



*therapie
hilfe
e. v.*



Kurzkonzept

RehaCentrum Alt-Osterholz

Fachklinik für Suchterkrankungen Bremen

Version 1.0, Stand Juli 2013

Konzeptarbeitsgruppe

Eva Carneiro Alves (Dipl. Psychologin, STEPS Therapiezentrum Bremen gGmbH),
Gerhard Piehn (Facharzt für Psychiatrie, STEPS Therapiezentrum Bremen gGmbH),
Petra Schmitz (Dipl. Psychologin, Therapiehilfe Bremen gGmbH),
Peter Vent (Dipl. Psychologe, Klinikum Bremen-Ost)

Federführung:

Thomas Hempel (Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbereiche: Sozialmedizin, Psychotherapie, Geschäftsführender Vorstand *therapiehilfe e.v.*, ärztliche Gesamtleitung *therapiehilfe e.v.*)

Redaktion:

Dieter Adamski (Geschäftsführender Vorstand, *therapiehilfe e.v.*).
Karin Harries Hedder (Geschäftsführender Vorstand *therapiehilfe e.v.*, therapeutische Gesamtleitung *therapiehilfe e.v.*)

Überarbeitet durch:

Petra Meyer (Psychologische Psychotherapeutin, Therapiehilfe Bremen gGmbH)
Thomas Hempel (Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbereiche: Sozialmedizin, Psychotherapie, Geschäftsführender Vorstand *therapiehilfe e.v.*, ärztliche Gesamtleitung *therapiehilfe e.v.*)

Unser besonderer Dank geht an Frau Gerdes, Frau Dr. Hessel, Frau Lammers, Herrn Siebert und Herrn Dr. Piehn von der DRV Oldenburg-Bremen für die sachkundige und kritische Begleitung bei der Konzeptentwicklung.

Der Therapiehilfeverbund

therapiehilfe e.v.

Geschäftsstelle
Conventstraße 14
22089 Hamburg

Geschäftsführender Vorstand:
Dieter Adamski, Karin Harries-Hedder, Thomas Hempel

Amtsgericht Hamburg – VR 7496

Tel.: 040 – 2000 10 1200
Fax: 040 – 2000 10 1201
<http://www.therapiehilfe.de>

therapiehilfe bremen gGmbH

Geschäftsstelle
Johann-Kühn-Str.1
28237 Bremen

Geschäftsführer:
Dieter Adamski, Thomas Hempel

Amtsgericht Bremen – HRB
21482

Tel: 0421 – 800780
Fax: 0421 – 78767
<http://www.therapiehilfe-bremen.de>

Rehabilitation und Arbeit gGmbH

Geschäftsstelle
Johann-Kühn-Str.1
28237 Bremen

Geschäftsführer:
Dieter Adamski, Thomas Hempel

Amtsgericht Bremen – HRB
26076 HB

Tel: 0421 – 2401110
Fax: 0421 – 2401111
<http://www.therapiehilfe.de>

Hohehorst gGmbH

Geschäftsstelle
Hauptstraße 1
28790 Schwanewede

Geschäftsführerin:
Janina Tessloff

Amtsgericht Bremen – HRB 1392

Tel.: 0421 – 69 28 7-0
Fax: 0421 – 62 11 02
<http://www.hohehorst.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Kurzinformation	4
2	Einleitung	6
3	Träger und Vernetzung	6
4	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	7
5	Rehabilitationskonzept	11
5.1	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	11
5.2	Rehabilitationsziele	12
5.3	Rehabilitationsdauer	12
5.4	Rehabilitationsprogramm	13
5.5	Überblick über das Behandlungsangebot	18
5.5.1	Medizinische Behandlung	18
5.5.2	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	19
5.5.3	Arbeitsbezogene Interventionen	21
5.5.4	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	22
5.5.5	Freizeitangebote	22
5.5.6	Sozialdienst	23
5.5.7	Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung	23
5.5.8	Angehörigenarbeit	24
5.5.9	Rückfallmanagement	24
5.5.10	Gesundheits- und Krankenpflege	25
5.5.11	Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	25
	Quellenverzeichnis	26

Wir bitten um Nachsicht, dass wir für Begriffe, wie "Patient" und "Mitarbeiter" die männliche Formulierung gewählt haben, obwohl beide Geschlechter gemeint sind. Es gibt zurzeit keinen überzeugenden Weg, hier ohne Verrenkungen beide Geschlechter zu benennen. Wir möchten betonen, dass damit keine diskriminierende Absicht verbunden ist.

1 Kurzinformation

Träger:

therapiehilfe e.v.

Rehabilitationsindikationen:

Behandlung von erwachsenen Männern und Frauen mit einer Alkohol-, Medikamenten- und/oder Drogenabhängigkeit

Kosten- und Leistungsträger:

Federführender Leistungsträger ist die DRV Oldenburg/ Bremen, das RehaCentrum wird von allen Rentenversicherungsträgern und Krankenkassen sowie Sozialhilfeträgern belegt.

Aufnahmevoraussetzungen:

- Volljährigkeit
- Freiwilligkeit
- Körperliche und psychische Rehabilitationsfähigkeit (ausreichende Mitwirkungsfähigkeit)
- Hinreichende Behandlungs- und Abstinenzmotivation (ausreichende Mitwirkungsbereitschaft)
- Positive Rehabilitationsprognose
- Regulär abgeschlossene Entgiftungsbehandlung (falls erforderlich)
- Gültige Kostenübernahme
- Gültige Aufenthaltsgenehmigung

Rehabilitationsansätze:

Integrierter Ansatz, Allokation und Durchführung der therapeutischen Maßnahmen auf Grundlage des Konzepts der funktionalen Gesundheit nach dem ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Maßgebend für die Behandlungsdauer und -bedarfe sind die Beeinträchtigungen, die infolge der Suchterkrankungen und den damit verbundenen komorbiden Erkrankungen auf allen Ebenen der ICF eingetreten sind, sowie die vorhandenen hemmenden und fördernden Kontextfaktoren. Vorteil: Die Festlegung der Behandlungsbedarfe und -zeiten erfolgen nicht mehr ausschließlich auf der Grundlage einer ICD-10 Diagnose (das/die Suchtmittel und dessen/deren Gebrauchsmuster). Dieses Vorgehen entspricht dem biopsychosozialen Modell vom Menschen sowie den multifaktoriellen Entstehungsbedingungen einer Suchterkrankung.

Methodenintegrativ ausgerichtetes praktisch-therapeutisches Vorgehen

Neuropsychotherapie nach Grawe (1998), Ressourcenorientierung

Rehabilitationsziele:

- Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben
- Wiederherstellung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- Abstinenz
- autonome Lebensgestaltung mit einer angemessenen Freizeitgestaltung
- Selbsthilfebezug
- (Wieder-)Herstellung von nachhaltigen funktionalen Beziehungen

Rehabilitationsdauer:

Die Rehabilitationsdauer entspricht den aktuellen Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung. In Abstimmung mit dieser erfolgt die Allokation der Behandlungsdauern auf der Grundlage einer ICF-basierten Diagnostik in

Schweregrad 1 (Kurzzeit-Behandlung):	8-12 Wochen
Schweregrad 2 (Mittelfristige Behandlung):	12-16 Wochen
Schweregrad 3 (Langfristige Behandlung):	19-22 Wochen

Rehabilitationsplätze:

Stationär:	80 Plätze
Ganztägig ambulant:	20 Plätze (eigenständiger Bereich der Tagesklinik CHANGE! Bremen)

Therapeutische Mitarbeiter:

Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen mit DRV-anerkannter Zusatzausbildung für den Suchtbereich, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte, Kunst-, Ergo-, Arbeits-, Sporttherapeuten und Ökotrophologen.

Besonderheiten:

- Suchtmittelübergreifende Behandlung mit Einteilung nach Schweregraden
- Kombi-Nord-Behandlungen
- Anerkennung zur Durchführung von Behandlungen nach §35, 36 BtMG
- Behandlung von Paaren
- Aufnahme von Begleitkindern
- Behandlung unter Substitution mit vorhandener Abstinenzmotivation

2 Einleitung

Das RehaCentrum ist ein Projekt des *therapiehilfe e.v.* zur integrativen medizinischen Rehabilitation von Alkohol-/Medikamenten- und Drogenabhängigen.

Integrativ meint hierbei eine Zusammenfassung spezifischer Rehabilitandengruppen nach den Kriterien der „funktionalen Gesundheit“ im Sinne von ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, 2004). Die Bezugsgruppenzuordnung unserer Rehabilitanden soll nicht mehr ausschließlich nach Art des Suchtmittels und dessen Gebrauchsmustern, sondern nach einer Schweregrad-Einteilung, auf der Basis einer ICF-gestützten Diagnostik und unter der Berücksichtigung der Ergebnisse des RMK Projekts (= Rehabilitanden-Management-Kategorien) der DRV Bund erfolgen.

Eine derart an den Kriterien des ICF orientierte Differenzierung der suchtkranken Klientel stellt einen neuen Ansatz in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Deutschland dar.

Der *therapiehilfe e.v.* und die regionalen Tochtergesellschaften Therapiehilfe Bremen gGmbH und Rehabilitation und Arbeit gGmbH können auf positive Erfahrung bezüglich der integrierten Behandlung von Patienten in Rehabilitationseinrichtungen zurückgreifen. Seit 2004 wird durch die Therapiehilfe Bremen gGmbH (seit 2010 durch die Rehabilitation und Arbeit gGmbH - Externe Adaption - Am Wall) eine externe Adaptionseinrichtung in Bremen betrieben, in deren Behandlungsrahmen eine integrierte Behandlung stattfindet. In der dortigen Arbeit zeigte sich, dass beide Patientengruppen gut von dem integrierten therapeutischen Angebot zur beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung profitieren können. Dies hat sich in der ganztägig ambulanten Rehabilitation CHANGE! Bremen (seit Mai 2012 bestehend) bestätigt.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz will diese guten Erfahrungen im Bereich der Adaption und der Tagesklinik schrittweise auf den Kernbereich der stationären Entwöhnungstherapie ausweiten.

Der Standort des RehaCentrums Alt-Osterholz im Stadtteil Osterholz Tenever /Bremen in guter Anbindung zum Klinikum Bremen-Ost ermöglicht die Nutzung der Ressourcen dieses Krankenhauses der Maximalversorgung im Rahmen von Kooperationsvereinbarungen sowie – durch die Wohnortnähe – eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten in Bremen und „umzu“, anderen Einrichtungen der akutmedizinischen und komplementären Versorgung, den Trägern der sozialen Fürsorge sowie denjenigen Institutionen vor Ort, die für die weitere berufliche Rehabilitation und Wiedereingliederung unserer abhängigkeitskranken Klientel zuständig sind.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz ist sowohl unter fachlich-therapeutischen als auch unter ökonomisch-organisatorischen ein innovativer Entwurf, der zur effizienten medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen im regionalen Bezug beitragen wird.

Die Behandlungen erfolgen nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V und § 5 SGB IX.

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder dem Leben in der Gemeinschaft zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind.

3 Träger und Vernetzung

Der Träger des RehaCentrums, *therapiehilfe e.v.*, arbeitet seit über 40 Jahren schwerpunktmäßig mit suchtmittelabhängigen Menschen in Hamburg, Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Bremen. Er bietet eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten an: Prävention, Beratung, Substitutionsbehandlungen, Entgiftungsbehandlungen, ambulante, ganztägig ambulante und stationäre Rehabilitation, Adaptionsbehandlungen, betreutes Wohnen und arbeitsweltbezogene Projekte sowie vielfältige Nachsorgeangebote. Der *therapiehilfe e.v.* hat innovativ neue Bereiche entwickelt und fachliche Stan-

dards gesetzt, wie zum Beispiel in der Substitutionsbehandlung, der unterstützenden Behandlung mit Akupunktur (NADA Protokoll), der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder der ambulanten Therapie und der Implementierung neuropsychotherapeutischer Methoden (Grawe 2004) in bestehende humanistische Methoden.

Das Ziel der Arbeit ist es, suchtmittelabhängigen Menschen Hoffnung auf Veränderungsmöglichkeiten ihrer Lebenssituation zu geben. Wir wollen mit unseren Patienten neue Lebensperspektiven entwickeln, um einen dauerhaften Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen. In der Arbeit des *therapiehilfe e.v.* steht der Mensch stets im Mittelpunkt. Es wird mit ihm gemeinsam ein individueller, auf seine Stärken und Möglichkeiten abgestimmter Behandlungsplan entwickelt. Die methodisch vielfältigen psycho- und sozialtherapeutischen Ausbildungen der Mitarbeiter geben der Betreuung einen hohen fachlichen Standard. Durch eine differenzierte Palette von Angeboten ist der Träger *therapiehilfe e.v.* ein stark vernetztes, patientenorientiertes System. Die sich ergänzenden Angebote ermöglichen flexible und bedarfsgerechte Lösungen für die individuelle Lebenslage der Patienten. *therapiehilfe e.v.* wendet zur Qualitätssicherung das Modell „European Foundation for Quality Management (EFQM)“ und das Qualitätsmanagementsystem in der Suchttherapie des buss „deQus“ an.

Die regionale Organisation wird in enger Vernetzung mit den regionalen Tochtergesellschaften des *therapiehilfe e.v.* erfolgen. Weiterhin ist das RehaCentrum in den Therapiehilfeverbund des Trägers mit den Fachkliniken DO IT, Bokholt; Peers Hoop, der Ambulanten Ganztägigen Behandlung – CHANGE! (Hamburg und Bremen), der Externen Adaption Bremen etc. eingebunden. Darüber hinaus bestehen enge Kooperationen mit den Beratungsstellen und den Angeboten der jeweiligen regionalen wohnortnahen Verbünde anderer Leistungserbringer, z.B. im Rahmen von Kombi Nord Behandlungen.

4 Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Das RehaCentrum Alt-Osterholz wird voraussichtlich Mitte 2014 in Betrieb genommen.

Es bietet 80 stationäre Behandlungsplätze und 20 ganztägige ambulante Behandlungsplätze für Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr aus dem Land Bremen und aus anderen Bundesländern in eigenständigen Behandlungsbereichen an. Auf der Grundlage eines tiefenpsychologisch fundierten, beziehungsorientierten Therapieansatzes werden Bezugs-Kleingruppen mit – je nach Schwere der Störung – 8 bis 12 Patienten vorgehalten, die durch umfangreiche, bezugsgruppenübergreifende indikative Behandlungsbausteine ergänzt werden. In allen Behandlungsgruppen arbeiten die therapeutischen Binnen-Teams nach einem Bezugs-Kleingruppenmodell.

Das vorliegende Kurzkonzept bezieht sich auf die stationären Behandlungsangebote. Die ganztägig ambulante Behandlung erfolgt in einem eigenständigen Kerntherapiebereich nach dem durch die DRV-Bund und DRV Oldenburg-Bremen anerkannten Konzept „CHANGE! Bremen“.

Aufgrund der räumliche Anbindung des ganztägig ambulanten Behandlungsbereiches können die dort behandelten Patienten an den stationären Behandlungsangebote unserer Fachklinik partizipieren (z. B. im Bereich der beruflichen Förderung, der Rückfallprävention, Nutzung von spezifischen indikativen Gruppenangeboten, der Angehörigenarbeit und bei speziellen Angeboten der Arbeits- und Ergotherapie). Durch die Integration der ganztägig ambulanten und der stationären Entwöhnung unter einem organisatorischen Dach wird die Schnittstellenproblematik beim Wechsel der Behandlungsform auf ein Minimum reduziert werden.

Das Suchthilfesystem in Deutschland ist immer mehr mit substanzabhängigen Menschen konfrontiert, die nicht mehr in die tradierten Schablonen hineinpassen, z. B. mit monoabhängigen Kokainkonsumenten fortgeschrittenen Alters, die durchaus beruflich integriert sein können und über ein soziales Umfeld außerhalb der „Szene“ verfügen (DHS, 2006) oder mit jüngeren Alkoholkranken, die neben dem Alkohol regelmäßig illegale Drogen konsumieren und hochgradig kriminelles bzw.

antisoziales Verhalten aufweisen (Typ II-Alkoholabhängiger nach Cloniger et al., 1996; Typ B-Alkoholiker nach Babor et al., 1992).

Auf Grund dieser neuen Konsummuster und der zunehmenden Heterogenität der suchtkranken Klientel wird im RehaCentrum Alt-Osterholz für die Bezugsgruppenzuordnung der Patienten eine Schweregradeinteilung (unter der Berücksichtigung der Ergebnisse des RMK Projekts der DRV Bund) und eine ICF-basierte Diagnostik praktiziert. Nach ICF wird die „funktionale Gesundheit (functioning)“ neben den spezifischen Charakteristika der Suchterkrankung über folgende, in Wechselwirkung zueinander stehende Faktoren definiert:

- Das psychische und körperliche Funktionsniveau (inkl. struktureller Defizite auf beiden Ebenen)
- Beeinträchtigungen im Bereich der „Aktivitäten“ (im Zusammenhang mit Schule, Ausbildung, Erwerbsleben, bei Alltagstätigkeiten, bei der Kommunikation und interpersonellen Aktivitäten, bei der Nutzung medizinischer, sozialer und kultureller Angebote)
- Das Ausmaß von Einschränkungen bei der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen (an sozialen Beziehungen, am Erwerbsleben, an Wohnen und Unterkunft, an Erholung, Freizeit und Kultur sowie am wirtschaftlichen Leben)
- Die personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren (die Kontextfaktoren stellen den gesamten Lebenshintergrund einer Person dar, also alle umwelt- und personenbezogenen Faktoren, die Einfluss auf die Funktionsfähigkeit bzw. funktionale Gesundheit des betreffenden Menschen haben können)

Durch die allgemeinverständliche Sprache des ICF können Betroffene und ggf. auch Angehörige besser in die Therapie eingebunden werden. Die Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Therapieplanung erhöht deren Bereitschaft zur Mitwirkung und Gestaltung der Entwöhnungsmaßnahme und verbessert somit auch die Qualität des Rehabilitationsergebnisses (BAR, 2006). Auch die Zusammenarbeit im interdisziplinären Rehabilitationsteam und die Kommunikation zwischen den Vertretern der unterschiedlichen Behandlungssektoren (stationär – ambulant) wird durch die Therapieschulen übergreifende ICF-Begrifflichkeit erleichtert, z. B. bei der Schnittstellenproblematik im Rahmen der Kombi-Nord Behandlungen.

Diese Schweregradgruppen umfassen jeweils mehrere Bezugsgruppen (von 8 bis maximal 12 Patienten) für das kerntherapeutische Rehabilitationsangebot (Bezugsgruppen- und Bezugseinzelpsychotherapie).

Den Schweregradeinteilungen entsprechend werden folgende Gruppen vorgehalten:

Schweregrad 1: Ein Behandlungsbereich für Patienten mit:

- Weitgehend erhaltener sozialer und beruflicher Integration
- Einer psychischen Grundproblematik auf integriertem bis mäßig integriertem Strukturniveau (OPD Achse IV)
- Keiner bzw. einem eher geringen Ausmaß an psychiatrischer/somatischer Komorbidität
- Einem relativ späten Beginn der Abhängigkeitserkrankung und/oder einer Monoabhängigkeit
- Rückfall-Auffangbehandlungen
- Stationären Behandlungsphasen im Rahmen von Kombinationstherapien (z. B. Kombi-Nord)

Die Behandlungsinhalte fokussieren hier mehr auf eine konflikt-/problemzentrierte Aufarbeitung des individuellen Bedingungsgefüges der Suchterkrankung unter Berücksichtigung der Beziehungs-, der sozialen und der beruflichen Ebene. Das Training basaler sozialer Kompetenzen sowie milieu- und arbeitstherapeutische Maßnahmen zur (erstmaligen) Herstellung gesellschaftlicher Integrations- und Erwerbsfähigkeit spielen in diesem Behandlungsbereich eine eher nachgeordnete Rolle.

Schweregrad 2: Ein Behandlungsbereich für Patienten mit:

- Beginnenden oder bereits manifesten Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich
- Arbeitslosigkeit
- Einem mäßig bis gering integrierten psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV)
- Komorbiden psychischen Störungen (Ängste, Depressionen, psychosomatische Problematik, Persönlichkeitsstörungen)
- Somatischen Sucht-Folgeerkrankungen

Dieser Behandlungsbereich orientiert sich von seinen therapeutischen Inhalten her an einem bereits schwerer erkrankten und nach ICF-Kriterien eingeschränkterem Klientel. Das konkrete therapeutische Vorgehen orientiert sich mehr an einer interaktionell-stützenden Grundhaltung, die Ich-strukturelle Nachreifungen und korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen ermöglicht. Neben der Bezugsgruppen- und Einzelpsychotherapie und den weiteren indikativen Angeboten nehmen unsere Angebote zur sozialen und beruflichen Förderung hier bereits einen wichtigen Raum ein.

Schweregrad 3: Ein Behandlungsbereich für Patienten mit:

- Langjähriger und/oder massiver sozialer und beruflicher Desintegration
- Einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung und/oder Polytoxikomanie
- Einem eher gering integrierten psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV)
- Multiplen psychischen/psychiatrischen Begleitstörungen
- Junger Altersstruktur, erheblichen Reifungsdefiziten und sozialer Verwahrlosung

In diesem Behandlungsbereich, der auf einen langfristigen therapeutischen Prozess hin angelegt ist, stehen – vom psychotherapeutischen Blickwinkel her – umfassendere Nachreifungsprozesse bei schweren Sozialisationsstörungen und ausgeprägten ich-strukturellen Defiziten im Vordergrund. Das therapeutische Vorgehen zielt über nachhaltige, interpersonell vermittelte Internalisierungsprozesse, ein basales Training sozialer Kompetenzen und die psychoedukative Vermittlung von Strategien zur Emotions-/Impulskontrolle auf die Stärkung/Nachentwicklung grundlegender Ich-Funktionen – z. B. der Selbst- und Beziehungsregulation – ab. Auf Grund der oftmals schweren Beeinträchtigungen im Bereich der Aktivitäten und Teilhabe spielen hier arbeits- und ergotherapeutische Behandlungsbausteine, unser Angebot zur gezielten beruflichen/sozialen Förderung und die Sozial- und Milieuthherapie eine zentrale Rolle.

Nicht nur bei der Zusammensetzung der psychotherapeutischen Bezugs-Kleingruppen sollen andere als rein substanzabhängige Kriterien eine tragende Rolle spielen, sondern auch bei der individuell orientierten Inanspruchnahme der indikativen Behandlungsbausteine. Gerade durch diese für alle Patienten vorgesehenen therapeutischen Angebote (Arbeits- und Ergotherapie, Maßnahmen zur beruflichen Förderung, Sport- und Bewegungstherapie, psychoedukative Angebote, geschlechtsspezifische Angebote etc.) sowie bei der gemeinsamen Nutzung der entsprechenden Räumlichkeiten wird der integrative Charakter unseres Behandlungskonzeptes deutlich. Neben den Synergieeffekten im therapeutischen Bereich und wirtschaftlich-organisatorischen Vorteilen fördert dieser integrative Ansatz unserer medizinischen Rehabilitation auch ein übergreifendes, „über den Tellerrand hinaus-schauendes“ Suchtverständnis auf Seiten der Rehabilitanden – und damit eine Aufweichung gängiger Vorurteile zwischen den beiden Patientengruppen.

Die integrative Behandlungsorganisation bildet sich auch im Bereich der extramuralen Vernetzung ab. So ist die Behandlung eines Großteils der Patienten wohnortnah konzipiert und sieht – wann immer möglich – eine intensive Einbeziehung des sozialen und beruflichen Umfeldes der Rehabilitanden vor. Darüber hinaus sind die Behandlungen in regionale Verbundsysteme (Kombi-Nord) integriert, die Kombinationstherapien mit einer engen Verschränkung von ambulanten, ganztägig ambulanten und stationären Behandlungsanteilen vorsehen.

Aufgrund der langjährigen guten Erfahrung in der Kooperation mit den Selbsthilfverbänden und -gruppen wird diese stringent durch das RehaCentrum Alt-Osterholz weitergeführt, ausgebaut und gefördert.

Räumliche und personelle Voraussetzungen

Die räumliche Ausstattung des RehaCentrums Alt-Osterholz entspricht den strukturellen Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (Stand 2010). Die Fachklinik liegt im Stadtteil Osterholz-Tenever am Oewerweg/Osterholzer Landstraße der Hansestadt Bremen (560 000 Einwohner) mit guter Anbindung zum Klinikum Bremen-Ost (Krankenhaus der Maximalversorgung). Die Klinikgebäude befinden sich auf einem abgeteilten Teil eines großen, denkmalgeschützten Parkgeländes. Auf diesem Gelände finden sich Sportstätten und kulturelle Veranstaltungsorte. Fußläufig sind umfangreiche Einkaufsmöglichkeiten zu erreichen. Das RehaCentrum ist mit öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln aus allen Stadtteilen Bremens und vom niedersächsischen Umland aus sowohl werktags wie an den Wochenenden gut zu erreichen. Selbst von entlegenen Stadtteilen Bremens aus beträgt die Fahrzeit unter einer Stunde.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz ist rauchfrei. Eine Barrierefreiheit gemäß den Vorschriften des SGB I und IX sowie dem Behindertengleichstellungsgesetz (BGG) ist gegeben. Allen Patienten stehen Einzelzimmer mit Nasszellen zur Verfügung. Die Einzelzimmer sind entsprechend der Anzahl der geplanten Bezugsgruppen auf 8 Wohnbereiche verteilt. Diese befinden sich im Neubaubereich (Haus A, B und C). Jeder dieser Bereiche verfügt über einen Aufenthaltsraum mit einer Teeküche. Weiterhin sind im Neubaubereich die Räume für die medizinische/krankenpflegerische Versorgung sowie Büro- und Besprechungsräume untergebracht. Im Altbaubereich (Haus D) befinden sich die weiteren Funktions- und Freizeiträume (Räume für Arbeitstherapie, Ergotherapie, Bewegung- und Sportangebote, Cafeteria, Internetzugänge für die Rehabilitanden, etc.). Im Haus D ist in einem räumlich getrennten Bereich der eigenständige ganztägig ambulante Bereich mit seinen Funktionsräumen untergebracht.

Die personelle Ausstattung des RehaCentrums Alt-Osterholz entspricht dem Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund, Stand 10/2010):

- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie
- Weitere in der Suchtarbeit qualifizierte Ärzte
- Diplom-Psychologen mit Approbation oder DRV-anerkannter Weiterbildung in Suchttherapie
- Diplom-Sozialpädagogen /-Arbeiter mit DRV-anerkannter Weiterbildung in Suchttherapie
- Examierte Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Ökotrophologe oder Diätassistent
- Kunsttherapeut
- Ergo- bzw. Arbeitstherapeuten
- Diplom- Sportlehrer bzw. Physiotherapeut
- Verwaltungskräfte
- Zusätzliche Kräfte für technischen Dienst, Reinigung und Service

5 Rehabilitationskonzept

5.1 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Voraussetzungen für die Aufnahme einer medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung sind:

- Volljährigkeit
- Freiwilligkeit
- Körperliche und psychische Rehabilitationsfähigkeit (ausreichende Mitwirkungsfähigkeit)
- Hinreichende Behandlungs- und Abstinenzmotivation (ausreichende Mitwirkungsbereitschaft)
- Positive Rehabilitationsprognose
- Regulär abgeschlossene Entgiftungsbehandlung, falls erforderlich
- Gültige Kostenübernahme
- Gültige Aufenthaltsgenehmigung

Ausländische Patienten sowie Patienten aus spezifischen Volksgruppen, wie z. B. Sinti oder Aussiedler aus den GUS-Staaten, sind in unserer Einrichtung willkommen. Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation in unserem Hause sind allerdings ausreichende deutsche Sprachkenntnisse (bei Bedarf kann in therapeutische Einrichtungen mit muttersprachlichem Angebot weitervermittelt werden).

Weitere therapeutische Angebote für spezifische Personenkreise:

- Paarbehandlungen
- Medizinische Rehabilitation bei einer gerichtlichen oder sonstigen Therapieauflage. Unsere Einrichtung hat eine Anerkennung zur Durchführung von Behandlungen nach §35, 36 BtMG
- Behandlung unter Substitution mit vorhandener Abstinenzmotivation

Folgende **Indikationsgruppen** (nach ICD-10, 10. Auflage der International Classification of Diseases and Related Health Problems) können im RehaCentrum Alt-Osterholz behandelt werden:

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F 10.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide (F 11.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide (F 12.2)
- Psychische u. Verhaltensstörungen d. Sedativa o. Hypnotika (F 13.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain (F 14.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Stimulanzien (F 15.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene (F 16.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Lösungsmittel (F 18.2)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch den Gebrauch multipler Substanzen (F 19.2)

Nebenindikationen

Entsprechend unserem therapeutischen-inhaltlichen Konzept, das Abhängigkeitsentwicklungen in einem engen Zusammenhang zu psychischen Beschwerden und Beziehungsstörungen sieht, werden in der Fachklinik Suchtkranke mit komorbider psychischer Symptomatik und multimorbiden somatischen Begleiterkrankungen behandelt. Daraus ergeben sich folgende rehabilitationsrelevante Nebenindikationen:

- Komorbide psychische Störungen, wie z. B. affektive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und aktuell nicht floride Psychosen
- Krankheiten des Nervensystems, z. B Polyneuropathie, symptomatische Epilepsie
- Krankheiten des Verdauungssystems

- Krankheiten des Atmungssystems
- Herz-Kreislauf-Krankheiten
- Krankheiten des Bewegungsapparates
- Verletzungsfolgen
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- Hepatitiden und HIV-Infektionen

Hierbei müssen die Mitwirkungsfähigkeit an der medizinischen Rehabilitation und eine positive Rehabilitationsprognose gewährleistet sein.

Kontraindikationen

Kontraindikationen für eine medizinische Rehabilitation im RehaCentrum Alt-Osterholz sind:

- Floride psychotische Erkrankungen
- Suizidalität
- Dissoziale Persönlichkeitsstörungen, die eine Integration in die therapeutische Gemeinschaft sowie eine Teilnahme am therapeutischen Alltag nachhaltig verhindern
- Schwere körperliche Behinderungen und/oder chronische Erkrankungen, die die Teilnahme an den therapeutischen Maßnahmen über einen längeren Zeitraum weitestgehend ausschließen sowie ein akutmedizinischer Behandlungsbedarf.
- Schwere Einschränkungen des Wahrnehmungsapparates, der kognitiven Fähigkeiten oder geistige Behinderungen, die die Einsicht in die Suchterkrankung und die Introspektionsfähigkeit des betreffenden Patienten erheblich beeinträchtigen.
- Unzureichende deutsche Sprachkenntnisse (eine Weitervermittlung in Einrichtungen mit muttersprachlichem therapeutischem Angebot ist möglich)

5.2 Rehabilitationsziele

Das zentrale Behandlungsziel unserer medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung/Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bzw. die dauerhafte berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung der Rehabilitanden. Voraussetzung hierfür ist eine dauerhafte und gefestigte Abstinenz von Suchtmitteln.

Da Suchterkrankungen oftmals mit Störungen auf der körperlichen und psychischen bzw. auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe einhergehen, verfolgen unsere Entwöhnungsbehandlungen auch weitergehende bzw. vertiefende Therapieziele. Diese beziehen sich vor allem auf die Behandlung von komorbiden oder der Suchterkrankung zu Grunde liegenden psychischen Störungen, auf die Heilung oder Linderung von körperlichen Folge-/Begleiterkrankungen der Abhängigkeit und auf Maßnahmen zur Veränderung bzw. Verbesserung der sozialen und/oder beruflichen Situation unserer Patienten. Daneben sind die Entwicklung von Krankheitseinsicht, die Förderung der Krankheitsverarbeitung und des Krankheitsverständnisses sowie die Planung von Maßnahmen zur Stabilisierung der erreichten Therapieziele von zentraler Bedeutung.

Das Gesamtziel unserer therapeutischen Bemühungen ist somit die psychisch und körperlich möglichst beschwerdefreie Persönlichkeit, die zu einer autonomen Lebensgestaltung und zur Teilhabe an Arbeit und gesellschaftlichem und sozialem Leben in der Lage ist.

5.3 Rehabilitationsdauer

Binnendifferenzierung und Behandlungsdauer

Im RehaCentrum Alt-Osterholz werden Entwöhnungsbehandlungen in eigenständigen Bereichen im ganztägig ambulanten (siehe hierzu Konzept, „CHANGE! Bremen“) und stationären Behandlungsetting – auch im Rahmen von Kombinationstherapien – angeboten. Im Einzelfall bemisst sich die Behandlungsdauer unserer Patienten nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (2010), wonach verschiedene Bewilligungszeiträume für Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit einerseits und Abhängigkeit von illegalen Drogen andererseits vorgesehen sind.

Unter Berücksichtigung des zu Beginn einer stationären medizinischen Rehabilitation in unserem Hause bewilligten Behandlungszeitraumes und unter Beachtung der individuellen Einschränkungen der funktionalen Gesundheit werden unsere Patienten zu Beginn ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung einem von insgesamt drei verschiedenen Behandlungsbereichen (Schweregrade) des RehaCentrums Alt-Osterholz zugeordnet. Die drei Behandlungsbereiche umfassen wiederum mehrere Bezugs-Kleingruppen (siehe 4. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung).

Nach der Zuordnung unserer Patienten zu einem der Behandlungsbereiche wird nach der Auswertung der Eingangsdiagnostik und weiterhin im Rahmen der Verlaufsdiagnostik kontinuierlich überprüft, ob der initial gewählte Behandlungsbereich und die zunächst bewilligten Behandlungszeiten dem individuellen Rehabilitationsbedarf gerecht werden. Ist die Verlängerung der Behandlungszeit oder ein Wechsel in einen anderen Behandlungsbereich unserer Einrichtung nötig, werden ein inhaltlich begründeter Verlängerungsantrag bzw. ein Antrag auf Wechsel des Behandlungsbereiches an den zuständigen Leistungsträger gestellt.

Dem individuellen Behandlungsbedarf unserer Patienten entsprechend, kann auch während der medizinischen Rehabilitation zwischen dem ganztägig ambulanten und dem stationären Modus gewechselt werden (in Abstimmung mit dem zuständigen Leistungsträger oder im Rahmen von Kombi Nord Behandlungen). Hierdurch wird eine weitgehende Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation unserer Patienten erreicht. Im Anschluss an unsere stationären Entwöhnungsmaßnahmen sind ambulante Nachsorgemaßnahmen oder ambulante Weiterbehandlungen in den kooperierenden Beratungsstellen der Region und auch überregional möglich.

Kombinationstherapie

Neben den in sich abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahmen im stationären Behandlungssetting bietet das RehaCentrum Alt-Osterholz Kombinationsentwöhnungstherapien mit nahtlosen, indikationsgeleiteten Übergängen zwischen der ambulanten, der ganztägig ambulanten und der stationären Behandlungsform an. Im Bereich der ambulanten Rehabilitation wird hierbei eng mit der ADHB, den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen/Ambulanzen der Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord, der Sucht-Fachstelle der AWO in Bremerhaven, der Ge.on Team GmbH in Bremen sowie mit den Sucht-Fachstellen des niedersächsischen Umlandes kooperiert. Die Kombinationsbehandlungen erfolgen entweder nach den Vorgaben des Konzeptes Kombi-Nord (DRV Oldenburg/Bremen, DRV Nord, DRV Braunschweig/Hannover) oder dem Kombinationsmodell der DRV Bund.

5.4 Rehabilitationsprogramm

Allgemeiner Behandlungsansatz

Therapeutische Grundhaltung

Vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Orientierung fokussieren die therapeutischen Maßnahmen besonders auf die hinter dem Abhängigkeitssyndrom stehende Psychodynamik und die mit ihr verbundenen Beziehungsstörungen. Dabei berücksichtigen sie aber auch die jeweils individuelle „Lerngeschichte“ des Suchtsyndroms, seine körperlichen Folgen und die Auswirkungen der Abhängigkeitsentwicklung im sozialen und beruflichen Bereich. Im Zentrum unseres suchttherapeutischen Ansatzes stehen somit mehrere Interventionsebenen:

- Die Diagnostik und Psychotherapie seelischer Störungen, die der Abhängigkeitserkrankung zugrunde liegen oder komorbiden Charakter haben
- Symptombezogene, auf die intrapsychische Funktionalität und die individuelle „Lerngeschichte“ des Suchtmittels abzielende Maßnahmen
- Medizinische Diagnostik und Therapie von körperlichen Begleit- oder Folgeerkrankungen des Suchtsyndroms
- Alle applizierten therapeutischen Maßnahmen dienen zur Verbesserung oder zum Erhalt der familiären, sozialen und/oder erwerbsbezogenen Aktivitäten und Teilhabe

Das praktisch-therapeutische Vorgehen im Rahmen unserer medizinischen Rehabilitation ist vor dem Hintergrund unserer psychodynamischen Grundorientierung methodenintegrativ ausgerichtet. Je nach Qualifikation der Mitarbeiter kommen folgende Ansätze zum Tragen: Die psychoanalytisch interaktionelle Methode (sog. „Göttinger Modell“, Heigl-Evers & Ott, 2002), die integrative Therapie (Petzold, 1993), (Kognitive) Verhaltenstherapie (Vollmer & Krauth, 2000; Lindenmeyer, 1999), familien- und systemische Therapie (Minucchin, 1984, Berg & Miller, 1993), Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1973) und Psychodrama (Wöhrle, 1994). Die Basis der therapeutischen Arbeit wird dabei methodenübergreifend durch das authentische Kontakt- und Beziehungsangebot unserer therapeutischen Mitarbeiter gebildet. Diese begleiten den Rehabilitationsprozess des Einzelnen in akzeptierender, verständnisvoller und wenn nötig in konfrontierender Weise.

Die therapeutische Grundhaltung unserer Mitarbeiter korrespondiert insbesondere mit den Grundsätzen der „Motivierenden Gesprächsführung“, wie sie in den vergangenen beiden Jahrzehnten von Miller & Rollnick (2004) für Menschen mit Suchtproblemen entwickelt worden sind. Kern der Motivierenden Gesprächsführung ist eine auf direkte Konfrontation verzichtende, empathisch ausgerichtete sowie die Selbstwirksamkeitserwartungen der Patienten verstärkende Art der therapeutischen Intervention. Basierend auf der Annahme, dass jeder abhängigkeitskranke Mensch nicht nur das Verlangen nach dem Suchtmittel, sondern auch innere Zweifel („Diskrepanzen“) bezüglich seiner Suchterkrankung in sich trägt, werden über eine zwar direktive, aber Widerständen „umlenkend“ begegnenden therapeutischen Herangehensweise diese inneren Ambivalenzen des Suchtkranken verstärkt und für eine tragfähige Veränderungsmotivation genutzt.

Im Rahmen eines bezugstherapeutischen Ansatzes stehen unseren Rehabilitanden auf allen therapeutischen Interventionsebenen feste Bezugspersonen und Ansprechpartner zur Verfügung.

Neuropsychotherapeutische Aspekte

Unser tiefenpsychologisch fundierter und durch lerntheoretische sowie systemtheoretische Aspekte ergänzter Therapieansatz berücksichtigt die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung zu psychopathologischen und insbesondere suchtspezifischen Prozessen (Grawe, 2004; Schiepek, 2004). Die wichtigste Erkenntnis der modernen Hirnforschung scheint dabei zu sein, dass abhängige Verhaltensweisen, Substanzmissbrauch und auch andere psychische Symptome (Ängste, Depressionen etc.) an spezifische neuronale Verschaltungsmuster gekoppelt sind. Sie müssen, der neurobiologischen Forschung zufolge, als (dysfunktionale) somatopsychische Bewältigungsstrategien von chronischen inneren Spannungszuständen verstanden werden.

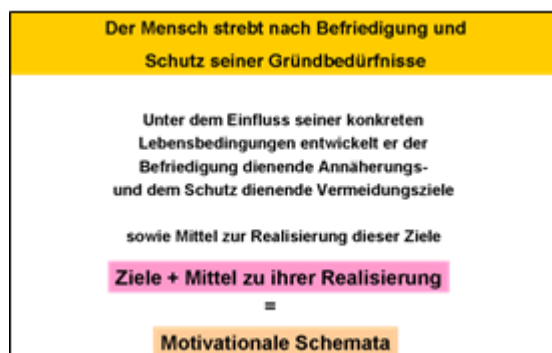
Die diesen Bewältigungsversuchen zugrunde liegenden inneren Spannungszustände werden von Grawe (2004) als lebensgeschichtlich erworbene „Inkonsistenzspannungen“ bezeichnet, die wiederum auf kumulierte, im interaktionellen Kontext entstandene Inkongruenzerfahrungen¹ bezüglich der Befriedigung der vier zentralen menschlichen Grundbedürfnisse zurückzuführen sind (Grawe, ebenda):

- 1. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle**
- 2. Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung**
- 3. Das Bindungsbedürfnis**
- 4. Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz**

Chronisch persistierende, oftmals bis in die frühe Kindheit zurückreichende Inkongruenzerlebnisse bei der Befriedigung dieser Grundbedürfnisse führen nach Grawe (2004) zu einem dauerhaft erhöhten Inkonsistenzniveau im psychischen Bereich, das sich – ebenso wie die hieraus resultierenden Bewältigungsstrategien (Süchte, Zwänge, Ängste etc.) – in neurophysiologisch verankerten Schemata niederschlägt. Auch Suchtverhalten ist nach diesem Verständnis ein neurobiologisch fassbares Vermeidungsschema im Sinne einer toxisch-artifiziellen Dämpfung chronischer Inkonsistenzspannungen. Suchtmittel wirken nämlich sowohl extrem verstärkend auf das dopaminerge Belohnungssystem

¹ Der Begriff „Inkongruenz“ lässt sich im von Grawe gebrauchten Sinne am besten mit „Nichtübereinstimmung“ des verspürten Grundbedürfnisses mit der subjektiv erlebten Realität beschreiben, „Inkonsistenzspannung“ beschreibt eher die affektiv-emotionale Seite der (chronisch) erlebten Inkongruenzerlebnisse (z. B. in Form von Bedürfnisspannungen oder Ängsten).

als auch dämpfend auf das angstvermittelnde Mandelkernsystem im Mittelhirnbereich. Die anhaltende Stimulation durch fortwährenden Suchtmittelkonsum begünstigt die Ausbildung und Bahnung von komplexen neuronalen Strukturen, die eine bleibend erhöhte Reaktionsbereitschaft (Langzeitpotenzierung) bedingen.



Diese neurophysiologisch verankerten Sucht-Schemata sind nach dem bisherigen Stand der wissenschaftlichen Forschung nicht löschar, sie können jedoch durch korrigierende, emotional geprägte Erfahrungen überlagert werden. Dies ist zumeist ein länger andauernder Prozess, denn die unbewusst ausgebildeten, durch die Suchtmittelwirkung verstärkten Konditionierungen graben sich sehr tief in emotionale Gedächtnisstrukturen ein und können durch nicht bewusst wahrgenommene Schlüsselreize am Bewusstsein vorbei handlungsleitend werden. Dies erklärt das häufige Fehlen einer bewusst erinnerbaren Handlungssteuerung in einer Rückfallsituation. In der Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit ist es daher von Bedeutung, die bewusste Handlungsfähigkeit und die emotionale Selbstregulationsfähigkeit des betroffenen Menschen zu stärken.

Die neurobiologische Forschung zeigt in diesem Zusammenhang auf, dass die „enorme Plastizität des Gehirns durch [psychosoziale] Umwelteinflüsse“ (Grawe, 2004, S.354) auch in psychotherapeutischen Prozessen genutzt werden kann.

Um diese Veränderung neuronaler Strukturen sukzessive erreichen zu können, schlägt Grawe (2004) eine Kombination von störungsspezifischen und „inkonsistenzbezogenen“ therapeutischen Maßnahmen vor. Das RehaCentrum Alt-Osterholz berücksichtigt diese und andere aus der neurobiologischen Forschung heraus resultierenden Vorschläge durch sein konsequent bezugstherapeutisches und beziehungsorientiertes Therapiekonzept (Ebene der Inkonsistenzbehandlung), das durch symptomzentrierte Maßnahmen ergänzt wird (störungsspezifische Ebene). Auf der Symptomebene wird hierbei versucht, das neurobiologisch verankerte „Suchtgedächtnis“ und mit ihm einhergehende Phänomene wie „cuereactivity“ und „craving“ (Böning, 2002) durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallpräventionstrainings und durch eine schrittweise, therapeutisch angeleitete Realitätsexposition (Wochenendurlaube, Erprobungsphase) zu überlagern. Dies geschieht im Sinne eines „Überlagerungs-/Umlernprozesses“, denn eine Löschung des Suchtgedächtnisses ist nach dem derzeitigen Stand der suchtmmedizinischen Forschung nicht möglich.



Bei der Behandlung der Grundstörung („Inkonsistenzbehandlung“ nach Grawe) setzt unser tiefenpsychologisch-beziehungszentrierter Therapieansatz vor allem bei den sog. unspezifischen Wirkfaktoren an. Intendiert wird hierbei „maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung“ (Grawe), wobei im therapeutisch-interaktionellen Kontext besonders die individuell variierenden Bedürfnisse nach Befriedigung der vier Grundbedürfnisse berücksichtigt werden (Orientierung und Kontrolle, Lustgewinn und Unlustvermeidung, Bindung, Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz). So findet das Grundbedürfnis nach Bindung seinen Ausdruck in einer kontinuierlichen Beratung, Begleitung und Therapie im Rahmen unseres Bezugstherapeutensystems, aber auch in der therapeutischen Förderung von verlässlichen Beziehungen innerhalb des gewohnten sozialen Netzwerkes der Patienten. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wird vor allem durch einen transparenten Behandlungsplan mit klaren Vereinbarungen zwischen Patient und Behandler befriedigt. Dem Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung wird durch eine freundlich-offene und akzeptierende, manchmal auch von Humor getragenen Atmosphäre entsprochen, aber auch durch regelmäßige Rückmeldungen des Therapeuten über persönliche Stärken und positive Entwicklungen seines Patienten (was „kleine Erfolgserlebnisse“ induziert). Erfolgserlebnisse im Rahmen des therapeutischen Prozesses – z. B. bei der Erreichung von Behandlungszielen, beim Aufbau neuer Freundschaften oder bei erfolgreichen Bewerbungen – sprechen auch das Bedürfnis unserer Rehabilitanden nach Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz an. Voraussetzung sind hierbei jedoch eine auf die persönlichen Möglichkeiten des Patienten zugeschnittene Zielorientierung und eine Behandlungsplanung, die eine intensive Mobilisierung bereits vorhandener Ressourcen vorsieht.

Generell soll unsere umfassende bezugstherapeutische Betreuung ermöglichen, dass die Patienten in der Fachklinik ihre medizinische Rehabilitation in einem emotional positiven, angstfreien Kontext erleben, der ihnen die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse nach Grawe (2004) ermöglicht und damit auch das für Veränderungsprozesse notwendige „Annäherungssystem“ (Grawe, ebenda) aktiviert. Andernfalls könnte das psychische System unserer Patienten auf Schutz, Abwehr und Vermeidung ausgerichtet werden, was die Hemmung von negativen Emotionen und den Aufbau neuer neuronaler Verschaltungsmuster erschweren würde (Grawe, ebenda).

Ressourcenorientierung

Ein wichtiges Element unserer therapeutischen Grundhaltung in der Rehabilitationsbehandlung ist die Ressourcenorientierung. Die Bewusst- und Verfügbarmachung von Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten des Patienten einerseits sowie seines sozialen Stützsystems andererseits hat nach Grawe (1998) eine Veränderung im Umgang mit seinen Problemen zur Folge und stellt einen der wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie dar. Die Ressourcen eines Menschen umfassen insbesondere seine physischen Möglichkeiten, seine emotionalen Kompetenzen, seine Fertigkeiten und Begabungen sowie seine Erfahrungen von Zielerreichungen oder Lösungs-Erfolgen in der Vergangenheit.

Durch das konsequente Aufspüren vorhandener Ressourcen und die Exploration bisher ungenutzter Potentiale werden Selbststeuerungsaktivitäten gefördert und positive Kontrollerfahrungen über den eigenen Zustand vermittelt.

In neurobiologischer Hinsicht ist eine Ressource ein positiv bewertetes neuronales Netzwerk, das mit der Erfüllung menschlicher Bindungs- und Kontrollbedürfnisse korrespondiert (Grawe, 2004). Durch solche bedürfnisbefriedigenden Wahrnehmungen werden positive Gefühle ausgelöst und die Annäherungsbereitschaft, z. B. für problematische Inhalte, gestärkt und Inkonsistenzspannungen verringert. Ein ressourcen-assoziiertes Zustand kann schon durch Vorstellungen und Imaginationen erreicht werden. Denn Visualisierungen aktivieren dieselben Gehirnzellen wie die vorgestellte Handlung selbst (Bauer, 2005).

Insgesamt gesehen beschreibt Ressourcenorientierung eine therapeutische Haltung, die die Förderung des Selbstmanagement und der Selbstkontrolle, die motivationale Zielorientierung, die Würdigung von Fähigkeiten und bisherigen Lösungsversuchen und die Förderung der Wahrnehmung von Momenten der Freude/Zufriedenheit umfasst. Dies bezieht auch die Nutzbarmachung von problematischen Verhaltensweisen, Gedanken und Konsum-Rückfällen zur Entwicklung von neuen Lösungsmustern

Förderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfe

Für die Umsetzung des übergeordneten Behandlungsauftrages unserer medizinischen Rehabilitation (Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, berufliche, gesellschaftliche Reintegration und Herstellung einer dauerhaften, gefestigten Abstinenz) spielt neben der Aktivierung von Selbsthilferessourcen auch die Übernahme von Eigenverantwortung auf Seiten unserer Patienten eine zentrale Rolle. Da viele unserer abhängigkeitskranken Rehabilitanden die Fähigkeit zur Selbstverantwortlichkeit und autonomen Lebensgestaltung durch die psychosozialen Folgen ihres Suchtprozesses zumindest partiell eingebüßt haben, kann auf diese Ressourcen oftmals nicht spontan zurückgegriffen werden. Die (Wieder-)Übernahme von Verantwortung für sich selbst und die eigenen sozialen/beruflichen Umstände stellt somit auf allen Interventionsebenen ein implizites Ziel unserer therapeutischen Bemühungen dar. Dies bedeutet zunächst, unsere Patienten ausführlich über ihre Abhängigkeitserkrankung und die von uns angebotenen Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, um sie so in die Auswahl der Behandlungsform und die Benennung der Therapieziele zu involvieren. Im konkreten therapeutischen Prozess werden dann in einem ersten Schritt nicht nur die Defizite, sondern auch die noch vorhandenen persönlichen Ressourcen und Selbsthilfepotenziale des jeweiligen Rehabilitanden diagnostiziert. Die hierauf aufbauende, individuell angepasste Behandlungsplanung soll schließlich eine therapeutische Entwicklung in die Wege leiten, die die „autonome Lebensgestaltung in freier persönlicher Entscheidung“ (DHS, 2000) zum Ziel hat.

Insbesondere in den ersten Monaten und Jahren der Abstinenz (manchmal auch lebenslang) ist jedoch bei vielen Abhängigkeitskranken eine fortgesetzte äußere Unterstützung in Form eines „guten, haltenden Objektes“ nötig (Rost, 1992). Hier stößt unsere professionelle Weiterbehandlung (Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation) an ihre Grenzen, was die Bedeutung der Selbsthilfegruppen für den Rehabilitationsprozess Suchtkranker unterstreicht. Die Rückfallforschung der letzten beiden Jahrzehnte konnte hierzu eindrucksvoll aufzeigen, dass der regelmäßige und längerfristige Besuch von Selbsthilfegruppen im Anschluss an eine stationäre Suchttherapie die Rückfallquote maßgeblich – bis nahezu 30 % – senken kann (Küfner et al., 1988).

Wir unterstützen daher die Integration in Selbsthilfegruppen auf mehreren Ebenen:

- Regelmäßige Vorstellung von Selbsthilfegruppen in unserer Fachklinik
- Besuch von Selbsthilfegruppen in Bremen und „umzu“. Im Sinne einer Therapieauflage sollen Selbsthilfe-Meetings schon während der laufenden Behandlung besucht werden (Alkohol- und Medikamentenbereich: 2 Meetings/Woche; Drogenbereich: 1 Meeting/Woche). Hierdurch können die Grundorientierungen und unterschiedlich gelebten Prinzipien der Selbstverantwortlichkeit bei den verschiedenen Selbsthilfevereinigungen kennen gelernt werden.

- Besuch von Selbsthilfegruppen am Heimatort während der Wochenendbeurlaubungen (wenn der Wohnort des Rehabilitanden weiter von Bremen entfernt liegt).

5.5 Überblick über das Behandlungsangebot

5.5.1 Medizinische Behandlung

Zu Beginn der Rehabilitationsmaßnahme wird eine ärztliche Aufnahmeuntersuchung zur Erhebung des somatischen und psychischen Befundes durchgeführt, weiterhin erfolgt eine sozialmedizinische Eingangsbeurteilung. Auf Grundlage dieser Informationen wird der medizinische Rehabilitationsplan festgelegt.

Während des stationären Aufenthaltes erfolgt die medizinische Betreuung in regelmäßigen Visiten und medizinischen Sprechstunden.

Akupunktur

Zu Beginn der Behandlung setzen wir zur Linderung von Beschwerden durch ein protrahiertes Entzugssymptom Ohrakupunktur nach dem NADA-Protokoll ein. Im weiteren Verlauf der Rehabilitation hilft diese Ohrakupunktur, um Craving und Spannungszustände zu mildern und Entspannung zu begünstigen. Wir nutzen die 5-Ohrpunkt-Akupunktur, die stoffunspezifisch wirkt. Akupunktur wird nur durchgeführt, wenn keine medizinischen oder psychiatrischen Gründe dagegen sprechen und der Patient der Maßnahme ausdrücklich zustimmt. Ausschlussgründe können Entzündungen oder besonders labile psychische Zustände sein.

Zwischen den Akupunktur-Gruppensitzungen auf den Stationen kann im Einzelfall – je nach Indikation und Bedarf – zusätzliche Ohrakupunktur im Einzelsetting erfolgen.

Substitutionsbehandlung

Das Angebot der begleitenden Substitution richtet sich in unserer Fachklinik an Patienten mit besonders hohem Abhängigkeits- und Problempotential, die für eine medizinische Rehabilitation nur unter der Voraussetzung einer – zeitlichen und dosisbezogenen Limitierung – Verabreichung eines Sucht-Ersatzstoffes erreichbar sind. In unserer Klinik wird die Substitutionsbehandlung daher als suchtmittelmedizinisch indizierte Medikation betrachtet. Zur Durchführung dieses speziellen Behandlungsangebotes stehen Ärzte und Pflegekräfte zur Verfügung, die in der Substitutionsbehandlung erfahren sind.

Primäres Ziel ist das Erreichen einer stabilen Abstinenz. Dies bedeutet, dass im Verlauf der Entwöhnungsbehandlung das Substitut schrittweise und in Absprache mit dem Patienten abdosiert wird, bis die Substitutionsbehandlung beendet ist. Im Einzelfall, d.h. nach fachärztlicher Indikation, kann die Substitutionsbehandlung aber auch durchgängig bis zum Therapieende beibehalten werden. Bei der konkreten Durchführung der Substitutionsbehandlungen sehen wir uns den in Anlage IV der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ beschriebenen Zielvorstellungen verpflichtet (vgl. Spitzenverbände 2001) und handeln nach den jeweils gültigen BUB-Richtlinien².

²Zielvorstellungen der Anlage IV:

1. Es gelten bei medizinischer Rehabilitation mit i. S. d. BUB-Richtlinien anerkannten Substitutionsmitteln im Wesentlichen die gleichen Bedingungen (bezüglich Zugang, Durchführung, Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation) wie bei nicht Substitutionsmittel-gestützter (drogenfreier) Rehabilitation.
2. Auch bei Substitutionsmittel-gestützten medizinischen Leistungen zur Rehabilitation ist Ziel, vollständige Abstinenz jeglicher Art von Drogen zu erreichen und zu erhalten. Das gilt auch in Bezug auf das Substitutionsmittel. Dessen Einsatz ist in diesem Sinne „übergangsweise“.
3. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker können nach ausreichender Vorbereitung und bei nachgewiesener Beikonsumfreiheit auch für Versicherte bewilligt werden, die zum Zeitpunkt des Beginns der Rehabilitation noch substituiert werden.
4. Im Einzelfall kann die Substitution auch nach Beendigung der Rehabilitation als Krankenbehandlung erforderlich sein; dies kann auch für solche Versicherte gelten, die die Rehabilitationsleistung vorzeitig beendet haben (Auffangsubstitution). In diesen Fällen kann die Krankenkasse nur dann die Kosten übernehmen, wenn die weitere Substitution im Rahmen der BUB-Richtlinien zulässig ist.

5.5.2 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe

Die Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe ist das Rückgrat unserer Psychotherapie. Sie nutzt die interpersonelle Situation der Kleingruppe gezielt für die Veränderung intrapsychischer Strukturen und maladaptiver Beziehungsmuster, aber auch für die Aufarbeitung intrapsychischer Konflikte. In der psychotherapeutischen Bezugsgruppe ist dies oftmals besser möglich als im einzeltherapeutischen Setting, weil der soziale Mikrokosmos der Gruppe die – beruflich, familiär und sozial entstandenen – Probleme der einzelnen Patienten mit höherer Wahrscheinlichkeit transparent werden lässt als die Zweierkonstellation der Einzeltherapie (Tschuschke, 2001). Dies ist auf den Umstand zurückzuführen, dass das multipersonale Feld der Kleingruppe in einem starken Ausmaß bewusste und unbewusste Re-Inszenierungen früherer Beziehungserfahrungen und die Externalisierung intrapsychischer Konfliktfelder qua Übertragung und Projektion fördert, was dann mit therapeutischer Unterstützung erkannt und bearbeitet werden kann. Die Patienten können dann im geschützten Rahmen der Gruppe emotional korrigierende Erfahrungen machen, neues Verhalten aufgrund von Einsicht, Verstehen oder Identifikationen ausprobieren und darüber hinaus auch Bekräftigung und Bestätigung für erste Veränderungsschritte erfahren (Yalom, 1996).

Einzeltherapeutische Sitzungen

Die Einzelpsychotherapie ist ein fester Bestandteil unseres Behandlungsangebotes. Zu Beginn einer Entwöhnungsmaßnahme in unserer Einrichtung werden in mehreren einzeltherapeutischen Sitzungen die Sozial- und Suchtanamnese erhoben sowie die psychosoziale Eingangsdiagnostik erstellt (entsprechend verkürzt bei Fokusbehandlungen im Rahmen von Kombinationstherapien). Hierauf aufbauend, werden im Rahmen dieser initialen Einzelsitzungen auch der zentrale Behandlungsfokus und die konkreten Therapieziele gemeinsam mit dem Patienten vereinbart. In regelmäßigen Bilanz-Einzelgesprächen während der laufenden Rehabilitation sowie in einem Abschlussgespräch am Ende der Entwöhnungsbehandlung werden schließlich der bisherige Verlauf der Therapie reflektiert und das weitere Vorgehen nach der Schwerpunkt- oder Fokusbehandlung besprochen.

Zusätzlich zu diesen Eingangs-, Bilanz- und Abschluss-Einzelgesprächen hat die Einzelpsychotherapie auch stützenden und vertiefenden Charakter. Flankierend zu unserer Gruppenpsychotherapie können hier spezifische Problemlagen oder Konflikte außerhalb der Bezugsgruppe geklärt und bestimmte – z. B. schambesetzte – Themenfelder angesprochen werden. Darüber hinaus dient das einzeltherapeutische Setting auch der gezielten Krisenintervention (z. B. bei drohenden oder bereits eingetretenen Rückfällen oder bei starken psychischen Spannungen).

Achtsamkeitsgruppe

Im Vordergrund der Achtsamkeitsgruppe steht weniger die Veränderung belastender Gefühle und Gedanken, sondern vielmehr deren – bewertungsfreie – Wahrnehmung. Seelisches Leiden und damit eine erhöhte Rückfallgefahr entsteht oft aus dem Wunsch heraus, unangenehme Zustände sofort beenden zu wollen (geringe Frustrationstoleranz). In dieser Gruppe soll über das Mittel der Achtsamkeit ein Bewusstsein und eine Akzeptanz für körperliche, emotionale und geistige Zustände entstehen, um diese besser in das eigene Selbst- und Weltbild integrieren zu können. Die Gruppe orientiert sich maßgeblich am Konzept „Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit“ (2011, Bowen, Chawla, Marlatt).

Indikative psychotherapeutische Gruppen

Training emotionaler Kompetenzen

Das Training von Kompetenzen zur Emotionsregulation, kurz Training emotionaler Kompetenzen (TEK, Berking, 2007), vermittelt Informationen, Übungen und Selbsterfahrung Fähigkeiten zur Kontrolle überschießender Erregungszustände, zur Annäherung an angenehme und unangenehme Gefühle, zur emotionalen Selbstwirksamkeitserwartung und zur mitfühlenden Selbstunterstützung.

Die Trainingseinheiten beziehen sich auf Entspannung (Muskelentspannung, Atementspannung), bewertungsfreie Wahrnehmung, Akzeptieren und Tolerieren von emotionalen Zuständen oder Gefühlen, Selbstunterstützung, Analyse und Regulation.

Stabilisierungsgruppe

In der Stabilisierungsgruppe werden Imaginationsübungen nach der Psychodynamisch Imaginativen Psychotherapie (Reddemann 2001, 2004) eingeübt. Imaginationen im Sinne von heilsamen inneren Bildern vermitteln eine zunehmende Kontrolle über die innere Welt, indem anstelle früherer bedrohlicher Szenarien positive Bilder mit speziellen Inhalten aktiv hergestellt werden (z. B. „der innere sichere Ort“, „der Baum“, „der innere Garten“). Die Imaginationen ermöglichen die Distanzierung von belastenden Ereignissen und Gefühlen. Sie dienen zudem der Selbstberuhigung und -tröstung sowie der Entwicklung von schützenden inneren Objekten.

Skillstraining

Unser Skillstraining orientiert sich am Fertigkeitstraining der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan, 1996a und 1996b). Es werden basale Fertigkeiten zur Verbesserung der Achtsamkeit gegenüber inneren Prozessen, zur besseren Bewältigung von Stress und Krisen und zur Verbesserung der Affektregulation erarbeitet bzw. eingeübt. Die Gruppe beginnt jeweils mit einer Achtsamkeitsübung, fährt fort mit dem Besprechen der Wochenübung und geht dann über zur Bestimmung weiterer individueller Wochenziele. Beendet werden die Sitzungen schließlich mit einem Ritual. Beim Durchlaufen des Skillstrainings kann sich jeder Patient einen persönlichen „Notfallkoffer“ für schwierige Situationen im Alltag erarbeiten.

Stressbewältigungsgruppe

In dieser Gruppe werden allgemeine und individuelle Stressoren in einem biopsychosozialen Stressmodell identifiziert und mögliche Veränderungen erarbeitet, ein Schwerpunkt wird hier auf der Analyse eigener und fremder Ansprüche liegen. Darüber hinaus geht es um das Erlernen kurzfristiger Erleichterungstechniken sowie langfristiger Stressreduktionstechniken (Veränderung dysfunktionaler Grundannahmen, ausgleichende Aktivitäten, Genusstraining, Problemlösefähigkeiten).

Soziales Kompetenztraining

In dieser Gruppe sollen zunächst dysfunktionale soziale Verhaltensweisen auf die zu Grunde liegenden Defizite (dysfunktionale Grundannahmen, fehlende Kenntnisse, mangelnde Diskriminationsfähigkeit) analysiert und vorhandene Ressourcen gesucht und verstärkt werden. In Rollenspielen kann altes Verhalten wahrgenommen und reflektiert, neues Verhalten in Standardsituationen und individuellen Problemsituationen in Rollenspielen erprobt werden.

Störungsspezifische Gruppen bei Angst/Phobie, Depressionen oder chronischem Schmerz

Diese verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gruppen sollen der Reduktion der komorbiden störungsspezifischen Symptomatik dienen, insbesondere wenn diese eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und/oder Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung spielt bzw. die Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben gefährdet. Sie beinhalten die Vermittlung störungsspezifischer Erklärungsmodelle, deren Integration in die je individuellen Störungsmodelle der Patienten bzgl. ihrer Abhängigkeit und die daraus resultierende Entwicklung von Bewältigungs- und Veränderungsstrategien.

Computergestütztes Hirnleistungstraining im Einzel- und Gruppensetting

Insbesondere bei unseren Patienten mit einer langjährigen Alkoholabhängigkeit können relativ häufig neurotoxisch bedingte Einschränkungen der kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit, Konzentrationsvermögen, Gedächtnisfunktionen) diagnostiziert werden, die über das Abklingen des (protrahierten) Entzugssyndroms hinweg persistieren. Unser computergestütztes Hirnleistungstraining COGPACK kann hier durch spezifische Test- und Übungsprogramme zu den Bereichen visuelle Motorik, Auffassung, Reaktionsvermögen, Vigilanz, Merkfähigkeit sowie sprachliche/intellektuelle Fähigkeiten einen wichtigen Beitrag zur Wiederherstellung/Verbesserung der kognitiven Funktionsfähigkeit leisten. Das Programm kann durch die fortlaufende Dokumentation der Lernfortschritte auch im Sinne einer Verlaufsdiagnostik genutzt werden.

Geschlechtsspezifische Gruppen

Die unterschiedliche psychische Entwicklung sowie die partiell verschiedene soziale Realität von Frauen und Männern spiegeln sich in den Genesen, Verläufen und Bewältigungsstrategien von Abhängigkeitserkrankungen wider. Geschlechtsspezifische therapeutische Angebote bieten hier einen Schutz- und Erlebensraum, der die Auseinandersetzung mit geschlechtsbezogenen Themen der Sucht und den daraus resultierenden Einschränkungen von Aktivitäten und Teilhabe erleichtert. Die Neigung zur Inszenierung von Weiblichkeit oder Männlichkeit wird hierdurch geringer und damit der Weg zu sonst tabuisierten Bereichen geebnet.

Sozialtherapie

In der Sozialtherapie unserer Einrichtung stehen sowohl die allgemeinen sozialen Kompetenzen unserer Patienten als auch spezifische Anforderungen, Problemstellungen und Konflikte ihres konkreten Lebensumfeldes im Vordergrund. Hierbei spielen insbesondere die Kontextfaktoren im Sinne von ICF eine Rolle. Ziel ist es, die entsprechenden Förderfaktoren zu stärken und evtl. vorhandene Barrieren zu beseitigen. In der praktisch-sozialtherapeutischen Umsetzung heißt dies, dass nicht nur auf die persönlichen Defizite, sondern vor allem auf die Ich-Stärken und Ressourcen unserer Patienten fokussiert wird.

5.5.3 Arbeitsbezogene Interventionen

Arbeits- und Ergotherapie

Die Arbeits- und Ergotherapie des RehaCentrums Alt-Osterholz stellt eine wichtige Ergänzung zu unserer psychodynamisch orientierten Psychotherapie im Sinne eines bifokalen Rehabilitationsansatzes dar (Lindner et al., 2001). Sie bietet die Möglichkeit, dass der Aspekt der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF nicht nur auf der psychotherapeutischen und beraterischen, sondern auch auf der praktisch-handlungsorientierten Ebene in den Rehabilitationsprozess einfließt.

Arbeitstherapie

Da ein Teil der Patienten unserer Fachklinik über eine brüchige Erwerbsbiographie verfügt oder seit längerer Zeit arbeitslos gewesen ist, ist es die zentrale Aufgabe der Arbeitstherapie im RehaCentrum Alt-Osterholz, diese Klientel schrittweise an die Anforderungen eines Arbeitsplatzes heranzuführen.

Die Arbeitstherapie der Fachklinik verfügt über folgende Bereiche:

- Holz- und Metallwerkstatt mit angeschlossener Möglichkeit zur Fahrradreparatur
- Gartenbereich
- Patientencafé
- Bibliothek
- Bürokommunikation/EDV
- Bewerbungstraining

Wenn im Anschluss an die stationäre medizinische Rehabilitation eine externe Adaptionsphase nicht angezeigt ist, erfolgt bei entsprechender Indikation eine Arbeitserprobung im nahen Umfeld des Zentrums.

Ergotherapie

Die Ergotherapie in der Fachklinik unterstützt die gesundheitliche Wiederherstellung und die berufliche/ soziale Reintegration unserer Patienten durch beschäftigungstherapeutische Methoden. In ihrer Handlungs- und Gegenstandsbezogenheit stellt sie – ebenso wie die Arbeitstherapie – eine wichtige Ergänzung für die verbal ausgerichteten Therapiebausteine unserer medizinischen Rehabilitation dar. Vorrangiges Ziel ist der Aufbau und die Förderung handlungsbezogener Ressourcen im geschützten und zeitlich limitierten Rahmen eines therapeutischen Gruppenangebotes (der gestaltende Aspekt unseres handlungsbezogenen Therapieangebotes wird eher in der Kunsttherapie vertieft, während das zeitlich umfassendere, realitätsorientierte Training von Arbeitsbasis-/Schlüsselqualifikationen im Rahmen der Arbeitstherapie stattfindet). Die einzelnen ergotherapeutischen

schen Maßnahmen verbessern die basalen instrumentellen Fähigkeiten und Fähigkeiten wie Konzentration, Ausdauer, Durchhaltevermögen etc. Sie beziehen aber auch sozio-emotionale Faktoren, wie z. B. die individuelle Wahrnehmungsfähigkeit, die allgemeine Kreativität, die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit und die soziale Kompetenz unserer Patienten ausdrücklich mit ein.

Erwerbsbezogene Problemlagen

Für Patienten mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen (mangelnde Ausbildung und Berufserfahrung, Arbeitslosigkeit, drohende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, Konflikte am Arbeitsplatz) werden spezifische Programmbausteine zur beruflichen Klärung und zur erwerbsbezogenen Reintegration vorgehalten. Hierbei kooperieren wir eng mit den gemeinsamen Servicestellen der BA und der DRV.

5.5.4 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Unsere Patienten weisen häufig somatische Folgeerkrankungen und neurotoxische Spätschäden ihrer Suchtmittelabhängigkeit auf. Diese äußern sich u. a. in Störungen des Körpererlebens, in Einschränkungen der Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit sowie in Defiziten diskreter Körperfunktionen. Daher wird ein umfangreiches bewegungstherapeutisches Angebot vorgehalten, das von einem Dipl.-Sportlehrer durchgeführt wird und die verbal orientierten Programmbausteine um die wichtige Dimension des Körperlichen ergänzt. Wegen der engen Verschränkung der somatischen, der emotionalen und der psychischen Beschwerden unserer Patienten bezieht unsere Sport- und Bewegungstherapie jedoch neben den körperlichen auch seelische und soziale Faktoren mit ein (ganzheitlicher Ansatz).

Krankengymnastische Schulung

Mangelndes körperliches Training in Verbindung mit Fehlernährung und Vernachlässigung notwendiger medizinischer Vorsorge bedingen bei einem Großteil unserer Patienten überzufällig häufig Schäden im Bereich des Halteapparates. Das Achsen skelett weist dann häufig nicht erkannte oder nicht behandelte Schädigungen auf. Muskuläre Dysbalancen, die chronische Schmerzsyndrome aufrechterhalten, sind ebenfalls bei einer Vielzahl unserer Patienten vorhanden.

Um einen adäquaten Umgang mit diesen Beeinträchtigungen zu ermöglichen, sind sowohl eine fachärztliche Diagnostik als auch eine fachorientierte Anleitung im Umgang mit diesen Einschränkungen notwendig. Hierdurch soll ein unnötig hoher Gebrauch von Schmerzmitteln vermieden und die Erwerbsfähigkeit von Seiten des Halteapparates aus verbessert werden. Die Schulungen haben einen hohen edukativen Anteil, damit die Übungen zur Verbesserung von Muskeltonus und Bewegungsabläufen auch nach der Rehabilitation weitergeführt werden können.

Physikalische Therapie/Physiotherapie

In Kooperation mit dem Behandlungszentrum „Physikalische und rehabilitative Medizin“ des Klinikums Bremen-Ost werden von unserer Fachklinik Behandlungsangebote zur physikalischen Therapie und Physiotherapie indikationsbezogen – gegebenenfalls nach vorheriger konsiliarischer Abklärung – vorgehalten.

Entspannungstraining

Die von uns durchgeführte Variante der Progressiven Muskelrelaxation (PMR) orientiert sich an dem Training von Bernstein & Borkovec (2002) und umfasst zunächst 16 Muskelgruppen. Im weiteren Verlauf des Trainings werden Kurzformen der PMR eingeübt (7 + 4 Muskelgruppen). Im Rahmen des Gesundheits-Infos erfolgt darüber hinaus in regelmäßigen Abständen eine Einführung in die Progressive Muskelrelaxation durch einen hierfür qualifizierten Mitarbeiter.

5.5.5 Freizeitangebote

Neben dem Sportangebot werden in der Fachklinik regelmäßig Gruppen zum Thema „Freizeitgestaltung“ angeboten. Fußläufig befinden sich in der Nähe der Klinik auf dem Gelände des Klinikums Bremen-Ost kulturelle Veranstaltungsorte wie z. B. das „Haus im Park“ oder das „Krankenhaus

Museum“. Hier werden Ausstellungen, Musikveranstaltungen, Vortragsreihen, etc. angeboten. Weiterhin befindet sich auf dem Parkgelände Freizeitportangebot, wie z. B. eine Finnbahn, die während der Freizeit von den Patienten genutzt werden kann. Darüber hinaus lädt das öffentlich zugängliche großzügig angelegte Parkgelände des Klinikums Bremen-Ost zu Spaziergängen ein. Alle Museen, die Kunsthalle Bremen, kulturelle Veranstaltungen und Freizeitangebote der Stadt Bremen sind mit Nahverkehrsmitteln und zu Fuß rasch erreichbar.

Gruppe zur Freizeitgestaltung

Die Zielsetzung dieser milieuthérapeutisch orientierten Gruppe liegt in der Verbesserung der persönlichen Kompetenzen bei der Planung, Strukturierung und eigenverantwortlichen Gestaltung der therapiefreien Zeiten bzw. der Belastungswochenenden. Hierbei sollen vor allem die Eigeninitiative und die Fähigkeit zur Selbstorganisation im Alltag gefördert werden. Darüber hinaus erfolgen Anregungen und Hilfestellungen bei der Aneignung suchtmittelfreier Freizeitaktivitäten (im Rahmen der Selbsthilfe-Gruppen, in Vereinen, im Freundeskreis, in Richtung sportlicher und kultureller Aktivitäten etc.).

Training der Aktivitäten des täglichen Lebens

In dieser alltagsorientierten Therapie sollen basale Tätigkeiten der Haushaltsführung (Pflege der Kleidung, des Wohnraums, Umgang mit Lebensmitteln, Mahlzeitenzubereitung) gelernt werden. Sie richtet sich insbesondere an Patienten, die über längere Zeit keinen eigenen Wohnraum bewohnt haben oder das Elternhaus noch nicht verlassen haben.

5.5.6 Sozialdienst

Zusätzlich zur Sozial- und Milieuthérapie wird in unserer Fachklinik 2 x in der Woche eine Sprechstunde von einem Sozialarbeiter angeboten, die nach Bedarf aufgesucht werden kann. Im Einzelfall können auch weitere Termine vereinbart werden. Hier können alle relevanten Fragen zur Existenzsicherung geklärt werden. Sollte über dieses Beratungsangebot hinaus weitere Anleitung und Unterstützung notwendig sein, wird diese vom zuständigen Bezugstherapeuten nach einer patientenzentrierten Übergabe durchgeführt bzw. organisiert. Falls eine Schuldenregulierung notwendig ist, wird an spezialisierte Beratungsstellen in Bremen oder am Herkunftsort verwiesen. Ergänzt wird der Sozialdienst durch eine Begleitung zu externen Terminen, wenn diese von den Patienten noch nicht alleine und sicher bewältigt werden können.

Neben der Sozial-Sprechstunde können 3 x in der Woche Bürozeiten genutzt werden, um wichtige Telefonate zu Behörden erledigen zu können. Hierbei können seitens des Teams auch Hilfestellungen bei wichtigen und ggf. angstbesetzten Telefonaten oder beim Ausfüllen von Formularen gegeben werden. Diese Bürozeiten dienen zusätzlich der Auszahlung von Eigenmitteln und Fahrtkostenerstattungen.

5.5.7 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung

Initiale Patientenschulung – Einführungsseminar

Während unsere Patienten von Anfang an am beziehungsorientierten Gruppen- und Einzeltherapieangebot ihrer Bezugsgruppe teilnehmen, erfolgt die Zuordnung zu unseren indikativen Angeboten erst nach Abschluss der Eingangsdiagnostik. Während dieser Zeit nehmen die Patienten gemeinsam mit den anderen Neuaufgenommenen an einem Einführungsseminar teil, das eine besondere Begleitung und initiale Patientenschulung zu den am Anfang einer Rehabilitation bedeutsamen Themenbereichen beinhaltet.

Gesundheitsinformationen und -schulungen

Über die ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen im engeren Sinne hinaus beinhaltet die medizinische Therapie in unserer Einrichtung eine umfassende Gesundheitsbildung und (sucht-)medizinische Information unserer Patienten. So werden Themen wie Hygiene, Körperpflege, gesunde Ernährung, Umgang mit komorbiden Erkrankungen und Lebensstilberatung nicht nur implizit im Rahmen unse-

rer Milieu- und Psychotherapie vermittelt, sondern auch über ein psychoedukatives Gruppenangebot zur Gesundheitsschulung.

Tabakentwöhnung

Die Verhaltenstherapie will neben der Vermittlung von Informationen über die Tabakabhängigkeit und motivierenden Gesprächen zur Stärkung des Abstinenzvorhabens auch Techniken vermitteln, die bei der Ersetzung des erlernten Rauchverhaltens und seiner subjektiven Funktionen durch ein anderes, adäquateres Verhalten hilfreich sein können. Abstinenzbegünstigende Maßnahmen und Selbstkontrolltechniken werden hierbei mit Verfahren zur Bewältigung von Risikosituationen und Rückfällen kombiniert.

Ernährungsberatung und -schulung

Bei dem Vorliegen von Suchtfolgeerkrankungen oder von somatischen, multimorbiden Erkrankungen (z. B. Pankreatitis, chronischer Hepatitis, Leberzirrhose, Diabetes mellitus, gestörtes Essverhalten, etc.) wird eine diätetische Beratung in Form einer Einzelberatung durchgeführt. Im Rahmen der Lehrküche wird allgemein auf gesunde Ernährung hingewiesen und die diätetische Beratung praktisch aufgegriffen.

5.5.8 Angehörigenarbeit

Aufgrund der der wohnortnahen Behandlung ist für einen Großteil unserer Rehabilitanden eine umfangreiche Einbeziehung der beruflichen, familiären und sozialen Lebensumstände in den therapeutischen Prozess möglich. Konkret werden im Rahmen unserer Paar- und Familiengespräche Partnerschaftskonflikte und/oder familiäre Problemkonstellationen geklärt bzw. bearbeitet. Hierbei geht es oftmals um co-abhängige Beziehungsstrukturen sowie um die zwischenmenschlichen Auswirkungen von jahrelangen Abhängigkeitsverläufen. Therapeutisches Ziel unserer Paar- und Familiengespräche ist es, zur Neudefinition suchtbedingter Rollenverteilungen anzuregen, was die Übernahme von Eigenverantwortung (auf Seiten des Suchtkranken) und die Aufgabe von Kontrolle (auf Seiten des Partners oder Angehörigen) beinhaltet. Weitere Themenfelder sind die (Wieder-)Entdeckung eines positiv gefärbten Umganges miteinander, die Möglichkeiten gemeinsamer Rückfallprophylaxe und die Vereinbarung eines „Notfallplanes“ für den Fall eines Rückfalls.

Über die punktuelle Gesprächs- und Beratungsebene hinaus besteht in der Fachklinik auch die Möglichkeit zur Mitaufnahme von nichtbehandlungsbedürftigen Begleitkindern.

5.5.9 Rückfallmanagement

Rückfälle werden aus unserem psychodynamischen Grundverständnis heraus als zeitweiliger Rückgriff auf den innerseelischen „Stabilisator Suchtmittel“ in einer psychosozialen Belastungssituation verstanden. Sie stellen in diesem Sinne eine Symptomverschlimmerung der Suchterkrankung dar, die nicht zur sofortigen Entlassung, sondern zu verstärkten diagnostischen und therapeutischen Bemühungen führt. Solange bei Rückfällen nicht die grundsätzliche Bereitschaft zur Abstinenz und zur Fortführung der Entwöhnungsbehandlung in Frage gestellt werden muss, werden sie im Rahmen unserer verschiedenen Behandlungsstränge als Lernprozess genutzt (Büchner, 2002). Zusätzlich zu dieser impliziten Thematisierung von Rückfallprophylaxe und Rückfallbewältigung im Rahmen der Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird für unsere Patienten aller Behandlungsstränge auch ein umfangreiches, kognitiv-verhaltens-therapeutisch orientiertes Rückfallpräventionstraining angeboten, das vor allem für diejenigen Patienten gedacht ist, deren Abstinenzentscheidung noch brüchig ist oder die verschiedene Substanzen konsumieren bzw. bereits mehrere Therapien absolviert haben.

Mit der Vermittlung eines enttabuisierten Rückfallmodells werden einerseits Rückfall-Prophylaxestrategien entwickelt, andererseits individuelle Wege gesucht, einen möglichen Rückfall sofort zu stoppen.

5.5.10 Gesundheits- und Krankenpflege

Die im RehaCentrum beschäftigten suchtmmedizinisch erfahrenen, examinierten Krankenpflegekräfte sind für die Umsetzung der ärztlichen Anordnungen und Verschreibungen, die Ausgabe der Medikamente, dem Anlegen von Verbänden sowie die Durchführung der notwendigen Kontrollen zur Sicherung der Suchtmittelfreiheit und deren Dokumentation zuständig. Weiterhin wirken die Krankenpflegekräfte bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen sowie dem Gesundheitstraining mit. Sie stellen in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende den Präsenzdienst in der Klinik dar und sind die unmittelbaren Ansprechpartner für die Patienten.

5.5.11 Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Mit fortschreitender Therapiedauer gewinnt die Wiedereingliederung unserer Patienten in soziale und berufliche Bezüge, die Wiederbelebung von sozialen Kontakten sowie die Vermittlung von weiterführenden sozialen oder psychotherapeutischen Hilfen immer mehr an Bedeutung.

Entsprechend der Erreichung der Therapieziele, der Ergebnisse der Fallbesprechungen und vor dem Hintergrund der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung erfolgt in enger Abstimmung mit dem Patienten sowie den Leistungserbringern die Festlegung eventuell weiterer Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen. Diese werden fristgerecht beantragt und eingeleitet (z.B. Adaptionsbehandlung, ambulante Weiterbehandlung, ambulante Nachsorge, betreutes Wohnen, Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben, etc.).

Ebenso gezielt wird die Integration in die Selbsthilfegruppen vor Ort gefördert.

Vorzeitige Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung erfolgt, wenn die Mitwirkungsfähigkeit oder die Mitwirkungsbereitschaft nicht mehr zu erkennen sind.

Quellenverzeichnis

- Babor, T.F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S., Rounsaville, B. Types of alcoholics, 1. evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch. gen. Psychiat.* 49 (1992 c), 599–608
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation BAR (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen*, Heft 12,
- Bauer, J. (2005). *Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Berg, I. K. & Miller, S. D. (1993). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Bernstein, D. & Borkovec, T. (2002). *Entspannungstraining. Handbuch der progressiven Muskelentspannung*. Stuttgart: Clett-Cotta.
- Berking, M. (2007). *Training emotionaler Kompetenzen, bislang unveröffentlichter Vortrag und Seminar für die therapiehilfe e.v.*
- Büchner, U. (2002). Rückfallbearbeitung - psychoanalytisch orientiert. *Sucht*, 48, 95-97.
- DHS – Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (2000). *Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe*. Positionspapier 2001. Hamm: Eigenverlag.
- DHS, Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2006). *Drogenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 4*. Internetveröffentlichung unter www.dhs.de.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.) 2002. *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode (4. Auflage)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Küfner, H., Feuerlein, W. & Huber, M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahres-Katamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Lindenmeyer, J. (1999). *Alkoholabhängigkeit (Fortschritte der Psychotherapie, Bd. 6)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lindner, J., Günther, U. & Dechert, B. (2001). Psychoanalytisch begründete Gruppenpsychotherapie in der psychosomatischen Rehabilitation. In V. Tschuschke (Hrsg.), *Praxis der Gruppenpsychotherapie (S.247-256)*. Stuttgart: Thieme.
- Linehan, M.M. (1996a). *Dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien.
- Linehan, M.M. (1996b). *Trainings-Manual zur Therapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien.
- Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Hrsg.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Petzold, H. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band III: Klinische Praxeologie*. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 11. Auflage 2005.
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT, Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, 3. Auflage 2005.
- Rogers, C. R. (1973). *Die klientbezogene Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.

Rost, W.-D. (1992). Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart: Klett-Cotta.

Tschuschke, V. (2001). Gruppenpsychotherapie - Vergleich mit der Einzelpsychotherapie. In V. Tschuschke (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie (S.8-11). Stuttgart: Thieme.

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001). Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.

Vollmer, H.C. & Krauth, J. (2000). Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen. In R. Thomasius (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen (S.102-21). Stuttgart: Thieme.

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2000): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 4.Auflage.

WHO - Weltgesundheitsorganisation (2002). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (Entwurf der deutschsprachigen Fassung), WHO.

Wöhrle, W. (1994). Gruppenpsychotherapie, Soziometrie und Psychodrama nach J. L. Moreno in der Arbeit mit Suchtkranken. In W. Scheiblich (Hrsg.), Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen (S.65-88). Freiburg: Lambertus.

Yalom, I.D. (1996). Theorie und Praxis der Gruppentherapie. Ein Lehrbuch. München: Pfeiffer.