformen zum Ausdruck zu bringen und deren Bearbeitung in der Psychotherapie zu erleichtern (Schreiber 1995). Um den Patienten zur Wiederherstellung der inneren und äußeren Grenzen zu verhelfen, werden u.a. strukturierte Techniken wie Peddigrohr und Seidenmalerei genutzt.

Zudem wird den PatientInnen ermöglicht einen Raum zu finden, in dem sie über die Arbeit mit den unterschiedlichen Materialien Entspannung finden und so auch eine Alternative zur bisherigen Freizeitgestaltung entdecken können.

Ein spezielles computergestütztes Angebot („Cocpack“) für Patienten mit Merkfähigkeits- und Aufmerksamkeitsstörungen unter Nutzung der neuen Schulungsmöglichkeiten im PC-Raum ist im Rahmen des ergotherapeutischen Angebotes vor der unmittelbaren Umsetzung

8.3.2.2. Arbeitstherapie

Die Bedeutung von Arbeit für die Langzeitprognose Alkoholkranker belegt z.B. die bisher aussagekräftigste deutsche Studie über den Langzeitverlauf (Küfner, Feuerlein et al. 1988), die den deutlichen Nachweis eines abstinenzhaltenden Effekts von Arbeit erbrachte. Henkel (1996) wies zwar nicht lineare und zwangsläufige aber dennoch enge Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und Alkoholabhängigkeit nach. Als besondere Risikogruppe werden die Alkoholkranken benannt, die bereits schon längere Zeit alkoholabhängig waren, bevor sie arbeitslos wurden. Bei weiter bestehender Arbeitslosigkeit kommt es zu einer

drastischen Verschärfung der alkoholbezogenen seelischen, körperlichen und sozialen Folgeschäden. Seit Beginn der Massenarbeitslosigkeit im Jahr 1974-75 hat sich nach Henkel (1996) die Arbeitslosenquote in den Fachkliniken für Alkoholabhängigkeit von 8 auf 30 % im Jahr 1996 erhöht. Mittlerweile ist die Zahl derjenigen Alkoholkranken, die die Rehabilitation aus dem Arbeitslosenstand beginnen, auf durchschnittlich 59 % gewachsen. Die bei Abschluß der Rehabilitationsmaßnahme nicht in Arbeit vermittelbare Klientel weist die höchsten Rückfallquoten auf (Lappe 2003). Dabei ist die Behandlungssituation dadurch gekennzeichnet, daß die Kliniken für einen stetig schrumpfenden Arbeitsmarkt vorbereiten sollen, wobei der Rehabilitation angesichts leerer Kassen durch die Arbeitsmarktlage bei dem Auftrag, die Klienten in dieser Gesamtsituation in eine bessere Ausgangslage zu bringen, „die Flügel gestützt sind“ (Bönner 2003).

Die Arbeitstherapie am Fachkrankenhaus Hansenburg leistet daher einen zentralen Beitrag innerhalb der Gesamtbehandlung und befindet sich vor dem Hintergrund des o.g. in einer dynamischen Phase der Reorganisation.

Tabelle 8 : Elemente der sozialen und arbeitsbezogenen Rehabilitation

Behandlungsangebot	Dauer und Frequenz
(sozial)therapeutische Therapie	Einzelsitzungen b.B. je nach Problemlage
Ergo / Kreativitätstherapie	Gruppen- und Einzelangebote 2 x wöchentlich pro Gruppe, bis zu insgesamt max. 300 Minuten
Arbeitstherapie (Hauswirtschaft, Gärtnerei, Küche, Hausmeisterei, Forst)	Werktäglich bis zu 180 –210 Minuten außer Donnerstags
Indikative Gruppe EDV –Kurs	2 x 60 Minuten, in Kürze auf 8 x 60 Minuten erweitert
Indikative Gruppe Problembewältigung am Arbeitsplatz	1 x 90 Minuten wöchentlich
Indikative Gruppe Arbeitssuche	1 x 90 Minuten wöchentlich ab Herbst 2003
Indikative Gruppe Hirnleistungstraing	2 x 60 Minuten wöchentlich ab Herbst 2003

Zu Beginn der Therapie werden alle Patienten medizinisch und psychiatrisch auf ihre aktuelle Leistungsfähigkeit hin untersucht. Während der 14tägigen Anfangsphase sind sie in der Regel stundenweise an drei bis vier Tagen pro Woche dem Therapiebereich „Hauswirtschaft“ zugeteilt, wo ein erstes Fähigkeitsprofil des Patienten im Sinne einer ersten Belastungserprobung erstellt wird. „ Die Belastungserprobung dient der Ermittlung der körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsbereitschaft des Patienten, umfaßt die soziale Anpassungsfähigkeit seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen und die Dauerbelastung im Arbeitsleben“ (Lappe 2003).

Als Assessmentinstrument dient dabei das operationalisierte MELBA-Verfahren (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997; Weinmann, 1991), das zur Beurteilung von arbeitsrelevanten Merkmalen - unabhängig von dem aktuellen oder früheren Tätigkeitsbereich des Patienten - verwendet wird. So kann die Entwicklung des Patienten am Ende der Therapie mit der Anfangserhebung (Fähigkeitsprofil) auf einer Metaebene verglichen und im Abschlußbericht dokumentiert werden. In der Aufnahmephase werden erste arbeitsrelevante Grundfähigkeiten überprüft und eingeschätzt. Nach Abschluß der medizinischen, testpsychologischen, psychotherapeutischen und sozialen Eingangsdiagnostik erfolgt dann eine im Gesamtteam besprochene indikationsbezogene Zuteilung zu einem weiteren Arbeitstherapiebereich bzw. zu einem speziellen Arbeitstherapieplatz. Während der Therapie wird der Therapieverlauf des einzelnen Patienten in wöchentlich stattfindenden gruppenspezifischen Teamsitzungen besprochen, therapeutische Maßnahmen überprüft, verändert oder nach Bedarf erweitert.

Zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. zur Wiedererlangung physischer und psychischer Belastbarkeit unserer suchtkranken Patienten kommt der Arbeitstherapie eine besondere Bedeutung zu. Patienten mit Mehrfachbeeinträchtigungen sind häufig durch lange Arbeitslosenzeiten und durch Mißerfolgserlebnisse aus ihrer früheren beruflichen Praxis gekennzeichnet. Die Motivation für eine kontinuierliche Berufsausübung und die verantwortungsvolle Sicherung des Lebensunterhaltes für sich und etwaige Familienmitglieder sind oft verloren gegangen. Solche Patienten zeigen zu Beginn der Therapie meist ausgeprägte Vermeidungsstrategien und verstärkte Ängste entweder vor allem Neuen oder auch vor Kontinuität. Arbeitstherapie bedeutet in diesem Rahmen neben der Überprüfung der anamnestischen Angaben zur Leistungsfähigkeit auch ein Training von Fertigkeiten und Fähigkeiten unter Berücksichtigung (noch) vorhandener Ressourcen und

fördert damit im Idealfall auch eine Entwicklung von Problemlösestrategien und damit die Entwicklung von Selbstmanagementkompetenzen.

Auch Patienten, die von akuten Verlusten des Arbeitsplatzes, Einbußen ihrer Gesundheit oder ihrer sozialen Beziehungen betroffen oder bedroht sind, zeigen in der Arbeitstherapie oft typische Problemstellungen wie reduzierte Fähigkeiten zur Bewältigung der Arbeit in besonders belasteten Situationen, geringe soziale Kompetenzen, Tendenzen zur Unter- oder Überforderung, mangelhaftes Durchhaltevermögen, geringe Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte Flexibilität bezüglich Arbeitsabläufen und im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, mangelhafte Teamfähigkeit und Kooperationsbereitschaft, Schwierigkeiten im Umgang mit Autoritäten, ungenügende Reflexion des eigenen Verhaltens und mangelnde Fähigkeit zur Selbstkritik sowie Probleme beim Einhalten eines strukturierten Arbeitsablaufs.

Entsprechend der speziellen Problematik des einzelnen Patienten und einem individuell erstellten Behandlungsplan soll ein zielorientiertes Vorgehen in der Arbeitstherapie es dem Patienten ermöglichen, erforderliche Fähigkeiten im Arbeitsleben zu erlangen oder zu reaktivieren, seine Ressourcen zu entdecken, vorhandene Kompetenzen zu stärken und vorhandene Defizite zu überwinden oder auszugleichen. Darüber hinaus geht es um den Aufbau von Kontinuität im Arbeitsverhalten, um psychische Stabilisierung und Selbstwertsteigerung durch die erfolgreich geleistete Arbeit sowie um die Entwicklung von Kompetenzen in den Bereichen Freizeitgestaltung und Alltagsbewältigung.

Die Förderung der sozialen Kompetenzen im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten kann an bestimmten therapeutisch begleiteten Arbeitsplätzen gezielt geübt werden. Auch das Kennenlernen und die Auseinandersetzung mit einer neuen Arbeitsumgebung und neuen Materialien können therapeutisch genutzt werden.

Abzuklären sind bei vielen Patienten Fragen der beruflichen Rehabilitation, wie Umschulung, Berufsfindung, eine Berufs- und Laufbahnberatung, Fragen einer evtl. Berentung, Wiedereinstiegsmöglichkeiten ins Berufsleben über den zweiten Arbeitsmarkt oder der beruflichen Eingliederung in eine Behindertenwerkstatt. Diese Fragen werden in der Regel wie oben beschrieben während der Einzeltherapie bearbeitet.

Arbeitspraktikas sowie Arbeitserprobungen im Sinne einer „Belastungserprobung“ (s. § 15 SGB VI) innerhalb und außerhalb der Klinik sind während der Therapie durchführbar, z. B. in

Form von arbeitstherapeutischen Projektwochen, sowohl einzeln als auch im Rahmen eines Gruppenprojektes oder in Zusammenarbeit mit dem trägereigenen Projekt „Zukunft Arbeit“ in Hamburg. Dies bietet handwerksbezogene Praktika in verschiedenen Arbeitsbereichen bei der Abarbeitung von Aufträgen auf dem freien Markt. Belastungserprobungen außerhalb der Klinik können auch bei erhaltenem Arbeitsplatz der realitätsnahen Überprüfung des Leistungsvermögens zur Unterstützung der sozialmedizinischen Beurteilung dienen, ferner der Überprüfung des bisherigen Behandlungserfolgs oder neu erworbener sozialer Kompetenzen. Ressourcenabhängig ist für die Zukunft an die Acquirierung externer Praktikumsplätze in mit der Klinik kooperierenden Betrieben gedacht.

8.3.2.3 Kreativitätstherapie

In der Kreativitätstherapie besteht für die Patienten die Möglichkeit, sich mit den Händen handwerklich-funktional, im Kunsthandwerk ästhetisch-dekorativ und in der "Kunst" ausdrucksbetont-kreativ zu betätigen (Lempke 1989). Strukturierende, malerische und plastische Techniken kommen zur Anwendung. Die zur Zeit am meisten genutzten Techniken sind das freie Malen und das Arbeiten mit Ton. Weiterhin gehören zum Angebot: Das Werken in Holz und Speckstein, das Malen mit Acryl- und Wasserfarben, das Zeichnen mit Wachsmalstiften und Kohle, das Verarbeiten von Leder und Peddigrohr und die Herstellung von Linoldrucken.

Das Angebot richtet sich an alle Patienten. Der Patient bzw. die Gruppe kann Technik und Material frei auswählen. Die Teilnahme an den Therapiezeiten ist verpflichtend und beträgt wöchentlich ca. 5 Stunden. Außerdem können die Räume auch in der Freizeit und an den Wochenenden genutzt werden. Die Patienten werden über medizinische Abteilung und Einzeltherapeut zugewiesen. Rückmeldungen an das Team finden in den dreimal wöchentlich gruppenbezogenen Besprechungen statt

Die Kreativitätstherapie ist ein integrierter Bestandteil des therapeutischen Gesamtprozesses. Im Hinblick auf eine spätere sinnvolle Freizeitgestaltung sollen dem Patienten Anstöße gegeben werden, die sein Denken, Fühlen und Handeln aktivieren. Eigene schöpferische Potentiale neu zu entdecken und zu entwickeln, kann eine wesentliche Neuorientierung mit begünstigen und eine Alternative zum Suchtmittel sein. Die Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten, die Verbesserung von motorisch-kognitiven Einschränkungen und

die Erweiterung von sozialen Kompetenzen gehören mit zu den wichtigen Zielen (Lempke 1989).

Die Erfahrungen haben gezeigt, daß bisher hauptsächlich das Arbeiten mit Gruppen bevorzugt wurde. Die Bedürfnisse des Einzelnen und der Gruppe sind gleich wichtig und werden durch ähnliche Zielvorgaben in Balance gehalten, z.B. wenn eine Gruppe komplett im Ton arbeitet oder wenn sich eine Gruppe zu einer Projektarbeit entschließt. Grundsätzlich besteht eine Gemeinschaftssituation, wo einzelne gewollt oder zwangsläufig zu mehreren zur Kreativitätstherapie kommen. In Form von Gemeinschaftsprozessen sollen u.a. Interaktion, Integration und Durchsetzungsvermögen entwickelt werden (Wolff 1986). So entstehen oft Gemeinschaftsarbeiten anlässlich von Klinikfesten (z.B. Fensterdekorationen), für die künstlerische Ausgestaltung von Innenräumen (z.B. Wandbilder) und zur Verschönerung des äußeren Klinikgeländes (z.B. Skulpturen, Sonnenuhr).

Bedingungen, um Kreativität zu fördern, ist eine entsprechend schützende und ungezwungene Atmosphäre, in der Vertrauensbildung geschieht. Den Patienten zu akzeptieren, seine "Produktion" nicht zu bewerten und ein einführendes Verstehen sind Voraussetzung. Dabei wird zunächst weniger der Leistungsaspekt betont und auch nicht so sehr die Vermittlung einzelner Techniken, sondern über Gespräche auf die Gesamtspannbreite und auf die Bedeutung der Kreativitätstherapie hingewiesen. Letztendlich soll sich der Patient zur Wahl eines Mediums selbst entschließen. Die Gestaltungsarbeit soll das Unbewußte durch das Mittel des spontanen Ausdrucks lösen (Schottenloher 1989). Kreativität und Spontaneität gelten als Kennzeichen von Gesundheit. Die nonverbale visuelle Kommunikation kann unbewußte Konflikte sichtbar machen und sollte im Gespräch mit dem Kreativ-Therapeuten, dem Patienten und dem Bezugstherapeuten zur Sprache gebracht werden. Die Selbstbesinnung auf eigene Kräfte und die Wiederentdeckung verschütteter Begabungen führen zu einer größeren Selbstakzeptanz (Landgarten 1990).

8.3.2.4. EDV-Schulungen

Es steht ein großer, moderner Schulungsraum mit qualifiziertem Personal und aktuellster EDV - Technik zur Verfügung. Ausgestattet mit 9 Flachbildschirmarbeitsplätzen und einem Beamer für Projektionszwecke sind alle Arbeitsplätze Internet - kompatibel. Daneben steht ein kleiner PC-Raum mit 4 Terminals und Internetanschluß zur Verfügung, den die Patienten außerhalb der Schulungszeiten zur Fortführung des Begonnenen und anderen Zwecken wie

z.B. der Arbeitsplatzsuche via Internet nutzen können. Das EDV - Kursangebot richtet sich an Anfänger und Fortgeschrittene. Angeboten wird das Programm an 2 x 45 Minuten in der Woche à 6 Durchläufe pro Kurs, eine Ausweitung auf 8 x 45 Minuten ist ebenso wie eine externe Zertifizierung der Kurse in Umsetzung. Der **Anfängerkurs** bietet Neulingen erste Einblicke in die EDV. Mit dem Angebot möchten wir vor allem jene ermutigen, die bisher weder Gelegenheit oder große Berührungängste hatten, EDV - Wissen zu erwerben. Hier kann jeder nach dem eigenen Tempo lernen, wobei der Spaß am Lernen im Mittelpunkt steht. Lerninhalte sind Grundlagen der Textverarbeitung in Word auf der Grundlage von Windows. Für **Fortgeschrittene** bietet das Kursangebot die Möglichkeit, die Arbeiten unter Word zu professionalisieren und die gängige Tabellenkalkulation Excel kennen zu lernen mit dem Ziel, die Verknüpfung der unterschiedlichen Programme miteinander zu beherrschen.

9. Behandlungsablauf

Die einzelnen Behandlungsmodule wurden inhaltlich bereits unter Punkt 8 näher erläutert. Es folgt nun eine genauere Schilderung des Ablaufs, gegliedert nach den 3 Behandlungsphasen: Motivations- und Aufnahmephase, Kerntherapiephase und Ablösephase. Die Motivations- und Aufnahmephase umfaßt in der Regel 2 - 3 Wochen, die Kerntherapiephase 4 - 10 Wochen, die Ablösephase 2 - 4 Wochen. Die Dauer der einzelnen Phasen kann stark variieren, u.a. abhängig von der Gesamtbehandlungsdauer oder bei der Motivations- und Aufnahmephase beispielsweise abhängig von individuell auftretenden Schwierigkeiten zu Therapiebeginn, wie ausgeprägte interaktionelle Auffälligkeiten oder starke depressive Symptome.

Parallel zu dieser inhaltlichen Gliederung besteht eine ergänzende zeitliche Aufteilung, die Ausgangsmöglichkeiten und Besuchsmöglichkeiten regelt: rote Phase 2-3 Wochen, gelbe Phase 2-3 Wochen, grüne Phase ab der 5.- 7. Woche.

Tabelle 9: Inhaltliche und zeitliche Therapiephasen

Aufnahmephase	Kerntherapiephase		Ablösephase
Rote Phase	Gelbe Phase	Grüne Phase	

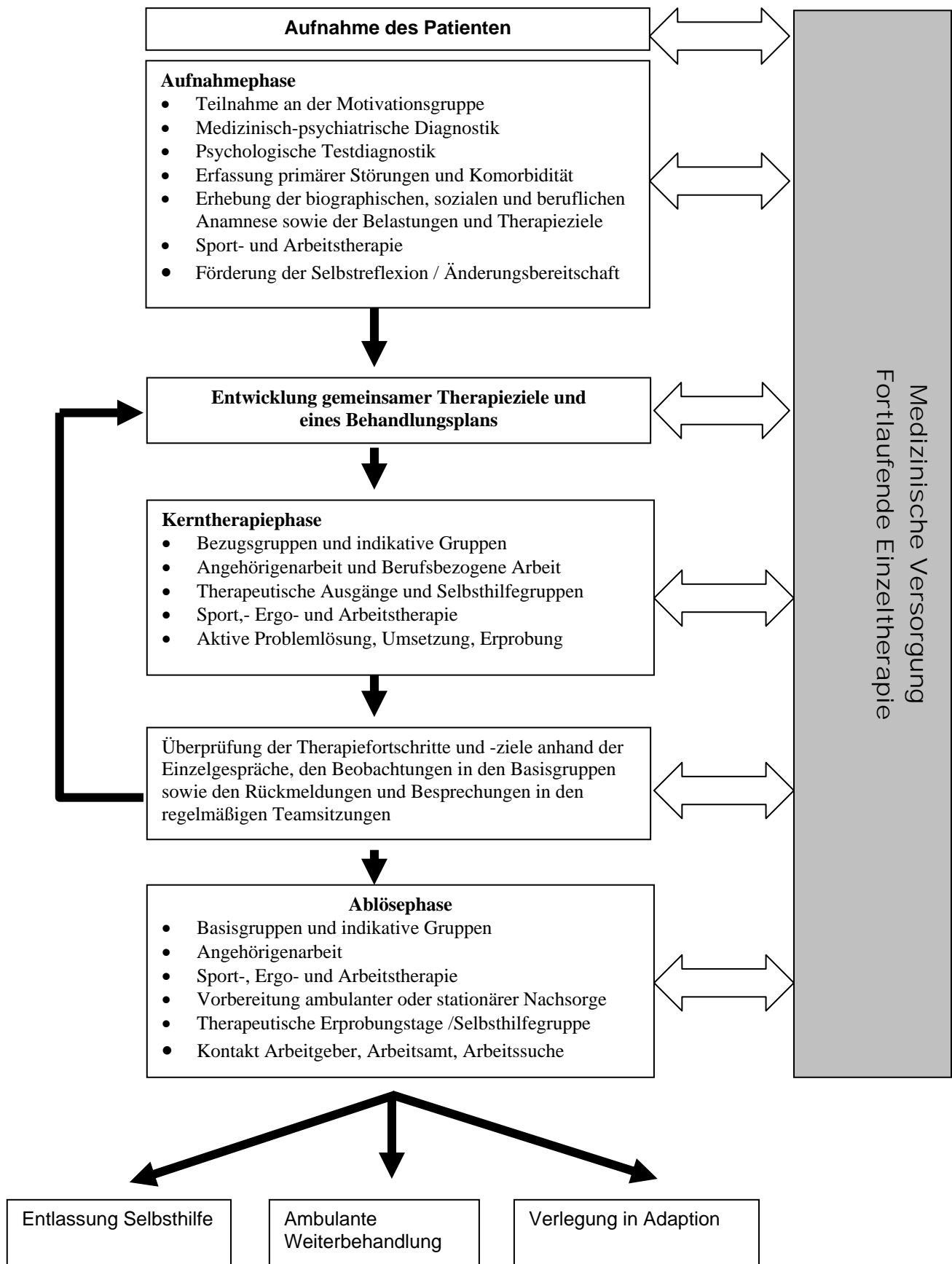
In der roten Phase sind ab dem 8. Tag Ausgänge in den nahe gelegenen Ort möglich. Ansonsten bleibt der Ausgang des Patienten auf das weitläufige Klinikgelände beschränkt, um zunächst Abstand zum Konsumumfeld herzustellen sowie das Einleben in die

Klinikgemeinschaft und die Auseinandersetzung mit sich selbst und der eigenen Lebenssituation zu fördern. In der gelben Phase sind vermehrte Ausgänge und eintägige Wochenendheimfahrten möglich. In der grünen Phase sind Wochenendübernachtungen möglich. Belastungstage sowie Sonderausgänge dienen neben der Regelung von sozialen Belangen unter anderem der Vorbereitung für die Zeit nach Entlassung. Dieser äußere zeitliche Rahmen wird, orientiert am inhaltlichen Behandlungsverlauf, individuell flexibel gehandhabt. Der grundlegende Gedanke dabei ist, daß nach anfänglicher Konzentration auf sich selbst, eine zunehmende Erprobung neuer Einsichten und Fähigkeiten im realen Alltag stattfinden soll.

Die Steuerung des Behandlungsablaufs obliegt in Zusammenarbeit mit dem Patienten in erster Linie dem zuständigen Bezugstherapeuten, in enger Abstimmung mit dem leitenden Arzt, dem leitenden Therapeuten sowie den anderen Mitarbeitern im medizinisch-therapeutischen Bereich. Hierzu finden regelmäßige Besprechungen und Konferenzen statt, die weiter unten (s. Kapitel 10.6 "Interne Kommunikation") näher beschrieben werden.

Es folgt zunächst auf der nächsten Seite eine **Übersichtsgrafik** zum Behandlungsablauf im Fachkrankenhaus Hansenbarg, mit im Anschluß näheren Erläuterungen zum Ablauf in den einzelnen Behandlungsphasen.

Der Rehabilitationsprozeß im Fachkrankenhaus Hansenborg stellt sich mit den Schwerpunkten in den einzelnen Therapiephasen im Überblick folgendermaßen dar:



9.1. Aufnahmephase

Am Aufnahmetag findet das therapeutische Aufnahmegespräch mit dem späteren Bezugstherapeuten sowie die medizinische und verwaltungstechnische Aufnahme statt. Der neue Patient wird von einem Mitpatienten aus seiner späteren Bezugstherapiegruppe empfangen, der ihn auch in den folgenden Tagen als "Pate" begleitet.

Im weiteren nimmt der Patient in den ersten 14 Tagen täglich an der Motivationsgruppe (s. Punkt 8.1.2), an der Sport- und Arbeitstherapie sowie an den unterschiedlichen Selbsthilfegruppen – die abends regelmäßig in die Klinik kommen – teil und hat in der Regel 1 x wöchentlich ein Einzelgespräch bei seinem Bezugstherapeuten. Die Motivationsgruppe dient, neben der kognitiven Vermittlung der inhaltlichen Themen, v.a. der Unterstützung der neuen Patienten beim Eingewöhnen und "Ankommen" in der Klinik, was vielen Patienten gerade in den ersten 1 -2 Wochen schwerfällt und von Ambivalenz geprägt ist. Dadurch werden die bei vielen Patienten anfänglich bestehenden Ängste reduziert und damit erst der emotionale Boden bereitet, auf dem Veränderungsprozesse überhaupt möglich sind.

Der Schwerpunkt in dieser ersten Behandlungsphase liegt ferner im wichtigen Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten (Grawe 1994), in der Förderung der Veränderungsmotivation durch den Bezugstherapeuten, der systematischen Erfassung der Anamnese und der Problembereiche des Patienten, einer eingehenden Diagnostik sowie der Entwicklung von Behandlungszielen.

Angelehnt an das Stadien-Modell der Veränderung von Prochaska und DiClemente (1984), befinden sich viele Patienten zu Beginn (aber oft auch noch im weiteren Verlauf) der Behandlung noch in der Einsichts- oder Überlegungsphase - teils sogar noch in der Ahnungs-/ Vorüberlegungsphase, manche allerdings auch schon in der erwünschten Aktionsphase -, so daß gerade in diesem Behandlungsabschnitt motivationale Interventionsstrategien zur Förderung und Festigung der Änderungsbereitschaft zum Einsatz kommen. Dies geschieht auf der Basis der "Motivationalen Gesprächsführung" (Miller, Rollnick 1999).

Die Selbstreflektion der Patienten wird u.a. durch die Aufforderung gefördert, sich zunächst mit der eigenen Biographie und Suchtentwicklung kritisch auseinanderzusetzen. Dies geschieht u.a. im Rahmen der Bearbeitung und späteren gemeinsamen Auswertung der ausführlichen, strukturierten Anamnesefragebögen, die jeder Patient in seiner ersten Therapiewoche ausfüllt. Diese umfassen die Bereiche Herkunfts- und eigene Familie, soziale und berufliche Sozialisation und aktuelle Situation, die Suchtentwicklung sowie eventuelle weitere psychische Problembereiche.

Einen weiteren Schwerpunkt dieser ersten Behandlungsphase bildet eine umfassende Diagnostik der sozialen (familiär / beruflichen), psychischen und somatischen Situation des Patienten. Hierzu dienen z.B. die in 8.2.1 näher geschilderte medizinische Eingangsuntersuchung und Anamnese, eine genaue Erhebung der sozialen und beruflichen Situation durch den Bezugstherapeuten bzw. den Sozialberater (s. hierzu 8.1.8).

Eine effektive psychologische Diagnostik im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung Abhängigkeitskranker wird in den letzten Jahren zunehmend gefordert und ist zur Durchführung einer individualisierten Behandlung unabdingbar (Lindenmeyer 2000).

Im Rahmen der psychologischen Diagnostik muß unterschieden werden zwischen der genaueren diagnostischen Abklärung der Abhängigkeitserkrankungen ("Suchtdiagnostik"), eventueller komorbider psychischer Störungen (primär, sekundär oder nebeneinander bestehend) sowie der Diagnostik der kognitiven Leistungsfähigkeit, besonders im Hinblick auf mögliche hirnorganische Beeinträchtigungen (Steingass 1994). Für die Durchführung und Auswertung einer regelhaften psychologischen Testdiagnostik sind zwei Psychologen der Klinik zuständig. Alle Patienten füllen zu Beginn und am Ende der Behandlung ein Set mit Selbstbeurteilungsbögen aus (s. Tab. 9), deren Ergebnisse von dem jeweiligen Bezugstherapeuten zurückgemeldet und mit dem Patienten besprochen werden. Zusätzlich stehen bei Bedarf weitere Testverfahren zur Verfügung, z.B. für den Bereich der Persönlichkeits(störungs)-Diagnostik oder den kognitiven Bereich (s. Tab. 9).

Tabelle 10: 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): FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) BPI (Borderline-Persönlichkeits-Inventar)
Erfassung der kognitiven Leistungsfähigkeit	Einsatz bei Bedarf: BENTON (Hirnorganische Beeinträchtigung) MWT-B (Intelligenztest) HAWIE-R (Intelligenztest) d-2 (Konzentrationstest)

Die klassifikatorische Diagnostik der Abhängigkeiten erfolgt durch den jeweiligen Bezugstherapeuten und die Ärztinnen auf Grundlage des ICD-10 (1991). In unklaren oder schwer zu diagnostizierenden Fällen wird zusätzlich zur primären diagnostischen Einschätzung in der Chefarztvisite nochmals der leitende Arzt hinzugezogen. Bei problematischer Unterscheidung zwischen Alkoholabhängigkeit und -mißbrauch wird der MALT (Feuerlein et al. 1977) durchgeführt. Zur genaueren Erfassung der typischen Trinksituationen wird bei allen Patienten 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 leitenden Arzt 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 durch den leitenden Arzt in der Chefarzt-Visite oder den psychiatrischen Sprechstunden, 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 abstinenten Zustand sicher diagnostiziert werden kann (Wetterling, Veltrup 1997).

Die Einführung strukturierter Checklisten, z.B. ICDL für ICD-10 (Hiller et al. 1995) zur weiteren Verbesserung der Diagnostik nach ICD-10 ist angedacht.

Die Ergebnisse aus den verschiedenen Diagnostikbereichen bilden die Grundlage für die individuelle Therapiestaltung. Dies kann die Einleitung bestimmter Maßnahmen im sozialen Bereich (Schuldenregulierung, Wohnungswechsel, berufliche Neuorientierung), wie auch im therapeutischen Bereich bedeuten, etwa im Hinblick auf eine Einbeziehung etwaiger komorbider Störungen in die einzel- und bezugsgruppentherapeutische Behandlung oder die Zuweisung zu bestimmten indikativen Gruppen.

Am Ende der Motivations- und Aufnahmephase werden die Therapieziele sowie der daraus resultierende individuelle Behandlungsplan gemeinsam von Patient und Bezugstherapeut und den behandelnden Ärztinnen sowie Chefarzt festgelegt.

9.2. Kerntherapiephase

Während der Kerntherapiephase ist der Patient in einen verpflichtenden Wochenplan eingebunden.

Tabelle 11: Wochenplan eines Patienten (Beispiel)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sa./So.
8.15-9.30 Sport	8.00-9.45 Ergotherapie	8.15-11.45 Arbeitstherapie	8.15-11.30 Ergotherapie	8.15-9.30 Sport	Ausgänge Heimfahrten Freizeitgestaltung
10.00-11.30 Bezugsgruppe	10.00-11.30 Indik. Gruppe			10.00-11.45 Arbeitstherapie	
13.00-16.00 Arbeitsth.	13.00-16.00 Arbeitsth.	13.30-14.30 Medizinischer Unterricht	14.00-15.30 Bezugsgruppe	14.00-15.30 Bezugsgruppe	
		14.30-16.00 Indik. Gruppe			

Einzelgespräche, Angehörigenarbeit, Physiotherapie, Sonderausgänge usw. werden individuell vereinbart und ergänzen den Plan.

Die Einbindung des aus der Aufnahmegruppe kommenden Patienten in seine Bezugsgruppe wird durch die Vorstellung der Lebens- und Suchtgeschichte durch den Patienten vertieft. Gleichzeitig wird damit die Grundlage für intensive gruppentherapeutische Arbeit geschaffen. Der Einzeltherapeut koordiniert im Weiteren die unter Punkt 8. beschriebenen Behandlungselemente, jeweils zugeschnitten auf den speziellen Fall. Die begleitende Prozeßdiagnostik und der regelmäßige Austausch mit anderen Bereichen im Haus (siehe 10.6) ermöglicht bei Bedarf die Anpassung der Behandlungsmaßnahmen. Je nach Therapiefortschritt wird darauf Wert gelegt, daß der Patient neu erworbene Bewältigungskompetenzen zunächst im schützenden Klinikumfeld, später im Rahmen der Ausgänge im privaten und beruflichen Umfeld erprobt und damit verbundene Probleme in Einzeltherapie und Bezugsgruppe reflektiert. Dieser Vorgang wird wiederholt durchlaufen.

Die zu beobachtenden Fortschritte und das Maß der Therapiezielerreichung bilden den Hintergrund für die Entscheidung über die individuelle Behandlungsdauer.

Zum Ende der Kerntherapiephase wird in Absprache mit dem Patienten festgelegt, welche weiteren Schritte nach Behandlungsabschluß bei uns notwendig sind.

9.3. Ablösephase

Parallel zu den laufenden Behandlungsmaßnahmen erfolgt in der Ablösephase die verstärkte Orientierung auf das zukünftige Lebensumfeld. Dabei kann es um den Übergang in eine Adaptionstherapie oder soziale Rehabilitationsmaßnahme gehen. Häufiger ist eine ambulante Weiterbehandlung, die Einbindung in eine Selbsthilfegruppe, Suche eines neuen oder Rückkehr an den alten Arbeitsplatz und eine tragfähige Einbindung in Familie und sonstige soziale Zusammenhänge vorzubereiten. Belastungstage, vermehrte Ausgänge zur Kontaktaufnahme mit den entsprechenden Stellen, Antragstellung, die regelmäßige Besprechung von Aufgaben und Schwierigkeiten in diesem Zusammenhang und sonstige notwendige Hilfestellungen dienen der Unterstützung des Ablöseprozesses aus der Klinik. In einem obligaten Abschlußgespräch werden dem Patienten abschließende diagnostische Eindrücke vermittelt und ein entsprechendes Feedback aus der Gruppe ermöglicht. Die ritualisierte Verabschiedung in Form einer kurzen Bilanz der vergangenen Wochen vor dem Plenum der Klinikvollversammlung bildet den offiziellen Schluß der Therapie.

10. Qualitätsmanagement

10.1. Zertifizierungsverfahren

Um den Forderungen des Sozialgesetzbuches (SGB IX) Folge zu leisten, ist ein umfangreiches Qualitätsmanagement-System (QMS) in Einführung. Zitat SGB IX, § 20, Abs. 2: "Die Erbringer von Leistungen stellen ein Qualitätsmanagement sicher, das durch zielgerichtete und systematische Verfahren und Maßnahmen die Qualität der Versorgung gewährleistet und kontinuierlich verbessert." - Als Mitglied des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“) beteiligt sich das Fachkrankenhaus Hansenberg am Zertifizierungsverfahren der „DeQus“ (Zertifizierungsverfahren Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V.). Nach den Forderungen der DIN EN ISO 9001:2000 unter Berücksichtigung der Vorstellungen von KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus) und EFQM (European Foundation for Quality Management) wird ein suchtspezifisches Qualitätshandbuch (DeQus 2002) erstellt. Sämtliche Arbeitsabläufe

der Einrichtung werden hier exakt beschrieben und dargestellt. Die Wertschöpfungskette von der Aufnahme bis zur Entlassung der Patienten wird hier abgebildet. An der Erstellung des Handbuchs und den daraus ggf. abgeleiteten Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung arbeiten eine Vielzahl von Mitarbeitern der Klinik aus sämtlichen Arbeitsbereichen, teils in zeitlich begrenzten, themenbezogenen Qualitätszirkeln. Nach der erfolgreichen Ableistung der geforderten internen und externen Prüfungen (Audits) wird die Zertifizierung erreicht. Der im wesentlichen aus Leitungsmitgliedern der Klinik zusammengesetzte Lenkungsreis trifft sich - auch nach erfolgreicher Zertifizierung - regelmäßig und dient diesem Prozeß als Steuerungs- und Überwachungsinstrument. Ziel des QMS ist es, die Prozeß- und Ergebnisqualität transparent darzustellen, Qualitätsziele festzustellen und zu benennen sowie einen dauerhaften kontinuierlichen Optimierungs- und Verbesserungsprozeß zu schaffen.

10.2. Dokumentation

Die Erfassung der Patientendaten erfolgt auf der Grundlage der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie zu Dokumentationsstandards (1992). Die Klinik nimmt an der Erfassung der Basisdokumentation im Rahmen des EBIS-S-Programms (Einrichtungsbezogenes Informationssystem für stationäre Einrichtungen) in Zusammenarbeit mit dem IFT München teil. Die Klinikdaten gehen in die bundesweite EBIS-Auswertung mit ein. Der Rehabilitationsverlauf wird darüber hinaus in den einzelnen Arbeitsbereichen dokumentiert. Weiterhin nimmt die Klinik am Peer-Review-Verfahren der Rentenversicherungsträger teil.

10.3. Erfassung der Patientenzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung wird auf unterschiedlichen Wegen erfaßt. Grundsätzlich besteht seitens der Mitarbeiter Offenheit gegenüber Kritikpunkten und Anregungen aus der Patientenschaft, die als Impuls für weitere Qualitätsverbesserungen gesehen werden.

Im Rahmen der in der Regel engen einzeltherapeutischen Beziehung können außerdem Kritiken vorgebracht werden. Die Gruppen verfügen mit Gruppensprecher und Gruppenrat über Vertreter, die kritische Rückmeldungen gegenüber der Klinik in den regelmäßigen Sitzungen (Gruppenrat 1x/Woche, Hauskonferenz 1x/Monat, Vollversammlung 2x/Monat) oder in vereinbarten Terminen vortragen können. Der Klinikleiter hat einen „Kummerkasten“ für schriftliche Äußerungen.

Eine strukturierte Erfassung der Patientenzufriedenheit erfolgt jeweils am Ende der Behandlung. Der entsprechende Patientenbefragungsbogen wurde, im Rahmen der Implementierung eines Qualitätsmanagement-Systems (s. 10.), von 20 Suchteinrichtungen gemeinsam entwickelt und den speziellen Bedürfnissen unserer Einrichtung angepaßt. Folgende Themenbereiche werden abgefragt:

- Strukturqualität
- Therapieprozessqualität
- Therapieergebnisqualität

Ziel der Patientenbefragung ist das Erkennen von Verbesserungspotential und daraus folgend die Einleitung von geeigneten Maßnahmen zur Beseitigung der formulierten Kritikpunkte. Die Patientenbefragung wird jährlich vom Lenkungskreis ausgewertet.

Der Einsatz des gemeinsam erarbeiteten Fragebogens ermöglicht den Vergleich (Benchmarking) mit anderen Einrichtungen. Die Eingabe und ggfs. Auswertung der Bögen soll als spezieller Arbeitsplatz im Rahmen der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation ausgeführt werden.

10.4. Supervision und Weiterbildung

Supervision

Ein externer Supervisor steht 1x/Monat für Fall- und Teamsupervision dem Team der Psychologen/Sozialpädagogen für 120 Minuten zur Verfügung.

Eine zweite monatliche Supervisionseinheit wird je nach Bedarf durch andere Teams im Hause genutzt.

Weiterbildung

Die Mitarbeiter des Fachkrankenhauses Hansenborg nehmen regelmäßig an internen und externen Weiterbildungsmaßnahmen teil. Interne Weiterbildung findet wöchentlich in Einheiten von maximal 90 Minuten durch leitende Mitarbeiter für wechselnde Berufsgruppen statt. Zu speziellen, grundlegenderen Schulungen (z. B.: MELBA-Erhebungsinstrument, 3 Tage; Motivierende Gesprächsführung, 2 Tage) werden externe Referenten und zuweisende Beratungsstellen oder kooperierende Kliniken eingeladen. So dienen die Fortbildungen auch der aktiven Vernetzung und optimaleren Kooperation. Die Inhalte von Fachtagungen und Kongressen werden durch teilnehmende Kollegen in die Mitarbeiterschaft transportiert und in die Weiterentwicklung der Behandlung integriert.

10.5. Interne Kommunikation

Ein regelmäßiger Informationsaustausch über die Entwicklung der Patienten, sowohl innerhalb wie auch zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, ist für einen optimalen Behandlungsablauf unverzichtbar. Über einen regelmäßigen "informellen" Austausch zwischen den Mitarbeitern hinaus, gibt es verschiedene berufsgruppenübergreifende Kommunikationsstrukturen in unserer Klinik, in denen bei Bedarf die Behandlungsplanung und Therapiesteuerung der Patienten vertiefend besprochen wird, Rückmeldungen zur Entwicklung einzelner Patienten zwischen den Berufsgruppen ausgetauscht werden sowie organisatorische und spezielle inhaltliche Aspekte des Klinikalltags besprochen werden.

Die wichtigsten wöchentlichen Besprechungen sind:

- Allgemeine Teambesprechungen (4 x wöchentlich)
- Bezugsgruppenbezogene Teamtreffen (3 x wöchentlich, jeweils 2 Gruppen gemeinsam)
- Wochenendübergabe (1 x wöchentlich)
- Hauskonferenz mit allen Berufsgruppen und der Verwaltungsleitung (1 x wöchentlich) sowie alle 3 Wochen mit Beteiligung des Gruppenrats der Patientenschaft
- Leitungsteam (1 x wöchentlich)

Des Weiteren findet ein regelmäßiger, strukturierter Informationsaustausch in schriftlicher Form statt, z.B. in Form von Übergabe- und Sitzungsprotokollen, schriftlichen Rückmeldebögen - z.B. von der Ergo-, Kreativitäts- und Arbeitstherapie oder den psychiatrischen Sprechstunden - sowie sonstigen schriftlichen Mitteilungen. Um die Kommunikation in Zukunft einfacher, schneller, zeitsparender und zeitnäher gestalten zu können, ist die Einführung eines EDV-Netzes geplant, mit dem Informationen schneller weitergegeben und aufgenommen werden können

11. Zukunftsperspektiven

Vor dem Hintergrund der oben dargestellten wissenschaftlichen Befundlage lassen sich zukünftig folgende Entwicklungsmöglichkeiten kurz skizziert darstellen, von denen einige durch in Vorbereitung befindliche Personalaufstockungen kurzfristig realisiert werden können. Zunächst ist an folgende strukturelle Veränderung im Therapieablauf gedacht:

Teilstationäre Behandlungen / Entlassungsphase: Dem Vorteil vollstationärer Behandlung in Form einer notwendigen Distanzierung zu einem pathogenen Milieu, um so Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten aufzubauen, steht der relative Nachteil des „umfeldfremden“ Käseglockeneffekts (DHS 2001) gegenüber. Direkt spürbar ist dieser Effekt in der häufigen Selbstüberschätzung der PatientInnen - durch fehlendes Craving oder Gedanken an Alkohol in der Klinik - nun auch keine Probleme mehr im Umgang mit ihrem Suchtstoff zu haben oder überhaupt alkoholabhängig zu sein. Erklärbar ist diese „unerwünschte Nebenwirkung“ vollstationärer Therapie durch die in Kapitel 2.1. und 2.3. beschriebene stark kontextabhängige Hervorrufung („triggern“) von abhängigkeitsrelevanten Fühl-, Denk-, und Verhaltensschemata. Auch vor diesem Hintergrund ist der empirisch evidente Umstand der hohen Rückfälligkeit in den ersten drei Monaten nach vollstationärer Entlassung zu werten (Körkel, Lauer 1995 a). Ziel vollstationärer Behandlung muß deshalb einerseits die Bereitstellung von Reizkonfrontationsverfahren sein. Andererseits ist ein Höchstmaß an Konfrontation mit der Alltagsrealität zu realisieren, um so diagnostische Lücken zu schließen, zusätzliche defizitäre Bewältigungsmuster zu entdecken, um dann entsprechende Bewältigungsstrategien schulen zu können. Teilstationäre Behandlungsangebote schließen diese Behandlungslücke, haben sich in unterschiedlichsten Settings etabliert (Stracke 2002) und erzielen gleiche Effektivität in den Behandlungsergebnissen wie vollstationäre Rehabilitationsbehandlungen (Lotz – Rambaldi et al. 2002).

Die teilstationäre Behandlungsphase ist daher das strukturelle Element in der Behandlung, das Umfeldbedingungen bietet, die die o.g. therapeutischen Ziele am besten umsetzen läßt: neben einer Erprobung des in der bisherigen Therapie gelernten unter Realbedingungen, auch die Auseinandersetzung mit bekannten aber auch bisher unbekanntem Auslösereizen für Trinkverhalten. Eventuell tagesklinisch so getriggerte Rückfälle lassen sich je nach Einzelfall bei Weiterbehandlung dann noch während der Therapie entsprechend aufarbeiten. So entfällt bei vielen Patienten auch die Gefahr des bekannten „Abtauchens“ bei Rückfälligkeit unmittelbar nach der Therapie und damit einer weiteren Verschlechterung der Prognose.

Damit wird auch deutlich, daß tagesklinische Behandlung u.U. zu einer Verdichtung therapeutischer Arbeit führt, da sowohl im Vorfeld als auch nach den Heimfahrten ein entsprechende Aufarbeitung erfolgen muß, die weit über den Rahmen der sonst eher knappen Belastungstage führen kann.

Je nach Übereinkunft mit unterschiedlichen Kostenträgern und individuellem Patienten ist diese Phase zeitlich unterschiedlich zu gewichten. Die Patienten nehmen tagsüber an ihren gewohnten Therapieeinheiten teil. Die Wohnortnahe Lage der Fachklinik unmittelbar vor den Toren Hamburgs und Lüneburgs gelegen, ermöglicht ein Verbringen der therapiefreien Zeit in der häuslichen Umgebung.

Zielgruppe einer teilstationären Behandlungs- / Entlassungsphase stellen vor dem Hintergrund des o.g. grundsätzlich alle PatientInnen der Fachklinik da mit Ausnahme derer, die aus sozialer Desintegration oder psychiatrischer Komorbidität heraus eine Adaptionsbehandlung benötigen.

Ziele der teilstationären Phase sind:

- Konfrontation mit der Alltagsrealität und damit mehr am Erfahrungskontext der PatientInnen orientierte Therapie wie
- Schließen diagnostischer Lücken, Aufdecken von Ressourcen und Defiziten, Erarbeiten von Bewältigungskompetenzen
- Bearbeitung von Craving oder den im teilstationären Behandlungssetting öfters vorkommenden Rückfällen nach Identifikation vormals unbekannter Auslösereize (Trigger), dadurch auch Vertiefung von Krankheitseinsicht mit entsprechenden Konsequenzen im Umgang mit Suchtstoffen
- Schaffung einer realistischeren Sichtweise der „Zeit danach“ (Küfner 1996) bei Patienten und Behandlern
- Zuwachs an Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten
- Mehr Zeit für das Erledigen von sozialen Belangen, Aufsuchen von Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen vor Ort, Aufnehmen von Freizeitaktivitäten
- Bearbeiten von Hindernissen bei der Durchführung o.g. Aktivitäten

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Konzepts existiert bereits eine mündliche Verständigung mit dem federführenden Leistungsträgers über die Durchführung dieser Leistung, die organisatorisch noch vorbereitet werden muß und zum Ende des Jahres 2003 umgesetzt werden soll.

Folgende **zusätzliche indikative Gruppen** sind in Vorbereitung, die durch personelle Umstrukturierungs - und Aufstockungsmaßnahmen realisiert werden können und das differentielle Behandlungsangebot für unsere Patienten erheblich erweitern wird.

Modul Expositionsbehandlung in der Klinik: Eine solche Gruppe ist die therapeutische Schlußfolgerung neurobiologischer und lerntheoretischer Erkenntnisse und soll einen kompetenten und abstinenzsichernden Umgang mit suchtspezifischen Reizen ermöglichen. Für besonders geeignete Patienten wird so die bereits bestehende indikative Gruppe „Abstinenzstabilisierung“ (Rückfallprävention) sinnvoll ergänzt.

Modul Training kognitiver Defizite: Viele Abhängigkeitskranke leiden unter Aufmerksamkeits, Merkfähigkeits – und damit Gedächtnisstörungen, die sowohl bereits auf den therapeutischen Prozeß (häufig fälschlicherweise als Abwehr wahrgenommen) als auch auf den Wiedereingliederungsprozeß negative Auswirkungen haben. Die neuen Möglichkeiten im EDV – Schulungsbereich ermöglichen jetzt eine Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsschulung mit dem etablierten Programm „Cocpack“.

Modul Depressionsgruppe: Neben den bereits langjährig etablierten indikativen Gruppen „Angststörung“ sowie „soziales Kompetenztraining“ wird hier eine Lücke bei einer der häufigsten komorbiden Störung geschlossen.

Modul Persönlichkeitsstörungen I. : Der Umgang mit extremen Affekten, starren Wahrnehmungs - und Verhaltensmustern ist in den Bezugsgruppen oft in ausreichendem Maß nicht möglich. In einem kognitiv – verhaltenstherapeutisch angelegten indikativem Gruppenprogramm soll auf o.g. Problembereiche eingegangen werden

Modul Persönlichkeitsstörungen II. : Die Gruppe „Angst, Aggression und Alkohol“ soll als reine Männergruppe Entstehungsmodelle, Funktionalität und Verhaltensalternativen vor allem für Patienten mit Störungen der Impulskontrolle i.S. aggressiver Verhaltensweisen aufzeigen. In naher Zukunft wird sich personalabhängig zeigen, ob beide (PST I.und II.), nur ein Modul oder eine Mischung aus beiden umgesetzt werden kann.

Modul Arbeitssuche: ist z.Zt. im Aufbau (siehe Tabelle 11) und wird voraussichtlich Ende 2003 umgesetzt werden:

Tabelle 12: Inhalt der Indikativen Gruppe „Arbeitssuche“

Ziele	Mittel
Klärung beruflicher Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> • Auswertung der Berufsanamnese • Analyse von berufsbezogenen Fertigkeiten und Defiziten • Entwicklung realistischer beruflicher Zielvorstellungen
Bewerbungstraining	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von schriftlichen Bewerbungsunterlagen • Training von Vorstellungsgesprächen • Auswertung von Bewerbungskontakten
Suche nach beruflichen Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsmarktbeobachtung und Stellenanzeigenanalyse • Ggfs. Internetstellensuche • Initiativbewerbung • Besuch des Arbeitsamtes / Berufsinformationszentrums • Ggfs. Umschulungsberatung durch Rehaberaterin der RV vor Ort
Aufbau von beruflichen Perspektiven	<ul style="list-style-type: none"> • Besuch und Vorgespräch in einer Adaptionseinrichtung • Suche nach einem Praktikumsplatz, i.d.R. mit Unterstützung des Arbeitsamtes • Kennenlernen der Möglichkeiten von Umschulungs – und Förderprogrammen • Ggfs. Kontaktaufnahme zum Trägereigenen Projekt „Zukunft Arbeit“

Posttraumatische Belastungsstörungen haben in den letzten Jahren zunehmend an Beachtung gewonnen und stellen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung da. Im Umgang mit schwerst traumatisierten Frauen haben sich über die Frauengruppe gewachsene Kompetenzen gebildet, die die Vorhaltung eines indikativen Programms für dieses komorbide Störungsbild ermöglichen können.

Durch die beschriebenen personellen Veränderungen wäre auch an die Vorhaltung einer indikativen Gruppe für Patienten mit somatoformen Störungen zu denken. Hier sind zunächst Gespräche mit dem federführenden Leistungsträger u.a. notwendig, um Bedarf und Voraussetzungen zu klären.

Musik ist ein Element im Leben, das die zentralnervösen Belohnungszentren ebenso stimuliert wie Drogen und bei dem therapeutische Effektivität naheliegt. Demnach könnte Musiktherapie auch Alternativen zum Suchtmittelkonsum aufzeigen (Spitzer 2002).

Die ICD – 10 Diagnose „Alkoholmißbrauch“ rückt zunehmend aus einer public – health Perspektive in das gesundheitspolitische Interesse (Caspers-Merkt 2002) und erfordert differenzierte Behandlungsangebote, die neben primär vorzuziehenden ambulanten Maßnahmen auch vollstationäre Kurzzeittherapien bei bereits erheblich geminderter Erwerbsfähigkeit beinhalten können (Lindenmeyer 2001 b). In einigen Bundesländern werden solche sekundärpräventiven Programme bereits von den Rentenversicherungsträgern unterstützt.

Schadensminimierung (harm reduction) ist mittlerweile ein akzeptiertes Ziel in der Behandlung Abhängigkeitskranker geworden (DHS 2001). Substitution verhilft vielen Drogenabhängigen zu einer Stabilisierung, sozialen Reintegration und Minderung von Gesundheitsrisiken ohne Kriminalisierung im Sinne der Wiederherstellung von Erwerbsfähigkeit. Einer Untergruppe gelingt eine solche Stabilisierung im vollem Umfang zunächst nicht, sie entwickeln entweder auf dem Boden eines bereits vorbestehenden Alkoholmißbrauchs eine nach der Heroinabhängigkeit trotz Substitution entstehende Alkoholabhängigkeit. Häufig sind komorbide schwere psychische Störungen der Leidensboden, aus dem diese neuen Abhängigkeiten entstehen. Auch und gerade für diese Menschen ist ein vollstationäres Behandlungsangebot an unserer Klinik, die bereits jetzt schon regelhaft ehemals Heroinabhängige behandelt, ein mögliches Ziel der weiteren Klinkentwicklung. Dies wäre auch vor dem Hintergrund sich zunehmend ändernder

Konsummuster vor allem jüngerer Patienten, ein logischer und organischer Schritt in der inhaltlichen Organisationsentwicklung, der von immer mehr Beratungsstellen bereits beschritten worden ist, die sowohl Patienten mit legalen als auch illegalen Drogenkonsum behandeln.

Literatur

Ambühl, H. (2001) Soziale Angst verstehen und behandeln. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Zugang. Klett – Cotta Verlag. Stuttgart.

Anonyme Alkoholiker deutscher Sprache (Hrsg.) (1980) Anonyme Alkoholiker. Ein Bericht über die Genesung alkoholkranker Männer und Frauen. Alcoholics Anonymus World Services. New York.

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

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

Arnez – Azevedo, U., Günther, B., Pleschen, R. et al. (1994) Ernährungslehre zeitgemäß – praxisnah. Schroedel Verlag. Hannover.

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

Ballegaard, S et al..(1999) Addition of acupuncture and self-care education in the treatment of patients with severe angina pectoris may be cost beneficial: An open, prospective study. J. Alt. Comp. Med. (5) p 405

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

Bandura, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. Psychological Review (84) pp 191-215

Bartling, G. et al. (1992) Problemanalyse im therapeutischen Prozeß. Kohlhammer Verlag. Stuttgart, Berlin, Köln.

Basdekis-Jozsa, R., Krausz, M. (2002) Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. Fachverband Sucht, Sucht Aktuell (1) S. 63-67

Batra, A.(2000) Tabakabhängigkeit. Biologische und psychosoziale Entstehungsbedingungen und Therapiemöglichkeiten. Steinkopff Verlag. Darmstadt.

Batra, A. (2000 a) Tabakabhängigkeit und Raucherentwöhnung bei psychiatrischen Patienten. Fortschritte der Neurologie Psychiatrie (68) S. 80-92

Batra, A. (Hrsg.) (2000 b) Schwerpunktthema: Raucherentwöhnung In: Sucht (46) 6 Neuland Verlag. Geesthacht

Batra, A.; Buchkremer, G. (2001) Beziehung zwischen Alkoholismus, Drogen – und Tabakkonsum. Deutsches Ärzteblatt, 98 (40) S. B2226-2229

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

Berger, M., Gann, H. (2003) Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit als Modell einer störungsspezifischen anstatt schulengebundenen Psychotherapie. Sucht (49) 3. S. 145-146

Blanck, G. u. Blanck, R. (1981) Angewandte Ich-Psychologie. Klett- Cotta Verlag. Stuttgart

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.

Bönner, K. H. (2003) Sucht und Erwerbsfähigkeit. Einführung in das Kongreßthema In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag ? Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V. Neuland Verlag. Geesthacht.

Brewington, V., Smith, M., Lipton, D. (1992) Acupuncture as a Detoxification Treatment: An Analysis of Controlled Research. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol.11 (4) pp 289-307

Bühringer, G., Augustin, R. Bergmann, E. et al. (2000) Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden

Bühringer, G., Kröger, C. , Kufner, H. et al. (2002) Suchtforschungsverbund ASAT: Entwicklung von Zuordnungsmodellen für Interventionen bei Substanzstörungen. Projekt 4: Wirksamkeit intensivierter Raucherentwöhnung in Kliniken (Kurzbezeichnung: WIRK; Laufzeit: 1.11.2001 bis 31.10.2004) Sucht 18 (3) S. 200-208

Buhk, H., Busche, W., Feldkamp, J., Koch, U.(2001) Ergebnisse einer Studie zur ambulanten Akupunkturbehandlung von alkohol – und medikamentenabhängigen Klienten in einer Beratungsstelle, Suchttherapie (2) S. 35-44

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Hrsg (1997) MELBA – Ein Instrument zur Beruflichen Rehabilitation und Integration. Manual. Siegen.

Bullock, M.L. et al.. (1989) Controlled trial of Acupuncture for Severe Recidivist Alcoholism Lancet, June 24, pp 1435 – 1438

Caspers – Merkt, M., Mann, K. (2002) Berliner Eckpunkte zur Verbesserung der Therapie bei Alkoholproblemen. In: Mann, K. (Hrsg.) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen. Pabst Science Publishers. Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb.

Christiansen, B. A., Goldman, M. S. & Brown, S. A. (1985) The differential development of adolescent alcohol expectancies may predict adult alcoholism. Addictive Behaviors (10) pp 299-306

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

Collins, R. L., Parks G. & Marlatt G. A. (1985) Social determinants of alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (53) pp189-200

Cox, W. M. (1987) Personality theory and research. In: H. T. Blane & K. E. Leonard (Eds.) *Psychological theories of drinking and alcoholism*. Guilford Press. New York. Pp 55-89

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

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

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.

Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1992) *Dokumentationsstandards 2 für die Behandlung von Abhängigen*. Lambertus Verlag. Freiburg.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2003) *Jahrbuch Sucht*. Neuland Verlag. Geesthacht.

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2001) *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe – Positionspapier 2001*. www.dhs.de

Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (1996) Deutsche Bearbeitung und Einführung von Saß, H., Wittchen, H. – U., Zaudig, M. Hogrefe. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

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

Duffner, A. (2002) Der Umgang mit dem Rauchen in der stationären Alkoholismusbehandlung. Suchtmagazin. Sonderdruck. Forel Klinik.

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

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

Feuerlein, W., Kufner, 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., Teysen, S. (Hrsg.) Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Grundlagen - Diagnostik - Therapie. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Fiedler, P. (1999) Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Beltz Verlag. Weinheim, Basel.
Gastpar, M., Maier, W., Rist, F. et al. (2002) Suchtforschungsverbund Nordrhein-Westfalen: Nikotinabhängigkeit als komorbide Störung bei Opiod –und Alkoholabhängigkeit. Sucht (48) S. 217-223

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

Haring, C. (1993) Lehrbuch des autogenen Trainings. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Havemann-Reinecke, U. (1998) Alkohol und Medikamente. Mißbrauch und Abhängigkeit im Alter. Lambertus Verlag. Freiburg.

Heigl-Evers, A., Standke, G. (1989) Sachbericht zum Forschungsprojekt Selbsterleben und Objektbeziehungen von Alkoholkranken. Suchtgefahren (3) 1989.

Henkel, D.(1996) Zur epidemiologischen, ätiologischen und rehabilitativen Relevanz der Arbeitslosigkeit für den Alkoholismus: Empirische Fakten, theoretische Reflexionen und politische Folgerungen. In: Fachverband Sucht (Hrsg.): Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag ? Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V. Neuland Verlag. Geesthacht.

Hinsch, R., Pflingsten, U. (1983) Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Materialien für die psychosoziale Praxis. Urban & Schwarzenberg Verlag. München, Wien, Baltimore.

Hüllinghorst, R. (2002) Wie gehts es weiter ? Positionen, Forderungen, Perspektiven. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.) „Brennpunkt Rückfall“. Berichtsband über die Sucht-Selbsthilfekonferenz vom 26.-28.04.2002 in Bonn. www.dhs.de

Hoffmann, B.(1981) Handbuch des autogenen Trainings. DTV Verlag. München.

Hüther, G. (2001) Biologie der Angst. Wie aus Stress Gefühle werden. 4. Auflage. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen.

Hüther, G. (2003) Biologie der Angst – Sucht als erlernbare Bewältigungsstrategie. In: Akademie für Sozialmedizin, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.) Berichte zur Suchtkrankenhilfe, Vorträge der XIV. Niedersächsischen Suchtkonferenz am 12. September 2002 in Lüneburg: Suchtkrankenhilfe zwischen Ideologie und Engagement

Institut für Therapieforchung München (1997) Rauchfrei in 10 Schritten. Eine Chance für Raucher. Jungmann. Göppingen.

John, U.; Hanke, M. (in press 2002 a) Tobacco – and alcohol – attributable mortality and years of potential life lost in Germany. European Journal of Public Health.

John, U., Hanke, M. (im Druck 2002 b) Tobacco smoking – and alcohol drinking – attributable cancer mortality in Germany. *European Journal of Cancer Prevention*.

John, U., Hanke, M. (2001) Tabakrauch – attributable Mortalität in den deutschen Bundesländern. *Gesundheitswesen* (63) S. 363-369

Kaufman, E., Pattison, E. M. (1981) Differential Methods of Family Therapy in the Treatment of Alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol* (42) pp 951-971

Kasper, H. (1991). *Ernährungsmedizin und Diätetik*. Urban & Schwarzenberger Verlag. München, Wien, Baltimore.

Kiefer, F., Jahn, H., Tarnaske, T., Helwig, H., Briken, P., Holzbach, R., Stracke, R. et al. (2003) Comparing and Combining Naltrexone and Acamprosate in Relapse Prevention of Alcoholism: a double-blind, placebo – controlled study. *Archives of General Psychiatry* (60) pp 92-99

Kiefer, F. (2003) Acamprosat und Naltrexon in der Rückfallprophylaxe bei Alkoholabhängigkeit. Vortrag gehalten auf dem 15. Wissenschaftlichem Symposium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen vom 26. bis 28. Mai 2003: Herausforderungen an die Weiterentwicklung der Suchtkrankenhilfe: Welchen Beitrag kann Forschung leisten ?

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

Körkel, J., Lauer, Scheller, Hg. (1995 a) *Sucht und Rückfall*. Enke Verlag. Stuttgart.

Körkel, J. (1995 b) Rückfälle während stationärer Alkoholismusbehandlung: Häufigkeiten, Ursachen, Interventionen. In: Körkel, J., Wernado, M., Wohlfarth, R. (Hrsg.) *Stationärer Rückfall – Ende der Therapie ? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen*. Neuland Verlag. Geesthacht.

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

Kohut, H. (1975) Narzißmus. Suhrkamp Verlag. Frankfurt.

Kolling, R. (2002) Pharmakotherapie in der Entwöhnungsbehandlung. Themenschwerpunkt : Rückfälle während stationärer Therapie. Sucht 48 (2) S.92-94

Krausz, M., Degwitz, P. (2000) Psychiatrische Komorbidität und Suchtbehandlung. Suchttherapie (1) S. 3- 7

Kröger, C. (2001) Kurzbeschreibung des Forschungsprojekts "Wirksamkeit intensiver Raucherentwöhnung in Kliniken. WIRK.“ Konzeptpapier. Institut für Therapieforschung. München.

Küfner, H., Feuerlein, W., Huber, M. (1988) Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren (34) S.157-172

Küfner, H. (1996) Die Zeit danach. Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten für Betroffene nach Entwöhnungsbehandlungen und Selbsthilfegruppe. IFT – Materialien 10. Therapeutische Unterlagen und Hilfen für Fachleute, Klienten und Betroffene. Schneider Verlag Hohengehren. Göppingen.

Landgarten, H. (1990) Klinische Kunsttherapie: ein umfassender Leitfaden. Geradi Verlag für Kunsttherapie. Karlsruhe.

Langeland, W., Hartgers, C. (1998) Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review. Journal of Studies on Alcohol 59 (3) pp 336 – 348

Lappe, R.-B. (2003) Berufliche Integration – heute wichtiger als je zuvor. Ein Beitrag aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Qualität ist, wenn ... Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung. Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V. Neuland Verlag. Geesthacht.

Lempke, G. (1989) Beschäftigungstherapie in der Psychiatrie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Lempke, G. (2001) Das Hansenbarg – Konzept oder : die Grundlinien unserer Arbeit. Unveröffentlichtes Konzept.

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. (2001 a) Lieber Schlau als blau. Psychologie Verlagsunion. Weinheim.

Lindenmeyer, J. (2001 b) Der springende Punkt. Stationäre Kurzintervention bei Alkoholmißbrauch. Pabst Science Publishers. Lengerich, Berlin, Riga, Rom, Wien, Zagreb.

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.

Lotz – Rambaldi, W., Buhk, H., Busche, W., Fischer, J., Bloemeke, U., Koch, U. (2002) Ambulante Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten in einer Tagesklinik: Erste Ergebnisse einer vergleichenden Untersuchung von tagesklinischer und stationärer Behandlung. *Rehabilitation* (41) S. 192 - 200

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

Lubenow, B. (2002) Rückfallbehandlung: vom Dogma zur Beliebigkeit ? *Sucht* (48) 6; S. 439 - 443

Lieb, R., Isensee, B. (2002) Häufigkeit und zeitliche Muster von Komorbidität. In: Moggi, F. (Hrsg.) *Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht*. Verlag Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1980) *Die psychische Geburt des Menschen*. Fischer-Verlag. Frankfurt

Maier, W., Franke, P., Linz, M. (1999) Mehrfachdiagnosen (Komorbidität) In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H.: *Lehrbuch der Suchterkrankungen*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Margraf, J., Schneider, S. (1990) *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.

Marlatt G. A. & Gordon, J. R. (1985) *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Guilford Press. New York.

Melbeck, H.-H., Hase, M., Hofman, A. (2003) EMDR in der Behandlung schwerer psychischer Traumatisierungen. *PsychotherapeutenFORUM* (2) S. 5-23

Miller, P. M., Smith, G. T. & Goldman, M. S. (1990) Emergence of alcohol expectancies in childhood. *Journal of Studies on Alcohol* (51) S.343-349

Miller, W. R., Rollnick, S. (1991) Motivational Interviewing. Guilford Press. New York.

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 .

Missel, P., Brauckmann, W., Buschmann, H. et al. (1997) Effektivität und Kosten in der Behandlung Abhängigkeitskranker. Ergebnisse einer klinikübergreifenden Katamnese. Sucht aktuell (3) S. 10-22

Mohl, A. (1996). Der Meisterschüler. Das NLP Lern- und Übungsbuch. Junfermann Verlag. Paderborn.

Mohl, A. (1997). Der Zauberlehrling. Das NLP Lern- und Übungsbuch. Junfermann Verlag. Paderborn.

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.

Mundle, G. (1999) Acamprosat. Paradigmawechsel in der Therapie nach Alkoholentzug. Arzneimitteltherapie (17) S. 273-277

Mundle, G. (1998) Die Alkoholabhängigkeit im Alter. In: Mann, K., Buchkremer, G. (Hrsg.) Sucht. Grundlagen, Diagnostik, Therapie. Gustav Fischer Verlag. Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck.

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.

Poser, W., Poser, S. (1996) *Medikamente – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Verlauf – Behandlung.* Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Prochaska, J.O., Diclemente C.C. (1984) *The transtheoretical Approach: Crossing traditional Boundaries of Therapy.* Homewood: Dow Jones Irwin

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. (1992) Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M. (Eds) *Progress in behavior modification.* Il Sycamore.

Quinten, C., Grönke-Jeuck, U. (2002) Die stationäre Behandlung von Alkohol – und Medikamentenabhängigkeit im höheren Lebensalter. Klinische Erfahrungen und Katamnese. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) *Die Zukunft der Suchtkrankenbehandlung.* Neuland Verlag. Geesthacht.

Rennert, M. (1989) *Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet.* Lambertus Verlag. Stuttgart.

Reymann, G., Spranger, H., Stracke, R. et al. (2000) Der Beitrag von Komorbidität und sozialer Belastung zur Notwendigkeit einer Krankenhausaufnahme wegen Störungen durch psychotrope Substanzen. *Suchttherapie* (1) S. 98-103

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. (2001) *Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert.* Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main

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.

Satir, V. (1990) Kommunikation, Selbstwert, Kongruenz. Junfermann Verlag. Paderborn.

Schallenberg, H. (1996) Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In: Fachverband Sucht (Hrsg.) Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag ? Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V. Neuland Verlag. Geesthacht.

Schallenberg, H. (2003) Rechtliche Aspekte der arbeitsbezogenen medizinischen Rehabilitation. Vortrag gehalten auf dem Forum 3 „Sucht und Arbeitswelt“ des 16. Kongreß des Fachverband Sucht e.V. vom 16. – 18. Juni 2003 in Heidelberg. „Sucht macht krank !“

Scheepers, Stending-Albrecht, Jehn: (2000) Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.

Schiepek, G. (2003) Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York.

Schlippe v., A. (1984) Familientherapie im Überblick. Integrative Therapie (6) Jungfermann Verlag. Paderborn.

Schlippe v., A. (1995) Familientherapie im Überblick. Jungfermann Verlag. Paderborn.

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.

Schmidt-Traub, S. (1997) Panikstörung und Agoraphobie. Kurzeitbehandlungen in kombinierter Gruppen - und Einzeltherapie. Hogrefe Verlag. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.

Schneider, R. (2001) Die Suchtfibel. Schneider-Verlag. Hohengehren.

Schneider, U.; Altmann, A.... Stracke, R. et al. (2001) Comorbid Anxiety And Affektive Disorders in Alcohol – Dependent Patients Seeking Treatment: The First Multicentre Study In Germany. Alcohol & Alcoholism (36) 3 pp 219-223

Schottenloher, G. (1989) Kunst – und Gestaltungstherapie. Eine praktische Einführung. Kösel Verlag. München.

Schreiber (1995) Ergotherapie in der Psychiatrie. Stam Verlag. Köln.

Schwärzler, F., Mann, K. (1998) Zum Stellenwert von Acamprosat in der Behandlung der Alkoholkrankheit In: Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, Beutel, M. (Hrsg.) Medikamentöse Behandlung der Alkoholkrankheit. Buss Schriftenreihe Band 3. Neuland Verlag. Geesthacht.

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

Schwoon, D. (1992) Motivation – ein kritischer Begriff in der Behandlung Suchtkranker. In: Wienberg, G.(Hrsg.) Die vergessene Mehrheit – Zur Realität der Versorgung Alkohol – und Medikamentenabhängiger Menschen. Psychiatrie Verlag. Bonn. S. 170-182

Soyka, M. (1995 b) Die Alkoholkrankheit. Diagnostik und Therapie. Chapman & Hall. Weinheim.

Soyka, M. (1997) Neuere medikamentöse Ansätze in der Alkoholismustherapie. In: Watzl, H., Rockstroh, B.: Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe Verlag. Göttingen.

Soyka, M.(1999) Alkohol und Psychiatrie. In: Singer, M.V., Teyssen, S. (Hrsg.) Alkohol und Alkoholfolgekrankheiten. Springer Verlag. Berlin, New York.

Spitzer, M. (2002 a) 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.

Spitzer, M. (2003) Nervensachen. Perspektiven zu Geist, Gehirn und Gesellschaft. Schattauer Verlag. Stuttgart, New York. S. 288 ff

Steingass, H. P. (1994) Kognitive Funktionen Alkoholabhängiger. Neuland Verlag. Geesthacht.

Stracke, R. (2003) Was wirkt in der Therapie suchtkranker Menschen – aus psychotherapeutischer Sicht ? In: Akademie für Sozialmedizin, Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (Hrsg.) Berichte zur Suchtkrankenhilfe. Vorträge der XV. Niedersächsischen Suchtkonferenz am 12. September 2002 in Lüneburg: Suchtkrankenhilfe zwischen Ideologie und Engagement

Stracke, R. (2002) Tagesklinische Motivationsförderung bei Alkoholabhängigen in der postakuten Behandlungsphase. In: Richter, G., Rommelspacher, H., Spies, C. (Hrsg.) „Alkohol, Nikotin, Kokain...und kein Ende ? Suchtforschung, Suchtmedizin und Suchttherapie am Beginn des neuen Jahrzehnts. Kongreßband der 14. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. Pabst Verlag. Lengerich, Berlin, Bremen, Riga, Rom, Wien, Zagreb.

Süß, H.- M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. Psychologische Rundschau (46) S. 248-256.

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

Tretter, F. (2000) Suchtmedizin. Der suchtkranke Patient in Klinik und Praxis. Schattauer Verlag . Stuttgart, New York.

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.

Vaillant, G. E. (1989) Was können wir aus Langzeitstudien über Rückfall und Rückfallprophylaxe bei Drogen – und Alkoholabhängigen lernen ? In: Feuerlein, W., Kufner, H., Soyka, M. (1998) Alkoholismus – Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Vaillant; G. E. (1996) A long- term-follow-up of male alcohol abuse. Archives of General Psychiatry (53) 243-249

Veltrup, C. (2003) Was macht gesund ? – zentrale Erfordernisse für eine effektive und effiziente Prävention und Behandlung der Sucht. Vortrag gehalten auf dem 16. Kongreß des Fachverband Sucht e.V. vom 16. – 18. Juni 2003 in Heidelberg. „Sucht macht krank !“

Vogt, I. (1986) Alkoholikerinnen. Lambertus Verlag. Freiburg im Breisgau.

Vogelgesang, M. (2002) Innovative Behandlungsansätze in der Suchttherapie. Strategien und Entwicklungen aus fachlicher Sicht. In: Fachverband Sucht e.V (Hrsg.) Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen. Neuland Verlag. Geesthacht

Wächtler, C. (1992) Alter und Sucht. Schriftenreihe zu Suchtfragen, Heft 7. Hamburgische Landesstelle gegen Suchtgefahren.

Watzl, H., Rockstroh, B.(1997) Abhängigkeit und Mißbrauch von Alkohol und Drogen. Hogrefe Verlag. Göttingen.

Watzl, H. (2001) Projekt MATCH – ein Meilenstein der Psychotherapieforschung ? In: Olbrich, R. (Hrsg.) Suchtbehandlung. Neue Therapieansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen. Roderer Verlag. Regensburg.

Weber-Falkensammler, H. (1992) Psychologische Therapieansätze in der Rehabilitation. Gustav Fischer Verlag. Stuttgart, Jena, New York.

Weinmann, S., Kleffmann, A., Föhres, F. (1991) Fähigkeits – und Anforderungsanalysen: Ein Instrument zur Förderung der beruflichen Rehabilitation. Beschäftigungstherapie und Rehabilitation, 30 (4) S. 306-309

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

Wetterling, T., Backhaus, J., Junghanns, K. (2002) Sucht im Alter. Ein unterschätztes Problem in der klinischen Versorgung älterer Menschen ? Nervenarzt (73) S. 861-866

Wetterling, T., Baumann, M., Krömer-Olbrisch, T., Schneider, U. (2002) Was motiviert Alkohol Kranke zur Therapie ? Suchtmedizin (4) S. 262-266

Wittfoot, J., Driessen, M. (2000) Alkoholabhängigkeit und psychiatrische Komorbidität – ein Überblick. Suchttherapie (1) S. 8-15

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

Wolff, S. (1986) Klinische Maltherapie. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg.

Wolffgramm, J., Thimm, F., Heyne, A. (2001) Rückprägung: Eine Chance zur Heilung von Suchterkrankungen ? In: Stetter, F. (Hrsg.) Suchtforschung für die Suchtkranken. Ergebnisse, Konsequenzen, Perspektiven. Neuland Verlag. Geesthacht.

Zenker, C. (1998) Frauenspezifische Therapieeinrichtungen. In: Gözl, J.(Hrsg.): Moderne Suchtmedizin. Thieme Verlag. Stuttgart, New York.

Zenker, C. , Bammann, K., Jahn, I. (2002) Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden – Baden.

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

Zimdars, P., Lindemeyer, J., Kolling, R. (2002) Ein Laster braucht der Mensch ? Raucherentwöhnung bei Alkoholabhängigen. In: Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.) Die Zukunft der Suchtbehandlung. Trends und Prognosen. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. Band 25. S. 363-380

Zobel, M. (2001) Die Situation der Kinder in alkoholbelasteten Familien. In: Wenn Eltern zu viel trinken. Psychiatrie-Verlag. Bonn. S.38-52.

Anhang:

Tabellen / Graphikverzeichnis:

	Seite
Tab. 1: Riskante Konsumenten, Mißbraucher, Abhängige in Deutschland	6
Tab. 2: Stellenplan des Fachkrankenhauses Hansenberg	30
Tab. 3: Behandlung von Patienten mit kürzerer Therapiedauer	39
Tab. 4: Zentrale Themen der Bezugsgruppentherapie	43
Tab. 5: Überblick über Indikationsgruppen	48
Tab. 6: Medizinische Behandlung	62
Tab. 7: Angebote der Sport – und Physiotherapieabteilung	69
Tab. 8: Elemente der sozialen und arbeitsbezogenen Rehabilitation	75
Tab. 9: Inhaltliche und zeitliche Therapiephasen	80
Tab. 10: Eingesetzte psychologische Testverfahren	84
Tab. 11: Wochenplan eines Patienten	86
Tab. 12: Inhalte der Indikativen Gruppe „Arbeitssuche“	94
Übersichtsgraphik Therapieablauf	82

AnsprechpartnerInnen im Fachkrankenhaus Hansenbarg

Fachkrankenhaus Hansenbarg
Franz – Barca – Weg 36
21 271 Hanstedt / Nordheide
Tel.: 04184-899-0
Fax.: 04184-899-170
E-Mail: info.fkh@alida.de
Homepage: www.alida.de

Aufnahmesekretariat:
Frau Waltraud Bastian / Frau Manuela Hagen
Tel.: 04184-899-0

Verwaltungsleitung:
Herr Peter Lutz
Tel.: 04184-899-123

Leitender Arzt:
Dr. med. Robert Stracke
Tel.: 04184-899-122

Therapeutische Leitung:
Dr. rer. nat. Thomas Hilge
Tel.: 04184-899-126

Stellvertretung therap. Leitung:
Dipl.-Psych. Carsten Dietze
Tel.: 04184 –899-172

Das Fachkrankenhaus Hansenbarg ist eine Einrichtung der:

Alida Schmidt – Stiftung Hamburg
Geschäftsführer Herr Dipl. Psych. Peter Fischer
Finkenau 31
22 081 Hamburg
Tel.: 040-227 101 0
Kontakt: info@alida.de
Homepage: www.alida.de

Herzlich Willkommen! (Stand 01.07.2003)

Wir begrüßen Sie in unserem Fachkrankenhaus für Alkohol- und Medikamentenabhängige und wünschen Ihnen ein gutes Zusammenleben mit den anderen Patientinnen und Patienten und eine intensive Zusammenarbeit in Ihrer Gruppe zu Ihrem Nutzen.

Während des ersten Tages am Hansenbarg werden Sie von einem therapieerfahrenen Patienten bei allen Wegen und Terminen begleitet.

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Einrichtung entschieden mit dem Ziel, seelisch und körperlich zu gesunden und ein suchtmittelfreies Leben zu führen. Sie gehören nun für die nächsten Wochen einer Gemeinschaft an, die an dem selben Ziel arbeitet.

Es ist daher wichtig, daß Sie die folgenden Grundsätze beachten: Sie tragen für sich die Verantwortung. Sie sind Teil der Gemeinschaft, somit auch für das allgemeine Klima in der Einrichtung verantwortlich. Sie arbeiten aktiv am Therapieprogramm mit. Zu ihrer Unterstützung stehen Ihnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauses für die Zeit der Behandlung zur Seite.

Der Umgang mit **Alkohol, Drogen** und **psychisch wirksamen Medikamenten (sofern nicht ärztlich verordnet)** ist innerhalb und außerhalb der Einrichtung selbstverständlich unzulässig. Einnahme, Beschaffung und Weitergabe aller genannten Stoffe können zur Entlassung führen.

Atemluft- und Urinkontrollen sowie Zimmerkontrollen sind deshalb für die Sicherung eines suchtmittelfreien Klinikbetriebs jederzeit möglich.

Der **Wochenplan** der Gruppen, einschließlich der jeweiligen notwendigen Haus- und Ordnungsdienste sind für jeden Patienten verpflichtend.

Behandeln Sie das Inventar der Einrichtung **schonend und pfleglich** und zeigen Sie Schäden sofort an. Ihr Zimmer reinigen Sie selbst. Das Anbringen von persönlichen Gegenständen an den Wänden bedarf der vorherigen Absprache mit der Hauswirtschaftsleiterin.

Rauchen ist auf den Zimmern und generell in den Gebäuden, im Waldgelände und am Schwimmbad nicht gestattet. Es stehen Raucherräume und Raucherecken zur Verfügung. Selbstverständlich fördern wir generell die Abstinenz von Nikotin.

Körperliche Auseinandersetzungen, sexuelle Belästigungen und die Androhung von Gewalt werden nicht geduldet und können unmittelbar zur Entlassung führen.

Für Wertsachen und Geldbeträge übernimmt die Einrichtung keine Haftung. Die im Wertfach verwahrten Gegenstände sind bis €150,00 versichert.

Fahrzeuge können für die Dauer Ihrer Behandlung nicht auf dem Personal- und Besucherparkplatz oder den Zufahrtstraßen abgestellt werden. Halten Sie sich bezüglich der Teilnahme am Straßenverkehr mit eigenem PKW während der Behandlung an die Vorgaben Ihres Kostenträgers, die dort zu erfragen sind.

Individuelle Therapieauflagen bzw. schützende einschränkende Maßnahmen sind jederzeit möglich.

Hausordnung und Regeln:

Rote Phase 3 Wochen (Kurzzeitpat. 2 Wochen)

Telefonate in den ersten 7 Tagen nur in Absprache mit Ihrem Therapeuten.

7 Tage kein Ausgang. Ab 8. Tag Ausgang zu den Einkaufszeiten möglich (in Begleitung eines „gelben/grünen“ Patienten) **wenn:**

bei Aufnahme kein Suchtmittel feststellbar u. keine Enzugssymptomatik gegeben ist.

Absprache mit Ihrem Therapeuten und dessen Unterschrift nötig.

Am dritten Wochenende 1. Besuch (Kurzzeitpat. 2. Wochenende)

Gelbe Phase 3 Wochen (Kurzzeitpat. 2 Wochen)

Einkaufszeiten: (nur nach Hanstedt, nicht z.B. Hamburg o.ä..)

Mo.-Fr.: 18.30-21.00, **Do.:** schon 16.30-21.00, **Samstag:** 9.00-12.00

Tagesausgang:

1 Ausgang, Samstag **oder** Sonntag: 7.00-22.00 Uhr

Besuchsmöglichkeit:

wochentags tägl. von 16.30 – 21.00, Samstag u. Sonntag von 13.00- 17.45

Wochenend-Besuchszeiten:

An den **Wochenenden** ist zu den Besuchszeiten Ausgang möglich (nur bis Hanstedt)

Grüne Phase ab 7. Woche (Kurzzeitpat. ab 5. Woche)

Tagesausgang:

Zwei Tagesausgänge am Wochenende möglich (Samstag **und** Sonntag), jeweils von 7.00 bis 22.00 Uhr

Ab 7. Woche bis Therapieende insgesamt 5 wählbare Übernachtungsmöglichkeiten (Kurzzeitpat. ab 5. Woche insgesamt 2 wählbare Übernachtungsmöglichkeiten) am Wochenende von Samstag auf Sonntag. Belastungstage nach Absprache.

Allgemein:

Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen im Hause ist verpflichtend (mindestens 6x).

Angemessene Bekleidung, insbesondere in Speise- und Gruppenräumen, wird erwartet.

Fernsehen: Fr. und Sa. -24⁰⁰ Uhr

So bis Do -22.30 Uhr

Handy's, private PC' s und Notebooks sind in der Zeit von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr nicht zu benutzen und mitzuführen.

Teilnahme an den Mahlzeiten (außer: Do. abends, Frühstück Sa.+So.) ist verpflichtend.

Nachtruhe ab 24⁰⁰Uhr. Die Häuser werden um 22.30 abgeschlossen.

Das Trinken von Kaffee und Tee ist nur zu den Mahlzeiten im Speisesaal und zu den Cafeteria-Öffnungszeiten in der Cafeteria erlaubt!

