



*therapie  
hilfe  
e. v.*



## **Kurzkonzept** **RehaCentrum Alt-Osterholz** **Fachklinik für Suchterkrankungen Bremen**

**IK: 500401766**

Version 3.0

Stand: Mai 2016



## 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:

Sarah Pachuliz (Psychologische Psychotherapeutin, *therapiehilfe e.v.*)  
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 und Herrn Siebert 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, 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, Janina Tessloff

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>

## Inhaltsverzeichnis

1	Kurzinformation .....	5
2	Einleitung .....	6
3	Träger und Vernetzung .....	8
4	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung .....	9
5	Rehabilitationskonzept .....	14
5.1	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen .....	14
5.2	Rehabilitationsziele .....	16
5.3	Rehabilitationsdauer .....	19
5.4	Rehabilitationsprogramm .....	23
5.5	Überblick über das Behandlungsangebot .....	28
5.5.2	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote .....	31
5.5.3	Arbeitsbezogene Interventionen .....	39
5.5.4	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken .....	44
5.5.5	Freizeitangebote .....	46
5.5.6	Sozialdienst .....	47
5.5.7	Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung .....	48
5.5.8	Angehörigenarbeit .....	51
5.5.9	Rückfallmanagement .....	53
5.5.10	Gesundheits- und Krankenpflege .....	53
5.5.11	Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation .....	53
	Quellenverzeichnis .....	55

Wir bitten um Nachsicht, dass wir für Begriffe, wie "Rehabilitand" 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 Suchmittel 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

Bedarfsgruppe 1 (Kurzzeit-Behandlung):	8-12 Wochen
Bedarfsgruppe 2 (Mittelfristige Behandlung):	12-16 Wochen
Bedarfsgruppe 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 Bedarfsgruppen
- 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 vorliegende Konzept beschreibt für das RehaCentrum Alt-Osterholz sowohl die wissenschaftlich-therapeutischen als auch die organisatorischen und behandlingstechnischen Grundlagen. Das RehaCentrum ist eine medizinische Rehabilitationsklinik des *therapiehilfe e.v.* zur integrativen medizinischen Rehabilitation von Alkohol-/Medikamenten- und Drogenabhängigen.

Integrativ meint hierbei nicht die wahllose Vermischung dieser beiden Rehabilitandengruppen, sondern das Verlassen einer rein substanzbezogenen Binnendifferenzierung (legale versus illegale Suchtmittel) zugunsten einer 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 Bedarfsgruppen-Einteilung, auf der Basis einer ICF-gestützten Diagnostik und unter der Berücksichtigung der Ergebnissen des RMK Projekts (= Rehabilitanden-Management-Kategorien) der DRV Bund erfolgen.

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

Die Idee zur Entwicklung eines integrativen und doch differenziellen Modells der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker ist nicht neu. Fachverbände wie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) oder der Fachverband Drogen- und Rauschmittel e.V. (FDR) fordern schon seit längerer Zeit die verstärkte Vernetzung von therapeutischen Angeboten der „Sucht-Parallelsysteme“ mit dem Ziel einer Nutzung von synergetischen Effekten durch die Zusammenfassung fachlicher

und personeller Ressourcen. So konstatiert z. B. die DHS in ihrem Positionspapier „Situation und Perspektiven der Suchtkrankenhilfe – Positionspapier 2001“ (2000):

*„(...) vor allem das Drogenhilfesystem in Deutschland [hat sich] aus dem sehr viel älteren System der Hilfen für Menschen mit Alkoholproblemen heraus als Spezialsystem entwickelt. Dabei wurde ein weitgehend paralleles Netz an Beratungs- und Behandlungseinrichtungen aufgebaut. Es sollte überprüft werden, wo sich die bestehende Trennung zwischen Alkohol- und Drogenhilfe unter fachlichen Aspekten mit dem Hinblick auf die Nutzung von Ressourcen bewährt hat und wo stattdessen die stärkere Vernetzung der Angebote bis hin zur Subsystemintegration unter dem Aspekt einer allgemeinen Suchtkrankenhilfe größere Effektivität und Effizienz verspricht.“*

Der FDR ergänzt hierzu:

*„Auch unter dem Gesichtspunkt des veränderten Konsumverhaltens gewinnen integrative Ansätze zunehmend an Bedeutung. Es ist davon auszugehen, dass es die Unterscheidung zwischen Drogenhilfe und Suchthilfe (womit in der Gegenüberstellung Angebote für Alkoholabhängige gemeint sind) in absehbarer Zeit nicht mehr geben wird. Übereinstimmend konstatieren die Praktiker/-innen und Forscher/-innen landesweit und international, dass es reine Opiatabhängige im Sinne der ‚klassischen Junkies (...)‘ kaum noch gibt. Entsprechend halten die Hilfeinrichtungen in einigen – der BRD vergleichbaren – Industrieländern auch schon mehr übergreifende Angebote vor, als hierzulande noch üblich“ (ohne Publikationsdatum, Internetveröffentlichung).*

Die von Experten und Fachverbänden eingeforderte Verknüpfung von Strukturen und Ressourcen der beiden Sucht-Hilfesysteme bildet sich bereits auf der Ebene der ambulanten therapeutischen Angebote ab. So halten heute schon viele der mit ambulanter Rehabilitation von Abhängigkeitskranken beauftragten Suchtberatungs- und Fachstellen nicht nur therapeutische Angebote für Alkohol- und Medikamentenabhängige, sondern auch für Drogenabhängige vor. Auch die Behandlungsmodelle der Leistungsträger zur ambulant-/stationären Kombinationstherapie von Abhängigkeitserkrankungen setzen zusehends auf eine gemeinsame Teilnahme von Alkohol-/Medikamenten- und Drogentherapieeinrichtungen an den entsprechenden Verbundstrukturen. Die Erwartungen der Leistungsträger an eine integrative Sucht-Rehabilitation finden sich kondensiert in der Stellungnahme „Zum aktuellen Stand und zu Weiterentwicklungsmöglichkeiten der Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ der Projektgruppe „Suchtbehandlung“ des früheren VDR (2005). In dieser Schrift wird explizit darauf hingewiesen, dass viele Abhängigkeitserkrankte trotz der Unterschiede im Einzelfall ein durchgängiges Spektrum an Gemeinsamkeiten aufweisen, was die Entwicklung und Implementierung von übergreifenden Behandlungsangeboten für Rehabilitandengruppen mit ähnlichem Rehabilitationsbedarf nahe lege.

Der *therapiehilfe e.v.* und die regionalen Tochtergesellschaften Therapiehilfe Bremen gGmbH und Rehabilitation und Arbeit gGmbH können hierbei auf entsprechende positive Erfahrung bezüglich der integrierten Behandlung von Rehabilitanden aus beiden Systemen 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 sich die Vorurteile zwischen Alkoholikern und Drogenabhängigen im konkreten Einzelfall schnell in Luft auflösen und dass beide Rehabilitandengruppen gut von dem integrierten therapeutischen Angebot zur beruflichen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung profitieren können.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz hat diese guten Erfahrungen auf die Kernbereiche der medizinischen Rehabilitation von Alkohol- und Drogenabhängigen – die stationäre und ganztägig ambulante Entwöhnungstherapie – ausweiten. Nicht zuletzt sind es auch legitime wirtschaftliche Gründe, die in Zeiten knapper Ressourcen der sozialen Sicherungssysteme zu innovativen Ideen und Kooperationen im Bereich der Suchtkrankenhilfe führen. Die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ der Leistungsträger (2001) wünscht ausdrücklich die Berücksichtigung ökonomischer Aspekte bei der Durchführung stationärer Entwöhnungsbehandlungen und hat die Initiatoren des RehaCentrums

Alt-Osterholz dazu ermutigt, neue bzw. Ressourcen sparende Modelle der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten zu entwerfen. Es entstand der Entwurf einer integrierten Fachklinik, die eine Zusammenlegung der stationären und ganztägig ambulanten Behandlungsplätze vorhält.

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 somit ein sowohl unter fachlich-therapeutischen als auch unter ökonomisch-organisatorischen Gesichtspunkten innovative Klinik, die zur effizienten medizinischen Rehabilitation suchtkranker Menschen im regionalen Bezug beiträgt.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz ist eine medizinische Rehabilitationseinrichtung für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen. 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.

Das RehaCentrum ist nach den Vorgaben der ISO 9001:2008 und der deQus (Version 3.0) entsprechend § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert.

Mit der DRV Oldenburg-Bremen und der DRV Bund besteht ein Vertrag nach § 21 SGB IX.

Diese Anforderungen wurden in 2014 durch die Vorgaben des Konzepts „BORA der DRV = berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter“ erweitert.

Um den Anforderungen der DRV an berufsbezogene Maßnahmen gerecht zu werden, wurden die arbeitsbezogenen Angebote der Fachklinik, die in vielen Punkte schon den Vorgaben von BORA entsprachen, an dieses Konzept angepasst und die diagnostischen Kriterien den Anforderungskriterien zugeordnet. Bereits bestehende Bereiche der Arbeits- und der Ergotherapie sowie der klinischen Sozialarbeit (berufsbezogene Maßnahmen) wurden unter zielführenden Gesichtspunkten der beruflichen Förderung professionalisiert.

### 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 Standards 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 Verbände anderer Leistungserbringer, z.B. im Rahmen von Kombi Nord Behandlungen.

## 4 Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Das RehaCentrum Alt-Osterholz wurde im August 2014 in Betrieb genommen

Das RehaCentrum Alt-Osterholz bietet 80 stationäre Behandlungsplätze und 20 ganztägige ambulante Behandlungsplätze (in der Abteilung „Change Bremen“ des RehaCentrums) 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 Rehabilitanden vorgehalten, die durch umfangreiche, bezugsgruppenübergreifende indikative Behandlungsbausteine ergänzt werden. In allen Behandlungsgruppen arbeiten die therapeutischen Binnen-Teams nach einem Bezugs-Kleingruppenmodell. Vom konkreten therapeutischen Ablauf her bedeutet dies, dass unsere Rehabilitanden bei Beginn ihrer Entwöhnungsmaßnahme einer festen psychotherapeutischen Kleingruppe zugeordnet werden.

Das vorliegende Konzept 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“ (siehe im Anhang, Konzept „Change Bremen“, Fassung vom März 2012).

Durch die räumliche Anbindung des ganztägig ambulanten Behandlungsbereiches können die dort behandelten Rehabilitanden an dem stationären Behandlungsangebot unserer Fachklinik partizipieren (z. B. im Bereich der beruflichen Förderung, BORA; der Rückfallprävention, Nutzung von spezifischen indikativen Gruppenangeboten, der Angehörigenarbeit und bei speziellen Angeboten der Arbeits- und Ergotherapie). Hierdurch werden von der Therapiedichte nahtlose medizinisch indizierte Übergänge zwischen der stationären Entwöhnungstherapie und ganztägig ambulanten Behandlung möglich. Durch die Integration der ganztägig ambulanten und der stationären Entwöhnung unter einem organisatorischen Dach könnte die Schnittstellenproblematik beim Wechsel der Behandlungsform auf ein Minimum reduziert werden.

In den letzten Jahren ist im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen zu beobachten, dass die gewohnten Zuordnungs- und Klassifikationsmuster nicht mehr greifen: überspitzt dargestellt, auf der einen Seite der sozial und beruflich desintegrierte Drogenabhängige und dort der alkoholranke Familienvater mit Facharbeiterbrief. 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 des suchtkranken Klientels wird im RehaCentrum Alt-Osterholz für die Bezugsgruppenzuordnung der Rehabilitanden eine Bedarfsgruppen-Einteilung (unter der Berücksichtigung der Ergebnisse des RMK Projekts der DRV Bund) und eine ICF-basierte Diagnostik praktiziert. Es werden ICF-gestützte Kriterien neben der Art und Schwere der Abhängigkeitserkrankung bei der Zuordnung suchtkranker Menschen zu spezifischen Rehabilitand-Subgruppen implementiert werden. 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)

Die differentielle Zuordnung unserer Klientel zu den drei verschiedenen Bedarfsgruppen erfolgt auf der Basis der ICF-gestützten Eingangsdiagnostik. Diese Bedarfsgruppen umfassen jeweils mehrere Bezugsgruppen (von 8 bis maximal 12 Rehabilitanden) für das kerntherapeutische Rehabilitationsangebot (Bezugsgruppen- und Bezugseinzelpsychotherapie).

Entsprechend werden folgende Bedarfsgruppen vorgehalten:

#### Bedarfsgruppe 1: Ein Behandlungsbereich für Rehabilitanden mit:

- Weitgehend erhaltener sozialer und beruflicher Integration; BORA 1, 2 und ggf. 5
- 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)

#### Bedarfsgruppe 2: Ein Behandlungsbereich für Rehabilitanden mit:

- Beginnenden oder bereits manifesten Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich
- Arbeitslosigkeit, BORA 2, 3, 4 und 5
- Einem mäßig bis gering integrierten psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV)
- Komorbiden psychischen Störungen (Ängste, Depressionen, psychosomatische Problematik, Persönlichkeitsstörungen)
- Somatischen Sucht-Folgeerkrankungen

#### Bedarfsgruppe 3: Ein Behandlungsbereich für Rehabilitanden mit:

- Langjähriger und/oder massiver sozialer und beruflicher Desintegration; BORA 4 und 5

- 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

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 der Fachklinik. Gerade durch diese für alle Rehabilitanden 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 hinausschauendes“ Suchtverständnis auf Seiten der Rehabilitanden – und damit eine Aufweichung gängiger Vorurteile zwischen den beiden Rehabilitandengruppen.

Bei der Auswahl unserer Behandlungsbausteine orientieren wir uns am Leitlinienprogramm der Deutschen Rentenversicherung (Stand 2014) für die Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Die von uns angebotenen therapeutischen Leistungen lassen sich den dort beschriebenen Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit (Stand: Dezember 2015) zuordnen und ergänzen sich zu einem qualitativ hochwertigen und dem derzeitigen Forschungsstand entsprechenden Behandlungsprozess.

Die Auswahl der Behandlungsbausteine berücksichtigt ebenso das Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der Gesetzlichen Rentenversicherung (2007) und die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF S3 Leitlinie, Stand 2015) zur Postakutbehandlung alkoholbezogener und zur Postakutbehandlung von Störungen durch Opiode (2004).

Die Fachklinik RehaCentrum Alt-Osterholz hat konzeptionelle eine klare Ausrichtung an der Förderung beruflicher Teilhabefähigkeiten. Dies bildet sich u. a. ab in der Prioritätensetzung der rehabilitativen Angebote. Im Rahmen dessen nimmt der Bereich Arbeits- und Ergotherapie einen relevanten und gleichwertigen Stellenwert zur Psycho- und Suchttherapie in den Wochenplänen der Rehabilitationsbehandlung sowie auch in der fachlichen Haltung des interdisziplinären Teams ein.

Die integrative Behandlungsorganisation bildet sich nicht nur auf der Ebene der internen Rehabilitationsorganisation, sondern auch im Bereich der extramuralen Vernetzung ab. So ist die Behandlung eines Großteils der Rehabilitanden wohnortnah konzipiert und sieht – wann immer möglich – eine intensive Einbeziehung des beruflichen und sozialen 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 Selbsthilfeverbänden 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 2014). 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 Rehabilitanden 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, Kunst- und 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.

Folgende Kooperationsverträge wurden zur Durchführung von weiteren therapeutischen Maßnahmen geschlossen:

- Zur Nutzung eines regionalen Hallenbades
- Zur Nutzung einer regionalen Sporthalle
- Mit dem medizinischen Labor des Klinikums Bremen-Ost.

Die personelle Ausstattung des RehaCentrums Alt-Osterholz entspricht dem Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund, Stand 17/2014):

- 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 VDR-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

#### Bedarfsgruppe 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.

### Bedarfsgruppe 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 hinausschauendes“ 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

Im RehaCentrum Alt-Osterholz werden stationäre Entwöhnungsbehandlungen für suchtkranke Frauen und Männer aus dem Bundesland Bremen, dem angrenzenden Niedersachsen sowie aus anderen Regionen/Bundesländern angeboten. Als eigenständiger Bereich wird darüberhinaus ein ganztägig ambulantes Behandlungsangebot vorgehalten (siehe im Anhang Konzept „Change Bremen“).

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 Rehabilitanden sowie Rehabilitanden 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

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 eine 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 Rehabilitanden 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 Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben 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 Rehabilitanden. 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 selbstbestimmten Lebensgestaltung, zur Teilhabe an Arbeit, gesellschaftlichem und sozialem Leben in der Lage ist.

Bei der Formulierung der konkreten, rehabilitandenbezogenen Therapieziele orientieren wir uns an den im Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen (DRV Bund, Stand 10/2010) beschriebenen vier Zieldimensionen für den therapeutischen Prozess, die maßgeblich aus dem ICF abgeleitet sind:

- Psychosoziale Zieldimension (individueller Bewältigungsprozess, psychische und soziale Ressourcen)
- Somatische Zieldimension (Gesundheitszustand, Körperfunktionen und -strukturen)
- Edukative Zieldimension (Gesundheitsinformationen und -verhalten)
- Zieldimension der Aktivitäten und Teilhabe (Leistungsanforderungen, Funktionsfähigkeit und Funktion in Beruf und Alltag)

Da sich die ICF-Ebenen des menschlichen Handelns (Aktivitäten) und der menschlichen Daseinsentfaltung (Teilhabe) in den konkreten Lebensbereichen unserer Rehabilitanden überschneiden und in der alltagspraktischen Anwendung nur sehr schwer getrennt werden können, werden sie von uns bei der Therapiezielformulierung – wie vom VDR (2004) und der BAR (2006) empfohlen – zu einer gemeinsamen Dimension bzw. Ebene der „Aktivitäten und Teilhabe“ zusammengefasst.

Im Folgenden werden entlang der vier übergeordneten Zieldimensionen häufige Teil-Rehabilitationsziele aufgeführt, die nach einer umfassenden Diagnostik sowie in enger Absprache mit dem betreffenden Rehabilitanden im Einzelfall konkret ausformuliert werden. Auf allen Ebenen der Behandlungsplanung steht die Stärkung der noch vorhandenen Ressourcen und der Selbsthilfepotenziale im Vordergrund. Im weiteren Verlauf der Entwöhnungsbehandlung werden die einzelnen Teilziele dann in gemeinsamen Bilanzgesprächen an den bisherigen Behandlungsverlauf angepasst und ggf. neu formuliert.

### Psychosoziale Zieldimension

Die Rehabilitationsziele bezüglich dieser Dimension richten sich auf die Minderung, Verhütung oder Beseitigung von individuellen psychischen Beeinträchtigungen und sozialen Belastungen, die die Erwerbsfähigkeit und Selbstbestimmtheit gefährden, sowie auf die Aktivierung von psychischen und sozialen Ressourcen:



- Psychische Stabilisierung durch die Entwicklung von Entspannungs- und Regenerationsfähigkeit und durch die Erarbeitung von Stressbewältigungskompetenzen
- Bearbeitung kognitiver Aspekte, z. B. Korrektur dysfunktionaler Kognitionsmuster, Verbesserung von Problemlösefertigkeiten und der Konzentrationsfähigkeit
- Förderung der sozialen Kompetenz, insbesondere der Kommunikationsfähigkeit und des Interaktions-/Beziehungsverhaltens
- Verbesserung der Realitätsakzeptanz, z. B. durch Förderung der Krankheitseinsicht und -akzeptanz, sowie durch die Verbesserung der Frustrationstoleranz und der Akzeptanz von Belastungsgrenzen
- Motivierung zur aktiven Teilnahme am Behandlungsprozess und an ambulanter Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitationsmaßnahme
- Reduktion primärer oder sekundärer psychischer Störungen wie Angst, Depressionen etc.
- Verbesserung der Bewältigungskompetenzen sowohl der Suchterkrankung als auch der komorbiden psychischen Störungen
- Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Suchtentwicklung und Aufarbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie
- Aufarbeitung unbewusster, mit der Abhängigkeitserkrankung verknüpfter intrapsychischer Konflikte
- Aufarbeitung von Problemen und Konflikten mit nahen Bezugspersonen
- Ich-strukturelle Nachentwicklung in den Bereichen der selbstreflexiven Wahrnehmung (Introspektionsfähigkeit, Affektdifferenzierung, Antizipationsvermögen), der Selbststeuerung (Impulssteuerung, Affekttoleranz, intrapsychische Abwehr), der Selbstwertregulierung, der ganzheitlichen Objektwahrnehmung und der emotionalen Kommunikation (Empathie, Mitteilen von Affekten, Verstehen von Affekten)
- Verbesserter Umgang mit Sexualität

### **Somatische Zieldimension**

Hier haben die Rehabilitationsziele den Gesundheitszustand sowie die Körperfunktionen und -strukturen unserer Rehabilitanden zum Gegenstand. Sie zielen auf eine Begrenzung bzw. Verringerung der organischen Schäden und Beschwerden und eine allgemeine Verbesserung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit ab:

- Diagnostische Abklärung des somatischen Zustandsbildes
- Bahnung und Durchführung der Behandlung bereits eingetretener Störungen der Körperfunktionen und -strukturen
- Verhinderung der Verschlimmerung von bestehenden Störungen der Körperfunktionen und -strukturen
- (Wieder)Aufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Linderung somatischer und psychischer Beschwerden, z. B. durch medizinische Unterstützung bei der Bewältigung des protrahierten Entzugssyndroms
- Wenn notwendig, Verordnung, Überprüfung und Optimierung von Medikationen
- Reduzierung von Risikofaktoren durch Verbesserung von Parametern der strukturellen und funktionellen Gesundheit (verbesserter Ernährungszustand, verbesserte Stoffwechselformparameter etc.).

### **Edukative Zieldimension**

Die Rehabilitationsziele auf dieser Ebene richten sich auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens und der Krankheitsbewältigungskompetenzen unserer Rehabilitanden. Sie umfassen eine entsprechende Informationsvermittlung, motivierende Maßnahmen und Schulungen:

- Vermittlung von Informationen über die Suchterkrankung, komorbide Störungen und körperliche Folgeerkrankungen sowie eines Erklärungsmodells zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchtsymptomatik

- Erlernen von Methoden zur Rückfallprävention
- Erlernen eines gesünderen Lebensstils und gesundheitsbewussten Handelns
- Erlernen von Kompetenzen im Umgang mit körperlichen Funktionsstörungen, Behinderungen und Beeinträchtigungen

### **Zieldimension der Aktivität und Teilhabe**

Hier orientieren sich die Rehabilitationsziele an der Bewältigung äußerer Leistungsanforderungen sowie an der Funktionsfähigkeit in Beruf und Alltag. Sie fokussieren auf die Verringerung bzw. Beseitigung diesbezüglicher Einschränkungen und umfassen folgende inhaltliche Schwerpunkte:

- Wiederherstellung und Erhalt der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben
- Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Förderung der Arbeitsbasiskompetenzen, Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
- Konkretisierung von beruflichen Änderungswünschen und persönlichen Zielvorstellungen
- Berufliche (Neu-)Orientierung und Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Klärung der aktuellen beruflichen Situation, ggf. unter Hinzuziehung des Arbeitgebers oder des betrieblichen Sucht-/Sozialberaters
- Thematisierung und Aufarbeitung von Konflikten, Überlastungssituationen oder sonstigen Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz
- Durchführung von Belastungserprobungen
- Hilfestellung bei der Lösung von Problemen im sozialen Bereich, z. B. beim Aufbau sozialer Beziehungen bzw. eines tragfähigen sozialen Netzwerkes, bei der Bearbeitung von Problemen im beruflichen Bereich, bei der Aufarbeitung von Problemen und Konflikten mit nahen Bezugspersonen sowie bei der Integration in Selbsthilfe-Gruppen
- Erarbeitung von Zukunftsperspektiven im beruflichen und sozialen Bereich
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Freizeitgestaltung
- Verbesserung der Alltagsbewältigung, z. B. durch Klärung der finanziellen und juristischen Situation, durch Einleitung von Maßnahmen zur Schuldenregulierung und durch Herstellung einer abstinentzfördernden Wohnsituation

Konzeptionell wurde diese Zieldimension ergänzt durch die Umsetzung von BORA. Wie beschrieben, hat die Fachklinik RehaCentrum Alt-Osterholz konzeptionelle eine klare Ausrichtung auf die Förderung der beruflichen Teilhabefähigkeiten. Dies bildet sich u. a. in der Prioritätensetzung der rehabilitativen Angebote und des Standorts ab. Im Rahmen dessen nimmt der Bereich Arbeits- und Ergotherapie einen relevanten und gleichwertigen Stellenwert zur Psycho- und Suchttherapie in den Wochenplänen der Rehabilitationsbehandlung sowie auch in der fachlichen Haltung des interdisziplinären Teams ein.

Dazu gehören, neben Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese, arbeitsbezogener Befundung und sozialmedizinischer Diagnostik, auch arbeitstherapeutische Maßnahmen in realitätsnahen Arbeitsfeldern, Berufsgruppe, Bewerbungstraining, Training von Fertigkeiten, Einzelarbeitsplätze sowie Teamarbeitsplätze, gezieltes Arbeitstraining und externe Praktika, Begleitung beruflicher Orientierung, (psycho-) edukative Schulungen, Kooperation mit den Beratungsangeboten der DRV, Kontakte zu Berufsbildungszentren, Job Centern etc., sowie regelmäßige sozialmedizinische Beurteilungen als Grundlage zur weiteren Förderung der Arbeitsfähigkeit.

Die Konzeptionen der Fachklinik orientieren sich hierfür in ihren Ansätzen an den Maßgaben des § 9 SGB VI als Grundlage der Leistungen der DRV:

- a) den Auswirkungen von Krankheit oder Behinderung auf der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben entgegenzuwirken oder diese zu überwinden und

- b) die Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit oder das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder Rehabilitanden sogar dauerhaft in ein Erwerbsleben wiederenzugliedern.

### 5.3 Rehabilitationsdauer

#### Binnendifferenzierung und Behandlungsdauer

Im RehaCentrum Alt-Osterholz werden Entwöhnungsbehandlungen in eigenständigen Bereichen im ganztägig ambulanten (siehe hierzu im Anhang Konzept, „Change Bremen“) und stationären Behandlungssetting – auch im Rahmen von Kombinationstherapien – angeboten. Im Einzelfall bemisst sich die Behandlungsdauer unserer Rehabilitanden nach den Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (2014), 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 unserer Rehabilitanden sowie einer Bedarfsgruppen-Einteilung werden unsere Rehabilitanden zu Beginn ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung einem von insgesamt drei verschiedenen Behandlungsbereichen (Bedarfsgruppen) des RehaCentrums Alt-Osterholz zugeordnet. Die drei Behandlungsbereiche sollen den unterschiedlichen persönlichen Voraussetzungen sowie dem individuellen Behandlungsbedarf unserer Rehabilitanden sowohl von den therapeutischen Inhalten als auch von den Behandlungszeiten her gerecht werden und umfassen wiederum mehrere Bezugs-Kleingruppen. Die Behandlungsbereiche sind im Einzelnen:

#### Bedarfsgruppe 1: Ein Kurzzeit-Behandlungsbereich mit 8 -12 Wochen Behandlungsdauer für Rehabilitanden mit:

- Weitgehend erhaltener sozialer und beruflicher Integration (BORA Gruppe 1, 2 und 5)
- 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.

#### Bedarfsgruppe 2: Ein Behandlungsbereich für mittelfristige medizinische Rehabilitation mit 12 - 16 Wochen Behandlungsdauer für Rehabilitanden mit:

- Beginnenden oder bereits manifesten Einschränkungen im sozialen und beruflichen Bereich
- Arbeitslosigkeit (BORA Gruppe 2, 3,4 und 5)
- 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 ist hier weniger konfliktzentriert und orientiert sich mehr an einer interaktionell-stützenden Grundhaltung, die ich-strukturelle Nachreifungen und korrigierende emotionale Beziehungs-

erfahrungen 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.

Bedarfsgruppe 3: Ein Behandlungsbereich für langfristige Entwöhnungsbehandlungen mit im Regelfall von 19 bis zu 22 Wochen Behandlungsdauer für Rehabilitanden mit:

- Massiver sozialer und beruflicher Desintegration (BORA 4 und 5)
- Einer langjährigen Abhängigkeitserkrankung und/oder Polytoxikomanie
- Einem eher gering integrierten psychischen Strukturniveau (OPD Achse IV) und/oder
- Multiplen psychischen/psychiatrischen Begleitstörungen
- Junger Altersstruktur, erheblichen Reifungsdefiziten und sozialer Verwahrlosung

Erläuterung zur BORA Gruppe 5: hiermit sind nur Rehabilitanden gemeint wie z.B. Schüler, Studenten, Hausfrauen; Zeitrentner, nicht-Erwerbsrehabilitanden, die bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen die Reintegration den bzw. Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Wie Z.B:

- Hausfrauen/ein Hausmänner die/der nach einer Trennung, bzw. Verlust des Lebenspartners eine Erwerbstätigkeit aufnehmen wollen.
- Erwerbsunfähigkeitsrentner, bei denen eine Berentung auf Zeit besteht und aufgrund einer Ausheilung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die zur zeitlich begrenzten EU-Rente geführt haben, der Berentungsgrund aufgehoben ist bzw. infolge einer erfolgreichen Rehabilitation aufgehoben sein wird.
- Schüler und Studenten, die vor Antritt ihrer schulischen bzw. universitären Ausbildung versicherungsrechtliche Ansprüche erworben hatten.

Für diese Gruppe der Rehabilitanden aus der BORA Gruppe 5 werden je nach Unterstützungsbedarf die therapeutischen Leistungen Zielgruppen BORA 3 und 4 vorgehalten. In diesem Behandlungsbereich unserer Fachklinik, 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.

Nach der Zuordnung unserer Rehabilitanden 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 Klinik nötig, werden ein inhaltlich begründeter Verlängerungsantrag bzw. ein Antrag auf Wechsel des Behandlungsbereiches an den zuständigen Leistungsträger gestellt.

Dem individuellen Behandlungsbedarf unserer Rehabilitanden 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). So ist es z. B. möglich, eine stationär begonnene Behandlung im weiteren Verlauf in den ganztägig ambulanten Modus überzuleiten. Ebenso kann eine ganztägig ambulante Entwöhnungsmaßnahme nach entsprechender Beantragung stationär fortgesetzt werden. Hierdurch wird eine weitgehende Flexibilisierung und Individualisierung der medizinischen Rehabilitation unse-

rer Rehabilitanden erreicht. Im Anschluss an unsere stationären Entwöhnungsmaßnahmen sind ambulante Nachsorgemaßnahmen oder ambulante Weiterbehandlungen in den kooperierenden Beratungsstellen der Region und auch überregional möglich. Die weiterführenden Behandlungen werden bei entsprechender Indikation aus der Entwöhnungsbehandlung heraus beim zuständigen Leistungsträger beantragt.

Ergänzung der Gruppeneinteilung durch die Umsetzung von BORA:

BORA Gruppen:

- BORA 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
- BORA 2: Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen Problemlagen
- BORA 3: arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III
- BORA 4: arbeitslose Rehabilitanden nach SGBII
- BORA 5: nicht Erwerbstätige.

(Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14.11.2014):

Die Bedarfsgruppeneinteilung der Klinik lässt eine Zuordnung der in BORA beschriebenen Gruppen zu (siehe oben). Den einzelnen Bedarfsgruppen wurden entsprechend BORA berufsorientierte Ziele und therapeutische Maßnahmen zugeordnet. Die damit verbundenen Ziele werden automatisch durch die Zuordnung der Rehabilitanden in eine der BORA Gruppen festgelegt. Entsprechend werden zwingend notwendige berufsbezogene Behandlungsschritte, Beratungen und Maßnahmen initiiert und durchgeführt

Wesentliche allgemeine berufsorientierte Teilziele sind hierbei

- Realistische Selbsteinschätzung und Erprobung der eigenen Fertigkeiten und Fähigkeiten
- Bezug zum Arbeits- und Berufsleben, realitätsnahe Arbeitsfelder zur Erprobung von basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten wie Grundarbeitsfähigkeit (Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit), soziale Fähigkeiten (Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Teamfähigkeit und Selbsterleben im Arbeitskontext (Selbstbild: Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstwirksamkeit und Selbstgewissheit)
- Berufliche (Neu-)Orientierung

### **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 ASHB (ambulante Suchtberatungsstelle Bremen), den sozialpsychiatrischen Beratungsstellen/Ambulanzen der Kliniken Bremen-Ost und Bremen-Nord, der Suchtberatungsstelle der Caritas, 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.

Die Möglichkeit der Durchführung von Kombinationsbehandlungen mit ambulanten Kooperationspartnern in Bremen, Bremerhaven und dem angrenzenden Niedersachsen soll insbesondere die Flexibilisierung und Individualisierung der Rehabilitationsverläufe unserer Rehabilitanden sowie einen besseren Zugang in die Rehabilitation ermöglichen. Denn Kombinationsentwöhnungen können oftmals den persönlichen Voraussetzungen und Problemlagen unserer Rehabilitanden besser gerecht werden als die herkömmlichen, in sich abgeschlossenen Therapieverfahren. In der praktischen Umsetzung wird die Flexibilisierung der Rehabilitationsverläufe durch den Vorhalt eines differenzierten

Behandlungsangebotes, aber auch durch eine sinnvolle Verknüpfung von selektiver und adaptiver Behandlungsplanung gewährleistet.

Das RehaCentrum Alt-Osterholz hält auch stationäre **Rückfall-Auffangbehandlungen** in einem Umfang von jeweils 6–12 Wochen vor (nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme). Unsere Auffangbehandlungen stellen somit ein spezifisches Behandlungsangebot für ehemalige Entwöhnungsrehabilitanden (auch anderer Einrichtungen) dar, die ihr Suchtmittel nach einer Zeit der Abstinenz erneut konsumiert haben. Durch eine intensive Aufarbeitung des Rückfallgeschehens und eine psychosoziale Re-Stabilisierung im geschützten Rahmen des stationären Settings soll ein dauerhafter, schwerer Rückfall in das alte Suchtverhalten mit evtl. umfangreichen Folgebehandlungen verhindert werden. Die Rehabilitanden, die im Rahmen einer Kombi Nord Behandlung oder einer Auffangbehandlung behandelt werden, werden ebenfalls den Bedarfsgruppen zugeordnet und entsprechend in die BORA Gruppen eingeteilt.

### **Behandlungsverlauf**

Der Behandlungsverlauf unserer stationären Entwöhnungsmaßnahmen richtet sich nach dem 3-Phasen-Modell (bei Kurzzeitinterventionen im Rahmen von Kombinationsbehandlungen zeitlich gestrafft und auf einen zentralen Behandlungsfokus hin ausgerichtet):

In der **Initialphase** der ersten 2 – 3 Wochen wird nach der diagnostischen Phase im Dialog mit dem Rehabilitanden sowohl ein psychotherapeutischer als auch ein sozialer/berufsbezogener Behandlungsfokus herausgearbeitet (bifokaler Rehabilitationsansatz). Die Formulierung der konkreten Therapieziele im suchtbezogenen, psychischen, körperlich-medizinischen und sozialen/beruflichen Bereich sowie die Auswahl der indikativen Therapieangebote schließen sich nahtlos an. Psychotherapeutische Themen in der Initialphase sind die kognitive und emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung (Krankheitseinsicht), die Festigung der Abstinenz- und Behandlungsmotivation sowie die Bearbeitung von Scham- und Schuldgefühlen bzgl. der Abhängigkeitserkrankung. Sozialtherapeutisch und berufsbezogen steht in der Initialphase eine Sichtung der persönlichen Problemfelder und Ressourcen unserer Rehabilitanden im Vordergrund, wobei unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklungspotenziale Veränderungsnotwendigkeiten benannt und geplant werden (berufliche Umorientierungen, Wechsel des sozialen Umfeldes, erforderliche Korrekturen der allgemeinen Wohn- und Lebenssituation etc.). Die indikativen Therapiebausteine unserer medizinischen Rehabilitation – vor allem im Bereich der Arbeits- und Ergotherapie – werden eng auf diese persönlichen Veränderungsnotwendigkeiten hin abgestimmt.

In der anschließenden **Kernphase** (ab ca. der 3. Behandlungswoche) wird psychotherapeutisch zunächst auf die intrapsychische Funktionalität des Suchtmittels und die Klärung der biographischen Hintergründe der Abhängigkeitsentwicklung fokussiert. Hierauf aufbauend, wird die Ebene der Grundstörung thematisiert, um Reflektions- und Veränderungsprozesse im Rahmen des therapeutischen Settings und schließlich auch im gewohnten Lebensumfeld zu ermöglichen. Eine besondere Rolle spielen hierbei unter einem rehabilitativen Blickwinkel die Auswirkungen von neurotischen Konflikten und ich-strukturellen Defiziten unserer Rehabilitanden auf ihr Arbeits- und Leistungsverhalten. Bei ich-strukturellen Störungen kommt es z. B. häufig auf Grund einer unzureichenden Affekt- und Frustrationstoleranz, einer herabgesetzten Impulskontrolle und schweren Trennungs-/Schuldgefühlen zu ausgeprägten Beeinträchtigungen des Arbeits- und Lernverhaltens (Lindner et al., 2001; König, 1998; Hirsch, 2000). Ein wesentliches Ziel unserer psychotherapeutischen Arbeit stellt daher die Nachentwicklung eingeschränkter Ich-Funktionen, die Förderung realistischer Selbst- und Objektbilder sowie die Ermöglichung korrigierender emotionaler Erfahrungen dar. Darüber hinaus werden unsere Rehabilitanden dazu motiviert, ihre Erfahrungen im Rahmen der Arbeits-/Ergotherapie, externer beruflicher Belastungserprobungen oder klärender Gespräche mit dem Arbeitgeber reflektierend in den gruppen- und einzelpsychotherapeutischen Prozess einzubringen. Hierdurch sollen die Arbeitsstörungen und erwerbsbezogenen Schwierigkeiten unserer Rehabilitanden nicht nur auf der arbeits- und sozialtherapeutischen Ebene thematisiert, sondern auch in einen umfassenderen psychodynamischen Kontext integriert werden. Dies ermöglicht es, dysfunktionale Be-

ziehungsmuster und eingeschränkte Ich-Funktionen in unterschiedlichen, alltagsbezogenen Lebensbereichen zu erkennen und eine Veränderungsmotivation zu entwickeln, die auch die selbstwertstabilisierende Entfaltung der leistungsbezogenen beruflichen Fähigkeiten umfasst (Lindner et al., 2001).

Zu dieser Alltagsorientierung unserer medizinischen Rehabilitation trägt bei, dass mit fortschreitender Behandlungsdauer und nach medizinischer Indikation eine zunehmende Außenorientierung unserer stationären Rehabilitanden stattfindet, z. B. – entsprechend der gesetzlichen Vorgaben, den Vorgaben aus dem BORA Konzept – durch Belastungserprobungen im gewohnten sozialen Umfeld. Die Wohnortnähe unserer Fachklinik wird in allen Behandlungsphasen auch intensiv für die Einbeziehung des sozialen, familiären und beruflichen Lebensumfeldes in die medizinische Rehabilitation genutzt, z. B. durch Paar- und Familiengespräche, Angehörigen-Infos, Gespräche mit dem Arbeitgeber, der ARGE, der JOB-Center, Aktivitäten zur beruflichen Wiedereingliederung und die Organisation sinnvoller Freizeitaktivitäten. Die Umsetzung der gemeinsam erarbeiteten Therapieziele wird in regelmäßigen Einzelgesprächen mit dem Bezugstherapeuten bilanziert, was ggf. zu Veränderungen der Behandlungsplanung führt.

Vorausschauend müssen auch schon gegen Ende der Kernphase weiterführende suchtspezifische Hilfen sowie – bei Bedarf – erwerbs- und alltagsbezogene Fördermaßnahmen (z. B. Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben) in die Wege geleitet werden. Suchttherapeutisch besteht für unsere Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre Rehabilitation im Anschluss an die stationäre Entwöhnung ganztägig ambulant, im Rahmen einer externen adaptiven Phase, als ambulante Nachsorge (entsprechend dem Rahmenkonzept der DRV und GKV „Nachsorge im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation“, 01.03.2015), als ambulante Weiterbehandlung (Wechsel in die ambulante Entlassform, Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform entsprechend der Vereinbarung der DRV und GKV zum Wechsel von einer stationären oder ganztägig ambulanten Reha in eine ambulante Rehabilitationsform, 01.07.2015) fortzusetzen. Alternativ kann auch eine Vermittlung in andere Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe vor Ort und überregional erfolgen (z. B. in Einrichtungen des betreuten Wohnens oder betreute Wohngemeinschaften). Im Falle einer ambulanten Weiter- bzw. Nachsorgebehandlung werden unsere Rehabilitanden grundsätzlich an die zuweisende Beratungsstelle/Fachstelle zurück vermittelt, wenn dort ein Angebot zur ambulanten Nachsorge besteht.

In der **Loslösungsphase** (ca. 2-3 Wochen vor Behandlungsende) werden die bisher erreichten Therapieerfolge nochmals gemeinsam mit den Rehabilitanden überprüft und der weitere Handlungsbedarf im psychischen, körperlich-medizinischen und sozialen/beruflichen Bereich erörtert. Psychotherapeutisch stehen in der Loslösungsphase Abschieds- und Trauerprozesse im Vordergrund, die in der Gruppen- und Einzeltherapie thematisiert werden. Unter einer sozialtherapeutisch/berufsbezogenen Perspektive werden die im bisherigen Therapieverlauf gewonnenen Informationen unter Berücksichtigung der bereits erfolgten Veränderungsschritte (z. B. im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie) nochmals zusammengefasst, gemeinsam mit dem betreffenden Rehabilitanden kritisch reflektiert und weitere konkrete Maßnahmen vereinbart (Aktivitäten zur Alltags- und Freizeitstrukturierung, Inanspruchnahme erwerbsbezogener Förderung, Bewerbungsaktivitäten, Wohnungswechsel etc.).

## 5.4 Rehabilitationsprogramm

### Allgemeiner Behandlungsansatz

#### Therapeutische Grundhaltung

Die inhaltliche Ausrichtung unserer therapeutischen Maßnahmen leitet sich aus dem zuvor skizzierten Persönlichkeits-, Krankheits- und Suchtverständnis ab.

Vor dem Hintergrund einer biopsychosozialen Orientierung fokussieren sie 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

Je nach Intensität und Dauer der Suchterkrankung, dem Ausmaß der Behandlungsmotivation, dem Schweregrad körperlicher oder psychischer Störungen und der Stabilität der sozialen/beruflichen Situation unserer Rehabilitanden hält das RehaCentrum zwei verschiedene Behandlungssettings in eigenständigen Bereichen vor, die sich von der therapeutischen Dichte und vom Umfang der Tagesstrukturierung her unterscheiden: Die ambulant ganztägige und die stationäre Behandlungsform. So kann z. B. bei einer weniger intensiven Ausprägung der Suchtdynamik und einer geringeren Schwere der psychischen oder körperlichen Störungen ein ambulant ganztägiges Setting mit einer begrenzten äußeren Strukturierung ausreichend und sinnvoll sein. Der haltgebende Rahmen des stationären Behandlungssettings ist dagegen häufig bei psychisch und körperlich schwerer beeinträchtigten Rehabilitanden mit (noch) geringer Abstinenz-/Behandlungsbereitschaft und einem destabilisierenden sozialen Umfeld indiziert. Diese Differenzierung unserer Entwöhnungsangebote in ambulant ganztägige und stationäre Behandlungsvarianten macht somit ein individuell zugeschnittenes Ausmaß an therapeutischer Hilfe möglich, das unsere Rehabilitanden unter Berücksichtigung ihrer persönlichen und sozialen Umstände bestmöglich bei der Herstellung einer dauerhaften Abstinenz und der gesellschaftlichen/beruflichen Reintegration unterstützt.

Der rehabilitative Prozess unserer Entwöhnungsbehandlungen stützt sich dabei nicht nur auf eine ICD 10-bezogene, d. h. störungsorientierte, Einordnung der Beschwerdebilder unserer Rehabilitanden, sondern auch auf die Erfassung der hieraus resultierenden, individuell jeweils variierenden Auswirkungen auf den unterschiedlichen Ebenen der funktionalen Gesundheit nach der ICF sowie der Zuordnung nach BORA .

Durch die allgemeinverständliche Sprache der 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.

Bei der praktischen Umsetzung der ICF dienen die vier inhaltlichen Ebenen dieses Klassifikationssystems – „Strukturen“, „Funktionen“, „Aktivitäten“ und „Teilhabe an den Lebensbereichen“ – eher als informelle Leitfäden, denn als Schablone für abschließende Kodifizierungen. Hierdurch, also durch die Einbeziehung der ICF-Leitlinien und -Begrifflichkeit in den Rehabilitationsprozess, kann im Einzelfall ein umfassenderes Bild des jeweils notwendigen Hilfebedarfs ermittelt werden. Im Anschluss an eine ausführliche Diagnostik und Befunderhebung wird daher für jeden unserer Rehabilitanden ein entsprechendes Gesamtbild erarbeitet, das die individuellen Beeinträchtigungen und Barrieren einerseits sowie die Ressourcen und Entwicklungspotenziale andererseits gemäß den Vorgaben der ICF erfasst. Dieses ICF gestützte Gesamtbild ist dann der zentrale Orientierungspunkt für den weiteren Therapieverlauf und dient neben der störungsbezogenen Diagnostik nach ICD 10 als Grundlage für die Benennung der Rehabilitationsziele sowie für die Auswahl der therapeutischen Interventionen. Darüber hinaus ist es auch der Haupt-Bezugspunkt für die abschließende Beurteilung des Rehabilitationsergebnisses. Berufsbezogen wird dies durch die Erfassung der Besonderen beruflichen Problem Lagen (BBPL) im Rahmen der Umsetzung von BORA erweitert.



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 Rehabilitanden 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, soll über eine zwar direktive, aber Widerständen „umlenkend“ begegnenden therapeutischen Herangehensweise versucht werden, diese inneren Ambivalenzen des Suchtkranken zu verstärken und für eine tragfähige Veränderungsmotivation zu nutzen.

Im Rahmen eines bezugstherapeutischen Ansatzes stehen unseren Rehabilitanden auf allen therapeutischen Interventionsebenen feste Bezugspersonen und Ansprechpartner zur Verfügung. Die Zuordnung zu bestimmten Mitarbeitern des Teams bleibt – wenn möglich – auch bei einem Wechsel der Behandlungsform erhalten. In Anbetracht der oftmals desolaten und hochgradig konfliktbelasteten Beziehungserfahrungen der Mehrheit unserer Rehabilitanden stellt diese bezugstherapeutische Kontinuität einen zentralen kurativen Faktor dar, denn sie begünstigt bei diesen Rehabilitanden längerfristige Internalisierungsprozesse und die stabilisierende Nachentwicklung von Objektkonstanz.

Die therapeutische Basis für solche entwicklungsfördernde Prozesse besteht zunächst in einer Grundhaltung von Präsenz, Respekt und emotionaler Akzeptanz auf Seiten unserer therapeutischen Mitarbeiter (Heigl et al., 1993). Hierauf aufbauend stellen sich die Bezugstherapeuten unseres Entwöhnungsbereiches über emotional authentische, in der Expression jedoch selektive Beziehungs-„Antworten“ (ebenda) und „partielles Engagement“ (Petzold, 1993) als reale Beziehungspartner zur Verfügung. Das Abweichen der therapeutischen Reaktionen bzw. „Antworten“ vom Übertragungsangebot der Rehabilitanden führt dabei zu korrigierenden emotionalen Erfahrungen und fördert selbstreflexive sowie identifikatorische Prozesse. Hierdurch, aber auch durch die gezielte Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen und den therapeutischen Umgang mit Affekten (Affektdifferenzierungen, -identifizierungen und -klarifizierungen) sollen unsere Rehabilitanden zu einer Ich-strukturellen (Nach-) Entwicklung in den Bereichen der Selbstwahrnehmung/Selbstregulierung und Beziehungsregulierung angeregt werden (Heigl-Evers et al., 1997). Nach und nach können dann fehlende intrapsychische und interpersonelle Regulierungsfunktionen durch die Verinnerlichung der in der Rehabilitand -Therapeut-Beziehung gewonnenen Erfahrungen aufgebaut werden (Rudolf, 2004). Bei ausreichender Introspektionsfähigkeit und emotionaler Belastbarkeit können neben diesen Ich-stützenden, am Prinzip „Antwort“ und interaktionell orientierten Interventionen auch Deutungen von bewusstsensnahen intrapsychischen Konflikten hilfreich sein (Stetter, 2000b; König, 1991).

Das zentrale Medium für unsere beziehungszentrierte therapeutische Arbeit stellt das gruppentherapeutische Setting dar. Die multipersonale Situation der Klein- und Großgruppe ermöglicht in einem breiteren Umfang als im einzeltherapeutischen Setting zwischenmenschliche Austauschprozesse, die im Sinne des Prinzips „Antwort“ zur Verdeutlichung insuffizienter interpersoneller Verhaltensweisen und für vielschichtige neue Beziehungserfahrungen genutzt werden können. Darüber hinaus haben sich folgende spezifische Wirkfaktoren des Gruppensettings (Yalom, 1996) als effizient in der Behandlung Suchtkranker erwiesen (Weber & Tschuschke, 2001; Stetter, 2000b; Busch, 1986; Feuerlein et al., 1998; Böhle & Vattes, 1993):

- **Faktor „Universalität des Leidens“:** In der Therapiegruppe treffen Suchtkranke andere Menschen mit gleicher Betroffenheit und können ihre abhängigkeitspezifischen Probleme mit diesen teilen. Dieses Erlebnis des Nicht-Alleinseins mit den eigenen Schwierigkeiten erzeugt zumeist ein Gefühl der subjektiven Erleichterung.
- **Faktor „Bindung an die Gruppe (Gruppenkohäsion)“:** Die Bindung an die Gruppe erzeugt ein „Wir-Gefühl“, das zur Anerkennung und Akzeptanz der in der Regel verleugneten Identität des Suchtkranken führt. Schuld- und Schamgefühle können so im Klima des Vertrauens, der Sicherheit und der gegenseitigen Akzeptanz besser bearbeitet werden.
- **Faktoren „Identifikation“ und „Einflößen von Hoffnung“:** Die Erfahrung, wie andere Gruppenmitglieder erfolgreich mit ihren Problemen und der Abhängigkeitserkrankung umgehen, hat Modellfunktion und regt zu identifikatorischen Prozessen an, insbesondere in der Initialphase der Therapie, in der die Abstinenzentscheidung oftmals noch nicht ausreichend gefestigt ist. Darüber hinaus gelingt es Abhängigkeitskranken in der Gruppe zumeist leichter eigene suchtbezogene Einstellungen, Verhaltensmuster und Abwehrvorgänge zu erkennen und zu verstehen (durch die Konfrontation mit den „süchtigen Verhaltensweisen“ anderer Gruppenteilnehmer).

Zusätzlich zum zwischenmenschlichen Erfahrungsfeld der Gruppen- und Einzeltherapie konstituiert die therapeutische Gemeinschaft des ambulant ganztägigen und stationären Behandlungssettings einen künstlichen Lebensraum (im Sinne einer „bewahrenden, haltenden Umwelt“, siehe z. B. Modell, 1981 und Winnicott, 1984). Im Rahmen dieses Schutzraumes ist eine Restitution oder Nachentwicklung von abstinenzfördernden Ich-Strukturen für viele unserer schwerer gestörten Rehabilitanden zunächst besser möglich als im ambulanten Behandlungssetting, wo sie wesentlich direkter einem oftmals belastenden Umfeld ausgesetzt wären. Unser psychodynamisch-interaktionszentrierter Ansatz der Suchtarbeit versteht den erweiterten klinischen Raum des ambulant ganztägigen und stationären Behandlungssettings als vielschichtiges Beziehungsnetzwerk, in dem multiple Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse auf unterschiedlichen Ebenen stattfinden. Die maladaptiven und konflikterzeugenden Interaktionsmuster unserer Rehabilitanden werden somit nicht nur im Rahmen der psychotherapeutischen Angebote transparent, sondern auch im „Hier und Jetzt“ des gesamten klinischen Raumes und der therapeutischen Gemeinschaft (sog. „integratives Modell“ der stationären Psychotherapie, siehe Janssen, 1993 und 1998; Streeck, 1991). Das Ziel unserer therapeutischen Bemühungen ist es, dass unsere Rehabilitanden in möglichst unterschiedlichen Beziehungsfeldern des klinischen Raumes „Feedback“ bzw. Rückmeldungen bezüglich ihrer habituellen Interaktionsmuster erhalten, um anschließend über Einsicht und korrigierende emotionale Erfahrungen Veränderungen an sich selbst oder ihren interpersonellen Verhaltensweisen in die Wege leiten zu können.

### **Ressourcenorientierung**

Ein wichtiges Element unserer therapeutischen Grundhaltung in der Rehabilitationsbehandlung ist die Ressourcenorientierung. Die Bewusst- und Verfügbarmachung von Fähigkeiten bzw. Fertigkeiten des Rehabilitanden 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 nicht nur seine soziale/institutionelle Unterstützung und materielle Ausstattung, sondern auch 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.

*Ressourcenaktivierung heißt unter der Vielzahl der Merkmale solche aufzuspüren, die für das Gegenüber motivational stark besetzt sind und für sein/ ihr Selbstwertgefühl besonders wichtig sind, und diese für den therapeutischen Veränderungsprozess zu mobilisieren (Grawe, 1998)*

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 ein.

### **Förderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfe**

Für die Umsetzung des übergeordneten Behandlungsauftrages unserer medizinischen Rehabilitation (Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben, berufliche, gesellschaftliche Reintegration und Herstellung einer dauerhaften, gefestigten Abstinenz) spielt neben der Aktivierung von Selbsthilferessourcen auch die Übernahme von Eigenverantwortung auf Seiten unserer Rehabilitanden 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 Rehabilitanden 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.

Vom konkreten therapeutischen Procedere her beinhaltet dies in vielen Fällen die passagere Übernahme von intrapsychischen, interpersonellen und sozialen Regulierungsfunktionen durch die therapeutischen Bezugspersonen (sog. „Hilfs-Ich-Funktionen“). Der Therapeut kompensiert hierbei zunächst die ich-strukturellen Schwächen des suchtkranken Rehabilitanden, um eine akute Rückfallgefahr zu mindern, denn psychotrope Substanzen hatten bei unseren Rehabilitanden als „künstliche Ich-Stütze“, als Substitut für ein versorgendes Primärobjekt und/oder als artifizieller Reizschutz nach innen fungiert. Parallel zu dieser zeitweiligen Übernahme von umschriebenen Ich-Funktionen regen unsere therapeutischen Mitarbeiter durch „milde“ Frustrationen, authentische Beziehungs-„Antworten“ und bestätigende Interventionen zur allmählichen Herausbildung eigener Ich-Fähigkeiten und -Kompetenzen auf Seiten der Rehabilitanden an.

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 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). Die Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft der Mitbetroffenen, die über ein internes Regelwerk und eine spezifische „Abstinenzkultur“ verfügt, vermittelt offenbar vielen Abhängigkeitskranken genau dasjenige Ausmaß an äußerer Unterstützung, das sie zu einer nachhaltigen psychosozialen Stabilisierung benötigen.

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).

Aus einer langjährigen Tradition heraus verfügt unsere Entwöhnungsbehandlung auch auf der formal-organisatorischen Ebene über gute Kontakte zu den lokalen Selbsthilfeverbänden und involviert diese über regelmäßige Treffen in die Weiterentwicklung und Verbesserung der medizinischen Rehabilitation.

## 5.5 Überblick über das Behandlungsangebot

### Medizinische Tätigkeiten bei der Aufnahme:

- Prüfung der Mitwirkungsfähigkeit und -bereitschaft, bei Bedarf auch im Rahmen von ambulanten Vorgesprächen
- Ärztliche Untersuchung am Aufnahmetag zur Erhebung des somatischen und psychischen Befundes, Erstellung der Anamnese
- Sozialmedizinische Eingangsbeurteilung
- Einleitung diagnostischer Maßnahmen oder Überprüfung/Bestätigung bestehender somatischer und psychiatrischer Diagnosen (apparative- und Labordiagnostik in Kooperation mit dem Klinikum Bremen-Ost. Hier bestehen die Möglichkeiten zur routinemäßigen Durchführung von folgenden Untersuchungen: Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Abdomensonographie, Lungenfunktionstestung, Laboruntersuchungen, EEG, EMG, ENG, MRT. Darüber hinaus kann bei spezifischen Fragestellungen das gesamte diagnostische Angebot des Klinikums Bremen-Ost genutzt werden)
- Ärztliche Aufklärungsgespräche bezüglich der bestehenden oder festgestellten Erkrankungen, Planung von notwendigen weiteren diagnostischen Maßnahmen und Behandlungen im Hause oder extern
- Indikationsstellung für nicht-medikamentöse Verfahren zur Reduzierung psychischer oder körperlicher Missbefindlichkeiten, z. B. Akupunktur bei Entzugssymptomatik oder zum Abbau von Spannungen und Craving, Entspannungsverfahren, Physio- und Sporttherapie
- Aufklärung der Rehabilitanden über Hygieneregeln sowie über Hepatitis- und HIV-Prophylaxe in der Einrichtung und im Alltag

### Während des stationären Aufenthalts:

- Diagnostik und Behandlung von Erkrankungen, die während der Therapie auftreten
- Organisation von akut notwendig gewordenen kurzen Krankenhausaufenthalten (d.h. Therapieunterbrechung und -wiederaufnahme)
- Anordnung und Überwachung medikamentöser Behandlungen
- Durchführung von Kriseninterventionsgesprächen
- Organisation der Medikamentenausgabe
- Beratung und Behandlung bei stressbedingten Somatisierungssyndromen (Kopfschmerzen, Migräneattacken, Magenbeschwerden, Kreislaufreaktionen, Myogelosen u.a.)
- Durchführung von psychoedukativen Gesprächen und Gruppen

- Kontakte und Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt beim Auftreten von meldepflichtigen Erkrankungen in der Einrichtung.
- Erstellung ärztlicher Berichte
- Durchführung und Kontrolle der erforderlichen Hygienemaßnahmen (im Zusammenarbeit mit dem Hygienebeauftragten)
- Durchführung von regelmäßig stattfindenden Informationsveranstaltungen und Schulungen der Rehabilitanden und ihrer Bezugspersonen zu den Themen Prävention, Entstehungsbedingungen, Verläufe, Behandlungsmöglichkeiten sowie Bewältigungsstrategien von Suchterkrankungen, deren Folgeerkrankungen und komorbiden Störungen
- Beratung im Umgang mit strukturellen und funktionalen Einschränkungen

### **Laboruntersuchungen erfolgen**

- Zur Feststellung von Folgeerkrankungen der Drogen-, Alkohol- und/oder Medikamentenabhängigkeit (wie z. B. Hepatitiden oder Pankreatiden)
- Bei der Mitbehandlung von Begleiterkrankungen (z. B. Hypertonus, Diabetes mellitus)
- Bei der Feststellung des Konsums psychotroper Substanzen
- Zur Ermittlung des Wirkspiegels bei antikonvulsiver Therapie
- Im Rahmen von Routinekontrollen bei laufenden medikamentösen Behandlungen

Wenn Folgeerkrankungen der Abhängigkeitserkrankung oder Begleiterkrankungen diagnostiziert werden, sind folgende therapeutische Interventionen möglich:

- Bei Polyneuropathie: krankengymnastische Behandlung und/oder Physiotherapie
- Bei hirnorganisch begründeten, kognitiven Einschränkungen: Papier- und computergestütztes Hirnleistungstraining im Rahmen unserer Ergotherapie (z. B. COGPACK)
- Bei Pankreatitis, Diabetes mellitus, Hepatitiden und Fehlernährung: Diätberatung und Diät-Versorgung, allgemeine und spezielle Beratung sowie medizinische Verhaltensanleitungen
- Bei einer HIV-Infektion oder einer chronischen Hepatitis C: Überleitung in die Behandlung von Schwerpunktpraxen oder Institutsambulanzen

### **Zum Abschluss der Therapie:**

- Sozialmedizinische Begutachtung
- Einleitung weiterführender Maßnahmen und Therapien
- Abschlussuntersuchung, Entlassungsgespräch
- Ärztlicher Entlassungsbericht

Ggf. werden die somatotherapeutischen Interventionen durch Maßnahmen der allgemeinen und speziellen Krankenpflege unterstützt.

### **Akupunktur**

Akupunktur in der Gruppe: indikativ, KTL F619, 2 x pro Woche à 45 Min. und zusätzlich nach Bedarf

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 stoffunspecifisch wirkt. Die Bedeutung des Ohres für die Heilung und das Verfahren der Nadelung sind in der traditionellen chinesischen Medizin beschrieben und bewährt. Die 5-Punkte-Kombination wurde im Lincoln-Hospital, South-Bronx, NYC, entwickelt und später NADA-Protokoll genannt. Akupunktur wird nur durchgeführt, wenn keine medizinischen oder psychiatrischen Gründe dagegen sprechen und der Rehabilitand der Maßnahme ausdrücklich zustimmt. Ausschlussgründe können Entzündungen oder besonders labile psychische Zustände sein.

Nach dem Setzen der Nadeln durch geschulte Mitarbeiter folgt eine Entspannungsphase von 30 Min. im Sitzen oder im Liegen. Die Nadeln werden von dem Rehabilitanden selbst gezogen. Ein anwesender Therapeut ist im Anschluss für Fragen und Klärung eventueller Komplikationen zuständig. Zwischen den Akupunktur-Gruppensitzungen auf den Stationen kann im Einzelfall – je nach Indikation und Bedarf - zusätzliche Ohrakupunktur im Einzelsetting erfolgen.

## **Substitutionsbehandlung**

### Allgemeines

Die Substitutionsbehandlung schwer opiatabhängiger Rehabilitanden ist im Rahmen der medizinischen Rehabilitation möglich. In Deutschland wird die Behandlung mit diversen Ersatzstoffen seit Jahren auf der gesetzlichen Grundlage der BtmVV durchgeführt.

Das Angebot der begleitenden Substitution richtet sich in unserer Fachklinik an Rehabilitanden 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 suchtmmedizinisch 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 Rehabilitanden 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-Richtlinien<sup>1</sup>.

### Durchführung der Substitution

Bevor ein substituierter Rehabilitand zur Therapie aufgenommen werden kann, erfolgt verpflichtend ein ärztliches Vorgespräch. Im Verlauf des Gesprächs wird dem Rehabilitanden schriftlich mitgeteilt, dass er im Vorfeld der Rehabilitation – entsprechend der geltenden BUB-Richtlinien – seine Beikonsumfreiheit nachweisen muss. Ist diese nicht gewährleistet, muss vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine Entgiftung des Beikonsums erfolgen. Der zuvor substituierende ärztliche Kollege wird um eine Substitutionsbescheinigung und eine schriftliche Bestätigung der Drogenscreenings gebeten. Erst im Anschluss an das Vorgespräch fällt dann die Entscheidung, ob diese spezielle Variante der Therapie für den Rehabilitanden Erfolg versprechend erscheint oder andere Vorschläge unterbreitet werden.

Besteht die Indikation für eine Substitutionsbehandlung, wird für den betreffenden Rehabilitanden ein individuell abgestimmter Vergabeplan bezüglich der Dosierung, der Art der Substitutionsmedikation und der Vergabezeitpunkte vereinbart. Bei Methadon sollte die Dosis von Beginn an im unteren Bereich liegen (5 mg täglich maximal), um ein tragfähiges therapeutisches Vorgehen zu ermöglichen.

---

#### <sup>1</sup>Zielvorstellungen 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.

Es kann hier im Einzelfall aber auch zu individuellen Dosierungsabsprachen kommen. Für das Substitut Buprenorphin kann keine Äquivalenzdosis zu Methadon errechnet werden (Maximaldosis 8 mg pro Dosis). Außerdem ist das Wirkprinzip von Buprenorphin derart, dass keine Sedierung mit Zunahme der Dosierung erfolgt. Die Vergabe von Methadon erfolgt täglich (vormittags oder nachmittags), während Buprenorphin, wenn möglich, in alternierender Form verabreicht wird (Mo- Mi-Fr). Durch diese Art der Verordnung, d.h. durch die tageweise Karenz vom Sucht-Ersatzstoff, kann der Rehabilitand bereits unter der Substitutionsbehandlung Erfahrungen für die geplante Abstinenz sammeln.

## 5.5.2 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

### Allgemeine Psychotherapie

Die Gruppen- und Einzelpsychotherapie bildet ein Fundament unseres Behandlungsprogrammes. Im Rahmen unserer psychodynamisch-integrativen Grundausrichtung wird nicht nur auf die Suchthematik und die intrapsychische Funktionalität von Alkohol, Medikamenten und Drogen fokussiert, sondern auch auf die hinter der Abhängigkeitsentwicklung stehende Psychodynamik sowie deren Verschränkungen mit der Beziehungs-, der sozialen und der beruflichen Ebene. Zum Tragen kommen hierbei therapeutische Konzepte der psychoanalytisch-interaktionellen Methode (sog. „Göttlinger Modell“, Heigl-Evers & Ott, 2002), der integrativen Therapie (Petzold, 1993), der (kognitiven) Verhaltenstherapie (Vollmer & Krauth, 2000; Lindenmeyer, 1999), der familien- und systemischen Therapie (Minucchin (1984), Berg & Miller, 1993), der Gesprächspsychotherapie (Rogers, 1973) und des Psychodramas (Wöhrle, 1994). Zur Unterstützung unseres übergeordneten Rehabilitationsauftrages (Erhalt oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, soziale und berufliche Reintegration, Herstellung einer dauerhaften Abstinenz) verfolgt die Psychotherapie unserer Entwöhnungseinrichtung folgende Behandlungsziele:

- Die psycho- und sozialtherapeutische Aufarbeitung von Problemen im beruflichen, familiären und sozialen Bereich, ggf. Hilfestellung bei der Einleitung konkreter Veränderungsmaßnahmen. Besondere Berücksichtigung finden hierbei die BBPL.
- Die Förderung von Krankheitseinsicht und Abstinenzmotivation
- Die Aneignung von Strategien der Rückfallprophylaxe und von Ressourcen zur raschen Rückfallaufarbeitung (primäre und sekundäre Rückfallprävention)
- Die Auseinandersetzung mit der intrapsychischen Funktionalität des Suchtmittels und den biographischen Hintergründen der Abhängigkeitserkrankung
- Die Thematisierung und Aufarbeitung von zentralen Aspekten der psychischen Grundproblematik (Konflikt- und/oder Entwicklungspathologie)
- Eine Ich-strukturelle Nachreifung in den Bereichen der Selbstwahrnehmung, der Selbstregulierung, der Affektmodulation und der Beziehungsregulierung
- Ein Zuwachs an Introspektions-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit.

Durchgeführt wird das gruppen- und einzelpsychotherapeutische Angebot unserer Einrichtung von Diplom-Psychologen und Diplom-Sozialpädagogen mit DRV-anerkannter Zusatzqualifikation. Die entsprechenden Mitarbeiter organisieren ihre therapeutische Arbeit nach einem bezugstherapeutischen Kleingruppen-Modell, wonach jeweils zwei Bezugstherapeuten für eine Therapiegruppe mit max. 12 Rehabilitanden zuständig sind.

### Folgende psychotherapeutische Angebote werden vorgehalten:

Gruppenpsychotherapie in der Bezugsgruppe KTL G609, G571, G630, G661, G662, G663 (je nach Ausbildung des Gruppenleitenden), 2 oder 3 x pro Woche (je nach Bedarfsgruppe) à 60-90 Min., 8 – 12 Rehabilitanden

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 Rehabilitanden 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).

Da unsere psychotherapeutischen Gruppen aus organisatorischen Gründen als halboffenes Angebot konzipiert sind und somit eine Fluktuation der Gruppenteilnehmer unvermeidbar ist, lässt sich ein charakteristischer suchtherapeutischer Behandlungsverlauf eher einzelfallbezogen als anhand einer typischen Gruppendynamik darstellen (Stetter, 2000a; Böhle & Vattes, 1993):

**1) Initialphase:** Förderung von Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Veränderungsbereitschaft; kognitive und emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung (z. B. durch Identifikationsprozesse mit fortgeschrittenen Rehabilitanden); Bearbeitung von Scham- und Schuldgefühlen bezüglich der Abhängigkeit; Reduzierung von Ängsten und Unsicherheiten im multipersonalen Feld der Gruppe durch Ich-stützende und supportive Interventionen; Beziehungsaufnahme zu den Mitrehabilitanden und zu dem Bezugstherapeuten.

**2) Kernphase:** Auseinandersetzung mit der intrapsychischen Funktionalität des Suchtmittels und den biographischen Hintergründen der Abhängigkeitsentwicklung; Thematisierung und Bearbeitung der Grund- bzw. Beziehungsstörung im interaktionellen Feld der Gruppe sowohl über antwortende, deutende und erlebnisaktivierende Interventionen, als auch über Rückmeldungen der Mitrehabilitanden; hierbei Nachentwicklung defizitärer Ich-Strukturen, Korrektur konfliktzeugender innerer Selbst- und Objektbilder und Förderung von Introspektions-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit; Verbesserung der interpersonellen und sozialen Fähigkeiten unter dem Eindruck einer zunehmenden Außenorientierung (freie Wochenenden + Nachmittage); Erarbeitung von persönlichen Strategien der Rückfallprophylaxe; Thematisierung von (suchtbedingten) Problemen im familiären, sozialen und beruflichen Bereich; therapeutische Unterstützung und Rückmeldung bei diesbezüglichen Veränderungsmaßnahmen. Besondere Berücksichtigung finden hierbei die BBPL.

**3) Loslösungsphase:** Abschied von der Bezugsgruppe und Aufarbeitung des hiermit verbundenen Trauerprozesses; Bilanzierung der Therapieerfolge im interaktionellen Rahmen; gemeinsame Reflexion von weitergehenden Veränderungsnotwendigkeiten.

Achtsamkeitsgruppe G619, 1 x pro Woche à 60 Minuten, max. 12 Rehabilitanden

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).

Einzeltherapeutische Sitzungen: tiefenpsychologisch fundierte Einzeltherapie KTL G651 bzw. G651; Verhaltenstherapeutische Einzeltherapie G592 bzw. G64; als andere Verfahren (systemisch, gestalt, integrativ etc.) G620 bzw. G653; 1 x pro Woche à 50 Min. oder 2 x pro Woche à 30 Min.

Regelhaft wird durch den Bezugstherapeuten alle 7 Tage ein Einzelgespräch à 50 Min. durchgeführt. Je nach Indikation und Absprache mit dem Rehabilitanden kann das wöchentliche Einzelgespräch in 2 Einzelgespräche à 30 Min. aufgeteilt werden.



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 (entsprechend verkürzt bei Fokusbehandlungen im Rahmen von Kombinationstherapien). Hierauf aufbauend, werden im Rahmen dieser initialen Einzelsitzungen auch der zentrale Behandlungsfokus und die konkreten Therapieziele, unter der Einbeziehung der BORA Gruppeneinteilung und den sich hieraus ergebenden berufsbezogenen Behandlungszielen gemeinsam mit dem Rehabilitanden 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).

Paar- und Familiengespräche: KTL G680, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache, Dauer 60 oder 90 Min.

Die psychotherapeutische Arbeit mit unseren abhängigkeitskranken Rehabilitanden beschränkt sich nicht nur auf den „Symptomträger“, sondern bezieht in beiden Behandlungsbereichen auch nahe Angehörige, Freunde und Bezugspersonen mittels Paar- und Familiengesprächen in den Veränderungsprozess mit ein. In der ersten Phase der Behandlung können hierdurch wichtige diagnostische Informationen zu den familiären Hintergründen und den sozialen Auswirkungen der Suchterkrankungen unserer Rehabilitanden gewonnen werden. Deutlich werdende Problemfelder und Konflikte können dann anschließend in weiteren Angehörigengesprächen aufgearbeitet werden. In der Initialphase und oftmals auch noch in der frühen Kernphase unserer Entwöhnungsbehandlungen ist manchmal aber auch eine gewisse Distanz unserer Rehabilitanden zu ihren nahen Angehörigen und Bezugspersonen nötig, da die eigene psychosoziale Situation und die Rolle des „abstinenten Suchtmittelabhängigen“ erst gefestigt werden müssen. Die für eine Auseinandersetzung mit den Angehörigen notwendige Stabilität wird dann jedoch meistens in den späteren Therapiephasen erreicht.

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.

### **Indikative psychotherapeutische Gruppen bei psychischer Komorbidität**

Substanzinduzierte psychische Störungen als direkte Folge eines einmaligen oder fortgesetzten Konsums von Suchtmitteln remittieren in der Regel bei Abklingen der Intoxikation und bei Abstinenz; die Behandlung substanzinduzierter Störungen ist daher zumeist nur während der Entgiftung und ggf. zu Beginn der Rehabilitation relevant. In der Regel beschränkt sich die Behandlung während der Rehabilitation auf psychiatrische Informationen und evtl. eine Medikation, die im weiteren Verlauf abgesetzt werden kann.

Falls psychische Symptome jedoch mehr als vier Wochen nach einer akuten Intoxikation oder nach der Entgiftung vom Suchtmittel persistieren, ist von psychischer Komorbidität bzw. von einer sog. Doppeldiagnose auszugehen. Der Verdacht auf eine psychische Begleiterkrankung sollte dann durch eine ausführliche psychiatrische und ggf. testpsychologische Untersuchung unter Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte verifiziert werden.

Das häufige Auftreten von Doppeldiagnosen bei Suchterkrankungen ist in vielen Untersuchungen nachgewiesen worden, u. a. in der umfangreichen ECA-Studie (Epidemiologic Catchment Area Program; Regier et al., 1990) oder in der NCS-Studie (National Comorbidity Survey, Kessler et al., 1994). Besonders relevant sind zusätzlich zur bereits vorhandenen Substanzabhängigkeit das Vorhandensein von weiteren Süchten (einschließlich Polytoxikomanien, nicht stoffgebundenen Süchten), Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen, Borderline- und Dissoziale Persönlichkeitsstörungen sowie Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises. In den letzten Jahren wurde auch auf den Zusammenhang von posttraumatischen Belastungsstörungen und Sucht hingewiesen (z. B. Stewart, 1996, Schäfer u. Kausz, 2006 oder Lüdecke, Sachse u. Faure 2010).

Obwohl die Häufigkeit von Doppeldiagnosen mittlerweile gut belegt ist, sind entsprechende Störungsmodelle bislang nur unzureichend empirisch validiert. Zu den am besten abgesicherten Störungsmodellen zählen:

1. Das Selbstmedikationsmodell: Suchtmittelabhängigkeit versteht sich demnach als ein dysfunktionaler Selbstmedikationsversuch einer primären psychischen Störung, bspw. einer Angststörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (Moggi, 2002; Stewart, 1996). Sich gegenseitig verstärkend, schaukeln sich Störungen in einem Teufelskreislauf auf.
2. Das Sensitivitätsmodell: Nach diesem Modell treffen aktuelle Belastungsfaktoren auf eine erhöhte Vulnerabilität als Resultat genetischer Faktoren und früher Umweltereignisse, was eine psychische Störung, bspw. eine Schizophrenie, ermöglicht. Die individuelle Vulnerabilität wird dabei durch einen Suchtmittelkonsum maßgeblich verstärkt (Mueser et al., 2002).
3. Das Komorbiditätsmodell: Hiernach bewirkt eine erhöhte Vulnerabilität Impulsivität und emotionale Instabilität, die die gemeinsame Grundlage einer Substanzstörung und z. B. einer Borderline-Persönlichkeitsstörung bilden (Trull et al., 2000). Beide Störungen halten sich nach ihrer Manifestation gegenseitig aufrecht.

Diese drei Störungsmodelle finden sich auch im fundierten neuropsychotherapeutischen Konzept des Instituts für Psychologie der Universität Bern wieder, das die wissenschaftlich-methodische Grundlage für unsere indikativen Psychotherapieangebote zur psychischen Komorbidität bildet. Nach diesem Konzept basieren psychische Störungen inkl. Substanzabhängigkeiten im Wesentlichen auf einer defizitären Emotionsregulation. Diese entsteht durch eine genetische Vulnerabilität und frühe Inkongruenzerfahrungen, die zu leicht auslösbaren, intensiven und lang andauernden Stressreaktionen mit starken, nicht kontrollierbaren negativen Emotionen führen. Dauerhafte Stressreaktionen bewirken wiederum überdauernde neuronale Bahnungen und hirnstrukturelle Veränderungen, die die hohe psychische Verwundbarkeit nochmals verstärken. Sofern keine Gegenregulation durch erwachsene Bezugspersonen erfolgt, persistieren die Angst vor Gefühlen und – darauf aufbauend – Vermeidungsverhalten sowie eine geringe emotionale Selbstwirksamkeitserwartung. Letzte trägt dann fast zwangsläufig zu einem negativen Selbstbild bei. Zum Affekt-Vermeidungsverhalten zählen neben den bekannten Abwehrmechanismen (Verdrängung etc.) auch kurzfristige Spannungsreduktionen durch präpathologische, Kontrolle suggerierende mentale Aktivitäten, die durch einen Substanzgebrauch induziert oder verstärkt werden können. Treten dann noch belastende externe Ereignisse hinzu, die die psychischen Grundbedürfnisse verletzen, ist die Wahrscheinlichkeit zur Herausbildung einer psychischen Störung hoch.

Auf der Grundlage des hier skizzierten neuropsychotherapeutischen Konzeptes zielen unsere psychotherapeutischen Module zur Behandlung von komorbiden psychischen Störungen – unabhängig von der konkreten Symptomatik – auf die Verbesserung der Emotionsregulation ab. Die Module zur psychischen Komorbidität unterstützen somit auch unser Rückfallpräventionstraining, denn unangenehme Gefühle zählen zu den wesentlichen Auslösern eines Rückfalles. Die therapeutischen Bausteine sind als Gruppenprogramm konzipiert und werden durch psychiatrische Einzelgespräche ergänzt, in denen auch die Frage einer unterstützenden neuroleptischen oder antidepressiven Medikation geklärt werden kann.

Es werden verschiedene Gruppenangebote zur psychischen Komorbidität vorgehalten, die sich von ihren inhaltlichen Schwerpunkten her unterscheiden: Unser „Training emotionaler Kompetenzen“

ist übergreifend bei allen komorbiden Störungsbildern indiziert, die von einer allgemeinen Verbesserung der Affektwahrnehmung und -regulation profitieren können (Ängste, Depressionen, Aggressionsmodulationsstörungen etc.). Es ist das Basismodul unseres indikativen, neuropsychotherapeutisch fundierten Behandlungsangebotes. Es wird ergänzt durch zwei weitere Gruppenangebote, die jeweils auf spezifische Rehabilitandengruppen fokussieren – die „Stabilisierungsgruppe“ für Rehabilitanden mit intrusiven und dissoziativen Zuständen sowie das „Skillstraining“, das basaler als das „Training emotionaler Kompetenzen“ ansetzt und für Rehabilitanden mit gravierenderen Störungen der Affektregulation und/oder schweren Persönlichkeitsstörungen gedacht ist.

Training emotionaler Kompetenzen: KTL G619, max. 12 Rehabilitanden, mindestens 1 x in der Woche à 90 Min.

Das Training von Kompetenzen zur Emotionsregulation, kurz Training emotionaler Kompetenzen (TEK, Berking, 2006), 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.

Wesentliche Ziele sind:

- Ermöglichen von Entspannung
- Achtsamkeit gegenüber inneren Prozessen
- Annäherung an vermiedene Situationen und Gefühle
- Bewältigung von unangenehmen Gefühlen
- Umgang mit potenziell besonders schädlichen Gefühlen

Traumagruppe: KTL G619, 1x pro Woche á 60 Min, 8-12 Rehabilitanden

Die Traumagruppe besteht aus psychoedukativen und praktischen Anteilen. Basiswissen zu Informationsverarbeitung des Gehirns in traumatischen Situationen wird vermittelt; die Entstehung von Flashbacks, visuellen, auditiven, und olfaktorischen Intrusionen wird erklärt. Rehabilitanden lernen, Flashbacks entgegenzuwirken bzw. Auslöser zu erkennen und zu „entschärfen“, mit Albträumen umzugehen, durch Imaginationsübungen (Psychodynamisch Imaginative Psychotherapie, Reddemann 2001, 2004) zu größerer innerer Sicherheit zu gelangen und sich vor überflutendem Material zu schützen.

Wesentliche Ziele der Traumagruppe sind:

- Erkennen von Flashbacks und Dissoziativen Zuständen
- Auswirkungen dieser auf Suchtverhalten erkennen
- Das Erlernen eines kontrollierten Umgangs mit überflutendem, traumatischem Material
- Die Distanzierung von belastenden inneren Bildern und Gefühlen
- Die aktive Herstellung von Ich-stärkenden inneren Bildern und schützenden inneren Objekten
- Selbstberuhigung und Tröstung
- Ressourcenaktivierung.

Für Rehabilitanden mit ausgeprägter Posttraumatischer Belastungsstörung besteht die Möglichkeit einer Einzelbehandlung mit EMDR (nach Francine Shapiro). KTL G592, Frequenz individuell, ca. 90 Min.

Skillstraining: KTL G619, 1x/Woche à 90 Min., 8 - 12 Rehabilitanden

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 Skilltrainings kann sich jeder Rehabilitand einen persönlichen „Notfallkoffer“ für schwierige Situationen im Alltag erarbeiten.

Wesentliche Ziele des Skilltrainings sind darüber hinaus:

- Das Trennen und Benennen von Gefühl und Verstand
- Das Erlernen von Wahrnehmung ohne Bewertung
- Die Aneignung von Methoden der inneren Distanzierung
- Die Verminderung der emotionalen Verwundbarkeit
- Das Management von Krisen und Triggersituationen

Stressbewältigungsgruppe: F571, 1 x pro Woche à 50 Minuten, max. 12 Rehabilitanden

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: G602, 1 x pro Woche à 60 Minuten, max. 12 Rehabilitanden

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, Depression oder chronischem Schmerz: KTL G613, G616, G612; 1 x pro Woche à 60 Min., 8 - 12 Rehabilitanden

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 Rehabilitanden bzgl. ihrer Abhängigkeit und die daraus resultierende Entwicklung von Bewältigungs- und Veränderungsstrategien.

Computergestütztes Hirnleistungstraining im Einzel- und Gruppensetting: KTL F620 (einzeln, mind. 2 x pro Woche à 15 Min.) bzw. F630 (in der Kleingruppe, mind. 2 x pro Woche à 30 Min., max. 5 Rehabilitanden)

Insbesondere bei unseren Rehabilitanden 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.

Die zentralen Behandlungsziele unseres Hirnleistungstrainings COGPACK sind:

- Die Verbesserung von Konzentration, Aufmerksamkeit und Gedächtnis sowie
- Die Steigerung des Auffassungsvermögens.

## **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.

Ein Hintergrund von Abhängigkeitserkrankungen können eine unsichere Geschlechtsidentität und ein hieraus resultierender Mangel an autonomer Entwicklung sein. Einen wichtigen Faktor hierbei bilden als unzulänglich erlebte weibliche und männliche Primärobjekte der Herkunftsfamilie, die sich nicht zur Identifikation eignen. Beispielhaft seien eine überforderte Mutter oder ein abwesender/ bedrohlicher Vater genannt. Das Fehlen positiver innerer Leitbilder für die eigene Geschlechtsidentität wird dann häufig durch stereotype Rollenbilder zu kompensieren versucht, was wiederum zu Selbstunsicherheit, mangelnder Autonomie und häufig zu einer großen Abhängigkeit von und in Partnerschaften führt. In den Partnerschaften führt dies dann später oftmals zu Spannungen, Konflikten und krisenhaften Zuspitzungen, mitunter auch zu gewaltsamen Eskalationen. Nach der Manifestation von Abhängigkeitserkrankungen bilden Schwierigkeiten in den Partnerschaften sowie drohende oder reale Objektverluste auch häufig die Basis für einen Rückfall.

Die Unsicherheiten in der Geschlechtsidentität sowie die hiermit verbundenen Selbstwertzweifel und Defizite in der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit begünstigen vor allem in der Adoleszenz die Entstehung einer Suchtmittelabhängigkeit, die – wenn sie sich erst einmal etabliert hat – die weitere Identitätsentwicklung in einer Art negativer Rückkopplung stark behindert. Denn durch die Abhängigkeit werden sowohl der altersentsprechende Erfahrungshorizont als auch die zur inneren Reifung notwendige Auswertung dieser Erfahrungen erheblich eingeschränkt. Somit wird es äußerst schwierig, sich als Frau oder Mann klar zu positionieren. Das Selbstwertgefühl bleibt in der Folge nachhaltig beschädigt.

Zu berücksichtigen ist bei geschlechtsspezifischen Aspekten der Abhängigkeit aber auch, dass der Substanzkonsum auch ohne tiefer gehende Verunsicherung der Geschlechtsidentität ein Versuch sein kann, gesellschaftlichen Rollenerwartungen zu entsprechen oder Wünsche auszuleben, die diesen zuwider laufen. Beispielhaft sei hier auf Frauen mit einem Medikamentenabusus hingewiesen, die in zahlreichen Belastungssituationen funktionieren wollen und es über lange Zeit auch tun sowie auf Männer, die im Rausch schlichtweg Macht und Stärke zeigen wollen.

Der geschützte Rahmen unserer geschlechtsspezifischen Gruppen, die als indikatives Angebot zusätzlich zur Bezugsgruppenpsychotherapie angeboten werden, bietet auch die Möglichkeit zur Verbalisierung von traumatisierenden Erlebnissen, z. B. von sexuellem Missbrauch und Gewalt. Ein umsichtiges therapeutisches Umgehen vorausgesetzt, kann dieses Benennen von Traumata einen Meilenstein in deren Bewältigung darstellen. In den geschlechtsspezifischen Gruppen arbeiten wir jedoch nicht traumazentriert, sondern gehen eher auf die Konsequenzen und Alternativen der traumatisierenden Erlebnisse in den aktuellen sozialen Bezügen ein. Dies stärkt die psychosozialen Kompetenzen der betreffenden Rehabilitanden und kann über die zwischenmenschliche Ebene zu einer nachhaltigen psychischen Stabilisierung beitragen. Auch Solidaritätserfahrungen mit den Frauen bzw. Männern aus den jeweiligen geschlechtsspezifischen Gruppen führen zu einer Stärkung der psychosozialen Selbstsicherheit und können dazu beitragen, dass Frauen- bzw. Männerfreundschaften für den neuen Lebensabschnitt besser genutzt werden können. Dieser Effekt wirkt der Gefahr entgegen, dass das in der Rehabilitation entstandene Potential im Bereich der sozialen Kompetenzen den habituellen, dependent geprägten Beziehungsmustern bzw. Rollenstereotypen unserer Klientel zum Opfer fällt.

**Unsere geschlechtsspezifischen therapeutischen Angebote sind im Einzelnen:**

Frauengruppe: indikativ, KTL G574, 1 x pro Woche à 60 Min., 8 - 12 Rehabilitandinnen

Grundlegende Ziele sind:

- Reflektion des Frauen- und Männerbildes und Förderung der weiblichen Identität
- Reflektion abhängiger Beziehungen und Förderung autonomer Entwicklungen
- Verbesserung der Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit zu Frauen
- Stärkung des Selbstwertgefühles

Die Unterbringung von Frauen in einer eigenen Wohngruppe wird optional berücksichtigt, was als flankierende Maßnahme zur Unterstützung von Frauen – insbesondere von traumatisierten Frauen – gedacht ist.

Männergruppe: indikativ, KTL G574, 1 x pro Woche à 60 Min., 8 – 12 Rehabilitanden

Grundlegende Ziele sind:

- Reflektion männlicher und weiblicher Rollenvorstellungen und der Beziehungsgestaltung
- Förderung der männlichen Identitätsentwicklung
- Auseinandersetzung mit Aggressivität und Gewalt
- Stärkung des Selbstwertgefühles
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit bzw. Korrespondenzfähigkeit
- Vermittlung von Solidaritätserfahrungen
- Erweiterungen des Erlebens- und Handlungsspektrums

### **Sozialtherapie**

In der Sozialtherapie unserer Einrichtung stehen sowohl die allgemeinen sozialen Kompetenzen unserer Rehabilitanden 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 Rehabilitanden fokussiert wird.

Unser milieutherapeutisches Behandlungsangebot umfasst zunächst gezielte Maßnahmen, die über das Medium der „therapeutischen Gemeinschaft“ zur Entwicklung oder Wiedererlangung alltagspraktischer Fähigkeiten sowie zur selbstverantwortlichen Lebensführung anregen sollen (z. B. durch die Übernahme von Aufgaben, Pflichten, Rechten und Ansprüchen im Bezugsgruppe-/Stationsalltag sowie durch den konkreten Umgang mit strukturgebenden Regeln). Die Wirkmechanismen der Milieuthherapie sind hauptsächlich die Internalisierung sozialer Regeln und Normen durch die zunehmende Bindung an Mitrehabilitanden, Therapeuten und Therapieziele, aber auch der Gewinn an Zuversicht und Selbstvertrauen durch die Bewältigung konkreter sozialer Aufgaben (Feuerlein et al., 1998). Darüber hinaus werden im Rahmen unserer Milieuthherapie auch konkrete Hilfestellung in den Bereichen der Tagesstrukturierung, der Beziehungsgestaltung und der Freizeitplanung /-Aktivität angeboten.

Die im Verlauf der Behandlung zunehmende Außenorientierung der stationären Rehabilitanden wird für Klärungs-, Erprobungs- und Belastungszwecke im realen Lebensumfeld genutzt. Persistierende Belastungsfelder im familiären, sozialen und/oder beruflichen Bereich können so frühzeitig erkannt und entsprechende Veränderungsschritte noch aus der medizinischen Rehabilitation heraus in die Wege geleitet werden. Sozialtherapeutisch beinhaltet dies im Wesentlichen beraterische und aufsuchende Aktivitäten, klärende Gespräche mit wichtigen Bezugspersonen (z.B. mit dem Arbeitgeber oder mit dem betrieblichen Sozialberater) und die Vermittlung von weiterführenden sozialen oder berufsbezogenen Hilfen. Hierdurch wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und an der Arbeitswelt gezielt unterstützt bzw. gestärkt. Eine besondere Berücksichtigung finden hierbei die BBPL.

### **Unser sozialtherapeutisches Behandlungsangebot umfasst im Einzelnen:**

Milieutherapeutische Einzelbetreuung: KTL D620, mind.30 Min., Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit den Rehabilitanden und Bezugstherapeuten

Die milieutherapeutischen Einzelbetreuungen haben zum Ziel

- Die verbesserte Wahrnehmung und Klärung von Problembereichen im Lebensalltag und Beruf
- Das Training antizipatorischer Fähigkeiten und von Bewältigungskompetenzen im Alltag und Beruf
- Die Befähigung zur selbstverantwortlichen Lebensführung
- Den Aufbau von Kompetenzen in den Bereichen Tagesstrukturierung, Freizeitplanung, soziale Kontakte und Beziehungsgestaltung

Im Rahmen der milieutherapeutischen Einzelbetreuung können auch spezifische soziale Problemfelder der Rehabilitanden nochmals intensiv thematisiert und aufgearbeitet werden (Wohnsituation, familiäre Situation, finanzielle und Schuldensituation, Freizeitgestaltung, Heimfahrten, Arbeitssituation).

Angebote zur Freizeitgestaltung: KTL: L560, individuelle Dauer und Frequenz; und L559, mindestens 20 min 1x pro Woche.

Dieses Angebot findet hauptsächlich am Wochenende statt, und ermöglicht den Rehabilitanden, Aktivitäten und Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung kennen zu lernen. Sie können erproben, ihre freie Zeit aktiv zu gestalten, mit anderen Menschen Absprachen zu treffen und diese verbindlich einzuhalten, und sich auf eine gemeinsame Aktivität zu einigen obwohl viele unterschiedliche Interessen bestehen.

### 5.5.3 Arbeitsbezogene Interventionen

#### Arbeits- und Ergotherapie

Die Arbeits- und Ergotherapie des RehaCentrums Alt-Osterholz stellt die zweite Säule neben 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. Durch den Realitätsbezug der Arbeits- und Ergotherapie können psychische Veränderungsprozesse sowohl überprüft als auch in einer Art Rückkopplungsprozess neu angeregt werden. Strukturierte, prozessorientierte Arbeit z. B. erleichtert und objektiviert die Selbsteinschätzung sowohl durch den Produktionsprozess als auch durch die Qualität des fertig gestellten Produktes. Darüber hinaus können die innere Zufriedenheit und die äußere Bestätigung für eine erfolgreich durchgeführte Arbeitsaufgabe das Selbstwertgefühl erheblich stärken. Der Trainingsaspekt unserer Arbeits- und Ergotherapie bietet zudem die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit der eigenen Lust-/Unlustregulation und der Steuerung von Bedürfnissen/Verhaltensimpulsen.

#### Arbeitstherapie

Bei einer großen Zahl der Rehabilitanden unserer Fachklinik bestehen „Besondere berufliche Problemlagen (BBPL)“. Eine der zentralen Aufgaben der Arbeitstherapie ist es, diese diagnostisch zu erfassen und zu behandeln. Grundlage hierfür ist eine umfassende erwerbsbezogene Diagnostik, auf deren Basis eine Überprüfung der im Rahmen der Vorlaufdiagnostik erfolgten vorläufigen Zuteilung sowie die endgültige Zuteilung in die BORA –Gruppe erfolgt. Durch diese Zuteilung werden die für jede BORA Gruppen definierte Behandlungsziele festgelegt (siehe Anhang BORA Checkliste Behandlungsziele) und entsprechende festgelegte Behandlungsmaßnahmen (siehe Anhang BORA Checkliste Behandlungsmaßnahmen) ausgelöst. Die spezifischen Defizite im Bereich der erwerbsbezogenen Ressourcen und Schlüsselqualifikationen werden mit MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) und dem Würzburger Screening erfasst. Dies dient dazu das Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden mit dem Anforderungsprofil der spezifi-

sehen Tätigkeit unserer Arbeitstherapie oder des ausgeführten bzw. angestrebten Berufes – abzugleichen. MELBA ermöglicht es darüber hinaus, den Prozess der Verbesserung/Weiterentwicklung von Schlüsselqualifikationen in den eingangs diagnostizierten Defizitbereichen fortlaufend zu dokumentieren und zu überprüfen. Flankiert wird dies durch den Einsatz des Assessments HiPor zur Behandlungssteuerung. HiPor wird zur Prozesssteuerung und –begleitung eingesetzt.

Die Ergebnisse der erwerbsbezogenen Diagnostik, die BORA-Gruppeneinteilung, die hieraus resultierenden Ziele für die Arbeitstherapie und die Zuweisung in die spezifischen arbeitstherapeutischen Bereiche unserer Einrichtung werden von dem zuständigen Arbeitstherapeuten mit dem Rehabilitanden in einem Einzelgespräch abgestimmt.

Die Arbeitstherapie der Fachklinik verfügt über folgende Bereiche:

- Holz- und Metallwerkstatt mit angeschlossener Möglichkeit zur Fahrradreparatur
- Hauswirtschaft
- Cafeteria und Küche
- Gartenbereich
- Rehabilitandencafé
- Bürokommunikation/EDV
- Bewerbungstraining

Die Bereiche Hauswirtschaft, Cafeteria und Küche dienen nicht nur der Weiterentwicklung der Arbeitsbasis- bzw. Schlüsselqualifikationen, sondern auch dem Training zur Führung eines eigenen Haushaltes und zur Gestaltung eines angenehmen Umfeldes. Insbesondere das Arbeiten im Team, Arbeiten die mit Publikumsverkehr verbunden sind, die eine Planungssicherheit, eine Zeittaktung erfordern, etc. werden hier erprobt.

Die Gartenarbeit kann über das Training der Schlüsselqualifikationen hinaus auch die Freizeitkompetenz erhöhen.

Im Büro-/EDV-Bereich werden grundlegende PC-Kenntnisse vermittelt, die auch zur Erstellung einer Bewerbungsmappe genutzt werden können. Darüber hinaus stehen in der Freizeit Internet-Surfstationen, u. a. zur Information über aktuelle Stellenangebote, zur Verfügung.

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

Im Verlauf des arbeitstherapeutischen Prozesses schreibt jeder Rehabilitand nach 3 Wochen einen Bericht über seinen Kenntnis- und Entwicklungsstand sowie über seine weiteren Planungen bzw. Vorhaben für den zukünftigen Arbeitsbereich (die konkreten Einsatzfelder unserer Arbeitstherapie können gewechselt werden). Ergänzend hierzu bewertet der zuständige Arbeitstherapeut die Schlüsselqualifikationen, wie sie der Rehabilitand in den zurückliegenden Wochen in seiner Arbeitsgruppe gezeigt hat. In einem gemeinsamen Bilanzgespräch mit dem Rehabilitanden werden anschließend Rückmeldungen zum bisherigen Arbeitsverhalten und Arbeitsergebnis gegeben, die Selbst- und Fremdeinschätzung verglichen und die Zielvereinbarungen überprüft.

Zum Ende der arbeitstherapeutischen Behandlung hin wird ein Auswertungsgespräch mit dem Rehabilitanden geführt, in dem die Arbeitsbasis-/Schlüsselqualifikationen sowie die BBPL zu Beginn und zu Ende der Therapie jeweils aus Sicht des Arbeitstherapeuten und des Rehabilitanden verglichen werden. Dabei wird geprüft, ob und wie weit die Zielvereinbarungen im Rahmen der Arbeitstherapie erreicht wurden. Ebenso werden in diesem Auswertungsgespräch Empfehlungen für die weitere berufliche Entwicklung ausgesprochen.

### **Unser arbeitstherapeutisches Behandlungsangebot umfasst im Einzelnen:**

Indikationsgeleitete Arbeitstherapie in der Gruppe: KTL E571 bis E579, 1 x pro Woche à 60 Min., max. 12 Rehabilitanden pro Gruppe mit folgender Zielsetzung:

- Die Beurteilung und das Training der Arbeitsbasiskompetenzen



- Vermittlung von beruflichen und lebenspraktischen Kenntnissen
- Interessenfindung
- Informationsgewinnung zur Planung und Umsetzung des beruflichen (Wieder-) Einstieges

Organisation und Monitoring interner Belastungserprobungen: KTL E621, im Einzelfall, Häufigkeit und Dauer individuell

Inhalt der Belastungserprobung ist die Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit unter realitätsnahen Arbeitsbedingungen, die Erprobung des erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen sowie ggf. die Vorbereitung auf eine externe Belastungserprobung

Organisation und Monitoring externer Arbeitserprobung: KTL E622, im Einzelfall, Häufigkeit und Dauer individuell.

- Vorbereitung auf ein altes oder neues Berufsfeld
- Vor- und Nachbereitung der Belastungserprobung
- Erprobung des erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen
- Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit

## **Ergotherapie**

Die Ergotherapie in der Fachklinik unterstützt die gesundheitliche Wiederherstellung und die berufliche/ soziale Reintegration unserer Rehabilitanden durch beschäftigungstherapeutische Methoden. In ihrer Handlungs- und Gegenstandsbezogenheit stellt einen wichtigen Therapiebaustein 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 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 Rehabilitanden ausdrücklich mit ein.

Unsere Rehabilitanden werden dem ergotherapeutischen Gruppenangebot aus den verschiedenen Bezugsgruppen des RehaCentrums Alt-Osterholz heraus indikativ zum Ausgleich von Defiziten und zum Ausbau von Ressourcen zugewiesen. Je nach Zusammensetzung der Gruppe sowie den individuellen Erfordernissen der Teilnehmer entsprechend, kann unsere Ergotherapie sowohl als Projektgruppe, als Freies Werken/Gestalten oder auch als überwiegend produktorientiertes Angebot durchgeführt werden.

Ergotherapie: indikativ in der Kleingruppe, KTL E651-659, 2 x pro Woche à 30 Min.; E660, 2 x pro Woche à 60 Min.; max. 12 Pat. pro Gruppe. Indikativ einzeln: KTL E641-649, 2x pro Woche à 30 Min.

Bei einem eher kompetenz- und ausdruckszentrierten Schwerpunkt der Gruppe erhalten die Teilnehmer eine Auswahl an unterschiedlichen handwerklichen/kreativen Techniken und an verschiedenen Materialien. Dabei können sie die Vorgehensweise und das jeweilige Material je nach Neigung und Interesse frei wählen oder sich vom Therapeuten beraten lassen. Wenn die Ergotherapie eher als Projektgruppe durchgeführt wird oder das produktorientierte Arbeiten im Vordergrund steht, kommt der steuernden Funktion des Therapeuten eine zentralere Rolle zu. Wesentliche Behandlungsziele unseres ergotherapeutischen Gruppenangebotes sind (unabhängig von der aktuellen inhaltlichen Schwerpunktsetzung):

- Förderung von Initiative, Motivation, und Entscheidungsvermögen
- Förderung von Konzentration und Durchhaltevermögen
- Förderung der Frustrationstoleranz
- Förderung instrumenteller Fähigkeiten

- Förderung kooperativen und planvollen Handelns
- Förderung der sozialen Kompetenz
- Verbesserte Wahrnehmung von Erlebnisqualitäten
- Steigerung der Ausdrucksfähigkeit
- Entwicklung von Phantasie und Kreativität
- Training von Basiskompetenzen bei langer Arbeitslosigkeit
- Stärkung des Selbstwertes
- Anregung zur Freizeitgestaltung.

D.h. entsprechend der durch die BORA- Gruppeneinteilung festgelegten Behandlungsziele und- bedarfe finden sich hier vor allem Rehabilitanden aus den BORA Gruppen 3 bis 5

## **Kunsttherapie**

In der Kunsttherapie steht der Prozess des kreativen Gestaltens im Vordergrund. Sie umfasst therapeutische, psychodynamische sowie Beziehungsaspekte und bewirkt eine Stärkung der Ich-Funktionen.

### Therapeutische und psychodynamische Aspekte:

Ein wesentliches therapeutisches Wirkmoment unserer Kunsttherapie ist der Umgang mit Materie. Unterschiedliche Materialien sprechen den Rehabilitanden jeweils in ihrer eigenen, besonderen Weise an. Sie können gezielt eingesetzt werden, um den betreffenden Rehabilitanden mehr in Kontakt zu sich selbst und zu seiner Umwelt zu bringen, denn das Material ermöglicht über das Riechen, Betrachten und Berühren konkrete sinnliche Erfahrungen. Die so ausgelösten Reaktionen bringen den Gestaltenden mit dem eigenen psychischen Erleben, mit seinen Empfindungen, Gefühlen, körperlichen Reaktionen und seinen Erinnerungen in Kontakt. Diese innere Bewegtheit kann wiederum über die Bewegung der Hände bzw. den Gestaltungsprozess im Material zum Ausdruck gebracht werden. Hierbei können neue Handlungsmöglichkeiten erprobt und Kompromisse zwischen dem eigenen Anspruch und dessen Realisierbarkeit gefunden werden. Oft zeigen sich dabei auch Ressourcen des Gestaltenden, wie z. B. sein Empfinden für Gesundes, Schönes und Hoffnungsvolles. Die nachträgliche Betrachtung und das Nachvollziehen dieses Gestaltungsprozesses können den persönlichen Bedeutungsgehalt des künstlerischen Produkts transparent machen, wobei auch die Selbst- und Fremdwahrnehmung der Rehabilitanden verbessert werden kann.

### Beziehungsaspekte:

Die Beziehung zu anderen kann direkt in den kunsttherapeutischen Gruppen- und Paararbeiten thematisiert werden, während sich im Gestaltungsprozess und dem dabei entstandenen Werk die inneren Beziehungsmuster des Gestaltenden auch oftmals indirekt abbilden. Beim Betrachten und bei der Besprechung des Werkes und seines Entstehungsprozesses in der Gruppe können die unterschiedlichen Sichtweisen der Mitrehabilitanden die innere und äußere Wahrnehmungsfähigkeit erweitern.

### Stärkung der Ich-Funktionen:

Über die künstlerisch-formale Arbeit findet im Gestaltungsprozess eine Stärkung umschriebener Ich-Funktionen statt. So muss der Rehabilitand z. B. in einem ständigen künstlerischen Entscheidungsprozess über Form, Farbe, Proportionen, Grenzen etc. verschiedene Möglichkeiten abwägen und Lösungen finden. Dieser Entscheidungsprozess stärkt die Ich-Funktionen der Realitätsprüfung, der Antizipation und der Urteilsbildung. Auf der handwerklich-technischen Ebene des Gestaltens sind dagegen Ausdauer, Konzentrations- und Durchhaltevermögen sowie Misserfolgstoleranz gefordert. Hier zeigt sich, ob der betreffende Rehabilitand Kompromisse eingehen und reale Grenzen respektieren kann. Darüber hinaus kann das Erlebnis, mit den eigenen Händen etwas geschaffen zu haben, den Selbstwert stärken. Im kreativ-schöpferischen Prozess kann der Rehabilitand auch seinem psychischen Zustand Ausdruck verleihen sowie seine Identität finden und formen.

Unser kunsttherapeutisches Angebot findet als Gruppenarbeit, Einzelarbeit in der Gruppe oder als Paararbeit in der Gruppe statt. Die Sozialform bestimmt die von therapeutischer Seite aus vorgegebenen Themen der einzelnen Übungen. Neben den hauptsächlich verwandten Materialien Ton und Farben kommen je nach Thematik weitere Materialien zum Einsatz.

Kunsttherapie in der Gruppe: indikativ, KTL F703, 1 x pro Woche à 50 Min., max. 12 Rehabilitanden

Wesentliche Ziele sind:

- Förderung des Ausdruckes von Stimmungen und Phantasien
- Klärung und Bearbeitung von affektivem Erleben
- Klärung und Bearbeitung von Beziehungserfahrungen
- Verständnis für vor- und unbewusstes Material
- Verständnis für psychische Problem- und Konfliktsituationen

### **Besondere berufliche Problemlagen (BBPL/BORA)**

Für Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen (mangelnde Ausbildung und Berufserfahrung, Arbeitslosigkeit, drohende Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzwechsel, Konflikte am Arbeitsplatz, brüchige Berufsbiographie) werden spezifische Programmbausteine zur beruflichen Klärung und zur erwerbsbezogenen Reintegration entsprechend der Vorgaben aus BORA vorgehalten. Hierbei kooperieren wir eng mit den gemeinsamen Servicestellen der BA und der DRV. Unser einzel- und gruppentherapeutisches Angebot umfasst:

Gespräche mit dem Arbeitgeber und/oder Betriebsangehörigen: KTL C580, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit den Rehabilitanden, in der Regel 1-2 x pro Behandlung in unserer Einrichtung oder im Betrieb, Dauer zwischen 30 und 100 Min. BORA Gruppe 1 und 2.

Im „Triolog“ zwischen dem Rehabilitanden, dem zuständigen therapeutischen Mitarbeiter und Vertretern des Arbeitgebers (Vorgesetzte, betriebliche Sozialberater, betriebliche Suchtkrankenhilfe, betriebsärztlicher Dienst, Personalrat etc.) sollen die Auswirkungen der Suchterkrankung und vorhandenen Begleiterkrankungen auf das Arbeitsverhältnis und das konkrete Arbeitsfeld geklärt werden. Aus therapeutisch-rehabilitativer Sicht stehen hierbei die Erhaltung und die Sicherung des Arbeitsplatzes sowie ggf. die Veränderung von konkreten Arbeitsbedingungen im Vordergrund. Ziel ist die möglichst optimale Rückkehr an den Arbeitsplatz erreichen zu können bzw. das Arbeitsverhältnis erhalten zu können (z.B. durch die Einleitung einer Wiedereingliederung, Nutzung des betrieblichen Eingliederungsmanagements, Anregung der Prüfung einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben, etc.).

Sozialrechtliche Einzelberatungen mit dem Schwerpunkt berufliche Situation: KTL D55x und D56x, Häufigkeit je nach Indikation und Absprache mit dem Rehabilitanden, Dauer 15 - 60 Min. BORA Gruppe 2 bis 5

In unseren Einzelberatungen zum Thema berufliche Situation sollen besondere berufliche Problemlagen der Rehabilitanden in einem ersten Schritt genauer definiert und erste Lösungsmöglichkeiten bzw. Perspektiven zum weiteren Vorgehen eröffnet werden. Bei entsprechender Indikation werden dann gemeinsam mit dem Rehabilitanden weitere Schritte zur Verbesserung der erwerbsbezogenen Gesamtsituation in die Wege geleitet, z. B. die Teilnahme an unserer indikativen Gruppe zu arbeitsweltbezogenen Problemen, die Initiierung von Gesprächen mit dem Arbeitgeber oder die Durchführung von gezielten Beratungen zur beruflichen Rehabilitation.

Psychoedukative Gruppe zu besonderen beruflichen Problemlagen: KTL G576 oder G605, 1 x pro Woche à 60 Minuten, max. 12 Rehabilitanden, BORA 2 bis 5

In lockerer thematischer Vorgabe und in Abstimmung auf die besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen unserer Rehabilitanden werden im Rahmen dieser indikativen Gruppe spezifische Themenfelder zur beruflichen Orientierung lösungsorientiert aufgearbeitet. Hierdurch sollen die Handlungskompetenzen und Fähigkeiten unserer Rehabilitanden bei ihrer Reintegration in das Berufsleben verbessert werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieses Gruppenangebotes sind in der Regel:

- Klärung der persönlichen Berufsperspektiven
- Reflektion des eigenen schulischen und beruflichen Werdeganges
- Auseinandersetzung mit persönlichen Eignungs- und Fähigkeitsprofilen
- Informationen über die aktuelle Situation auf dem Arbeitsmarkt.
- Kennen lernen von Berufsinformationszentrum (BIZ) und Stelleninformationssystem (SIS) der Bundesagenturen für Arbeit
- Erarbeitung von Bewerbungsstrategien
- Bewerbungstraining
- Lebensalterspezifische Aspekte von Erwerbstätigkeit.

Kooperative Einzelberatungen zur beruflichen Rehabilitation: KTL D651-562 oder C580, Häufigkeit und Dauer je nach Indikation und Absprache mit dem Rehabilitanden und/oder den sonstigen Gesprächsteilnehmern, mind. 15 Min.

In unseren kooperativen Beratungen zur beruflichen Rehabilitation, die gemeinsam mit den Reha-Fachdiensten der Rentenversicherungsträger und der Arbeitsverwaltung durchgeführt werden, sollen bei Vorliegen der individuellen Voraussetzungen Klärungsprozesse und konkrete Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation noch aus der Entwöhnungsbehandlung heraus in die Wege geleitet werden. Hierzu gehören z. B.:

- Arbeitsplatzadaptionen
- Stufenweise Wiedereingliederungen in das berufliche Umfeld
- Begleitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements
- Wirtschaftliche Sicherungsmaßnahmen
- Klärungen der Zuständigkeiten
- Berufsklärungen einschließlich der Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Ausbildung, Fortbildung, Umschulung, Eingliederungshilfen, Qualifikations- und Potenzial-einschätzungen)
- Kooperation mit den Berufsförderungswerken (z.B. Einleitung einer Berufsfindungsmaßnahme)

An den kooperativen Reha-Beratungen beteiligt sind neben dem Rehabilitanden der Bezugstherapeut, der Arbeitstherapeut und der behandelnde Arzt unserer Einrichtung sowie Vertreter der Fachdienste.

#### **5.5.4 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken**

Unsere Rehabilitanden weisen häufig somatische Folgeerkrankungen und neurotoxische Spätschäden ihrer Suchtmittelabhängigkeit auf. Weiterhin bestehen oft somatische Begleiterkrankungen. 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 bzw. Sportwissenschaftlern 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 Rehabilitanden bezieht unsere Sport- und Bewegungstherapie jedoch neben den körperlichen auch seelischen und sozialen Faktoren mit ein (ganzheitlicher Ansatz).

Die übergeordneten Behandlungsziele unserer Sport- und Bewegungstherapie sind:

- Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit.
- Vermittlung von Zugangswegen zu körperlicher und mentaler Entspannung
- Verbesserung der Körperwahrnehmung, der physischen Selbsteinschätzung und der körperlichen Ausdrucksfähigkeit
- Nachentwicklung/Wiederherstellung sozialer Kompetenzen im Rahmen gemeinsamer sportlicher Aktivitäten.

- Anregung zu sinnvoller und gesundheitsfördernder Freizeitgestaltung.

Indikative Sport- und Bewegungstherapie in der Gruppe: KTL A601, A620, A551, A552, A561 2x pro Woche à 60 Min.

Das Gruppenangebot der Sport- und Bewegungstherapie hat

- Die Verbesserung der körperlichen Fitness
- Reduktion des Körpergewichts bei Übergewicht oder Adipositas
- Ausgleich von Defiziten in Mobilität
- Die Vermittlung multipler Bewegungserfahrungen
- Die Verbesserung der körperlichen Selbsteinschätzung und Leistungsfähigkeit sowie
- Den Aufbau neuer Erlebnisinhalte (Freizeitgestaltung) zum Ziel.

Die hierbei eingesetzten Methoden sind Aufwärmungsübungen, Muskelpflegetechniken zur Vermeidung muskulärer Dysbalancen, Mattentraining (Funktionsgymnastik, Mobilisations- und Kräftigungsübungen), Fahrradergometertraining, Training mit dem Stepper, Hockergymnastik, Lauftraining bzw. Walking und (Ball-)Spiele.

Es stehen zahlreiche Fitnessgeräte zum Aufbau spezifischer Muskelgruppen zur Verfügung. Der Fitnessraum kann nach einer Einweisung auch in der Freizeit genutzt werden.

Besteht eine Indikation zur krankengymnastischen Behandlung wird diese extern durchgeführt.

Schwimmen in der Gruppe: indikativ, KTL A552 und/oder A590, 1x pro Woche à 60 Min., max. 15 Rehabilitanden

Im Mittelpunkt stehen hier:

- Die Verbesserung der Körperwahrnehmung über das Medium Wasser
- Die Steigerung der allgemeinen Fitness durch konditions- und beweglichkeitsorientierte Schwimmübungen sowie
- Die Förderung der Gruppenkohäsion im Rahmen von Wasser-Ballspielen.

### **Krankengymnastische Schulung**

Mangelndes körperliches Training in Verbindung mit Fehlernährung und Vernachlässigung notwendiger medizinischer Vorsorge bedingen bei einem Großteil unserer Rehabilitanden überzufällig häufig Schäden im Bereich des Halteapparates. Das Achsenskelett weist dann häufig nicht erkannte oder nicht behandelte Schädigungen auf. Muskuläre Dysbalancen, die chronische Schmerzsyndrome aufrechterhalten, sind ebenfalls bei einer Vielzahl unserer Rehabilitanden 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 unserer Fachklinik werden folgende Behandlungsangebote der physikalischen Therapie und Physiotherapie indikationsbezogen vorgehalten und durch eine Physiotherapeutin durchgeführt:

- Massagetechniken KTL: K720
- Medizinisches Vollbad KTL:K581
- Lokale Wärmebehandlung KTL: K562
- Physiotherapeutische Einzelbehandlungen bei orthopädischen Erkrankungen des Bewegungsapparates

- Physiotherapeutische Einzelbehandlung bei Paresen, Koordinationsstörungen und neurologischen Erkrankungen (PNF)
- Lymphdrainage manuell KTL: K672
- Atemtherapie
- Gangschule
- Cranio Sacrale Tiefenentspannung
- Kinesiologisches Taping KTL:
- Schwindeltraining

## **Entspannungstraining**

Entspannungstraining in der Gruppe (Progressive Muskelrelaxation): KTL F092, 2 x pro Woche à 30 Min., max. 12 Rehabilitanden

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“ mit der „Kulturambulanz“, das Gesellschaftshaus des Klinikums Bremen Ost oder das „Krankenhaus Museum“. Hier werden Ausstellungen, Musikveranstaltungen, Vortragsreihen, etc. angeboten. Weiterhin befindet sich auf dem Parkgelände Freizeitportangebot, wie z. B. eine Finnbahn und andere Sportanlagen, die während der Freizeit von den Rehabilitanden 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: KTL L560, 1 x pro Woche individuell gestaltet

Die Zielsetzung dieser milieutherapeutisch 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.).

Die Gruppen zur Entwicklung einer zufriedenstellenden Freizeit werden ergänzt durch bezugsgruppenübergreifende Gruppenaktivitäten alle zwei Monate in Begleitung von Therapeuten.

Training der Aktivitäten des täglichen Lebens: E680, 2 x pro Woche à 30 Minuten, einzeln

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 Rehabilitanden, die über längere Zeit keinen eigenen Wohnraum bewohnt haben bzw. starke Verwahrlosungstendenzen zeigen, oder das Elternhaus noch nicht verlassen haben.

### 5.5.6 Sozialdienst

dem relevante Informationen zu Sozialrechtlichen Themen vorgestellt werden. Hierzu gehört die Unterstützung bei Fragen zur Existenzsicherung und Beruflichen Orientierung. Rehabilitanden haben danach die Möglichkeit, Einzeltermine zu vereinbaren und konkrete Hilfestellung für ihre individuelle Problemlage zu bekommen. Hier gilt die Grundhaltung, so viel Unterstützung zu geben wie nötig, aber dabei den Rehabilitanden immer weiter zur Eigenverantwortung anzuleiten. Ziel ist, ihm zu ermöglichen, seine Angelegenheiten in Zukunft so weit wie möglich selbst zu regeln und somit auch diesen Bereich der gesellschaftlichen Teilhabe wieder zu stärken. Gegebenenfalls wird gemeinsam mit dem Bezugstherapeuten die Fähigkeit zur eigenständigen Bewältigung der Aufgaben erarbeitet.

Durch den Sozialdienst können alle relevanten Fragen zur Existenzsicherung geklärt werden. Sollte über dieses Beratungsangebot hinaus weitere Anleitung und Unterstützung notwendig sein, wird an spezialisierte Beratungsstellen in Bremen oder am Herkunftsort verwiesen, z.B. zur Schuldenregulierung. Ergänzt wird der Sozialdienst durch eine Begleitung zu externen Terminen, wenn diese von den Rehabilitanden 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.

#### **Die Bausteine unserer klinischen Sozialarbeit zur sozialen Integration sind im Detail:**

Sozialrechtliche Beratung: KTL D552 und D563, individuell, nach Indikation und Bedarf, pro Gespräch mindestens 15 Min.,

Die Beratung kann die wirtschaftliche Sicherung, die Wohnungssituation, die Klärung rechtlicher Fragen, andere finanz- und sozialrechtliche Ansprüche sowie weitergehende Detailfragen zur existentiellen Sicherung betreffen, wie z.B. die Wiederherstellung des Krankenversicherungsschutzes, Klärung des Aufenthaltsstatus, etc.

Sozialtherapeutische Hausbesuche: KTL E671, individuell, nach Indikation und Bedarf, 60 Min. + Wegezeit

Unsere Hausbesuche sind eine aufsuchende sozialtherapeutische Tätigkeit, die die Auswirkungen der Suchterkrankung auf das häusliche und engere soziale Umfeld des betreffenden Rehabilitanden transparent machen soll. Insbesondere bei einer geplanten Umstellung des Behandlungssettings von stationär auf ganztägig ambulant können Defizite und Problemfelder im häuslichen Umfeld der Rehabilitanden durch einen Hausbesuch vorgeklärt und ggf. beseitigt werden. Die Aufmerksamkeit bei einem Hausbesuch wird hauptsächlich auf folgende Punkte gerichtet:

- Wohnform (Untermiete, Hauptmiete, Mitbewohner, betreutes Wohnen etc.)
- Stabilitätsfördernde oder rückfallbegünstigende Umgebung
- Hygienische Verhältnisse
- Verhältnis zu den Nachbarn
- Wohnungseinrichtung

Offensichtlich werdender Veränderungsbedarf bzgl. der aktuellen Wohnsituation wird im Rahmen des Hausbesuches und/oder in nachbereitenden Gesprächen thematisiert und in die weitere Therapieplanung einbezogen.

Organisation weiterführender Maßnahmen: KTL D579, individuell, nach Indikation und Bedarf, mind. 30 Min.

Mit fortschreitender Therapiedauer gewinnt die Wiedereingliederung unserer Rehabilitanden in soziale und berufliche Bezüge, die Wiederbelebung von sozialen Kontakten sowie die Vermittlung von

weiterführenden sozialen oder psychotherapeutischen Hilfen immer mehr an Bedeutung. Die bezugs- und sozialtherapeutische Organisation weiterführender Maßnahmen konzentriert sich zumeist auf folgende Themenfelder:

- Vermittlung ambulanter Weiter-/Anschlussbehandlung (Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation), Adaptionbehandlungen und/oder ambulanter Psychotherapie
- Hilfestellung bei der Integration des betreffenden Rehabilitanden in die Selbsthilfegruppen vor Ort
- Vermittlung von WG- und einzelbetreuten Wohnplätzen in regionalen Einrichtungen des betreuten Wohnens für Suchtkranke
- Einleitung gezielter Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess, entsprechend der Vorgaben aus BORA
- Ggf. organisatorische Unterstützung beim Wohnungswechsel

### **5.5.7 Gesundheitsbildung/ Gesundheitstraining und Ernährung**

#### **Motivationsgruppe/Initiale Rehabilitandenschulung – Einführungsseminar**

Während unsere Rehabilitanden 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 Rehabilitanden gemeinsam mit den anderen Neuaufgenommenen an einem Einführungsseminar teil, das eine besondere Begleitung und initiale Rehabilitandenschulung zu den am Anfang einer Rehabilitation bedeutsamen Themenbereichen beinhaltet.

In den ersten Tagen nach der Aufnahme ist es für unsere Rehabilitanden besonders wichtig, möglichst schnell und umfassend über die organisatorischen Gegebenheiten der Fachklinik informiert zu werden. Dies geschieht einerseits durch schriftliches Informationsmaterial in einer Rehabilitandenmappe, die im Verlauf des strukturierten Aufnahmeverfahrens ausgehändigt wird sowie im direkten Kontakt zum jeweils zuständigen Bezugstherapeuten und dem Paten. Die Informationen aus der Rehabilitandenmappe werden nochmals im Einführungsseminar besprochen und durch Rundgänge vertieft, da nicht jeder Rehabilitand über Routine im Umgang mit schriftlichem Informationsmaterial verfügt und bisweilen noch zusätzliche Fragen entstehen. Der Kontakt zum Sozialdienst wird ebenfalls schon in der Eingangsphase hergestellt, da viele unserer Rehabilitanden gerade in der Frühphase der Behandlung einen hohen Bedarf an Sozialberatung haben.

Um schon zu Beginn der Rehabilitation Ängste vor der Behandlung abzubauen, den Rehabilitanden ein hohes Maß an Orientierung zu geben und eine tragfähige Compliance herzustellen, werden im Rahmen des Einführungsseminars auch die Grundzüge unseres Krankheitsverständnisses sowie der daraus abgeleitete Behandlungsansatz allgemeinverständlich erklärt. Motivationsstabilisierende Elemente sind im Einführungsseminar ebenfalls von zentraler Bedeutung, denn für viele Rehabilitanden ist es gerade am Anfang der Behandlung hilfreich, noch einmal das Für und Wider der Therapie und eines suchtmittelfreien Lebens abzuwägen und sich zunehmend selbstbestimmt auf die Behandlung einzulassen.

Durch das Einführungsseminar erhalten unsere Rehabilitanden also die Möglichkeit, ihre medizinische Rehabilitation im Rahmen einer gezielten therapeutischen Begleitung zu beginnen und umfassende Informationen zu erhalten. Hier können Fragen gestellt, Ängste abgebaut und der Therapiealltag kennen gelernt werden. Die Rehabilitanden haben mit dem Seminarleiter auch einen zusätzlichen Ansprechpartner, der sie während des Rehabilitationsbeginns begleitet. Die Äußerung von Ängsten, Befürchtungen und Fragen und somit der Einstieg in die Rehabilitation bzw. die Identifizierung mit der Therapie werden darüber hinaus durch den Austausch mit den anderen Therapieneulingen im Einführungsseminar erleichtert.

Motivationsgruppe/Einführungsseminar: KTL C611, C805 mind. 2 x zu Rehabilitationsbeginn à 45 Min., max. 15 Rehabilitanden

Grundlegende Ziele sind:



- Orientierung der Rehabilitanden über die organisatorischen Gegebenheiten und zentralen Anlaufstellen des RehaCentrums Alt-Osterholz
- Stabilisierung und Verbesserung der intrinsischen Motivation
- Informationsvermittlung über die wichtigsten Elemente des Behandlungsansatzes
- Vermittlung von ersten Basis-Informationen über die Suchterkrankung
- Förderung des Krankheitsverständnisses
- Abbau von Ängsten, Motivierung und Förderung der Compliance,
- Förderung von Kommunikation und Kontakten

### **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 Rehabilitanden. So werden Themen wie Hygiene, Körperpflege, gesunde Ernährung, Umgang mit komorbiden Erkrankungen und Lebensstilberatung nicht nur implizit im Rahmen unserer Milieu- und Psychotherapie vermittelt, sondern auch über ein psychoedukatives Gruppenangebot zur Gesundheitsschulung.

Medizinisches Gesundheits-Info: KTL C600, C631 – C635, 1 x pro Woche à 60 Min., max. 15 Rehabilitanden

Im Rahmen unseres modular aufgebauten Gesundheits-Infos werden medizinische Aspekte von Suchterkrankungen thematisiert, gesundheitsschädigende Lebensgewohnheiten problematisiert und Grundlagen gesundheitsförderlichen Verhaltens vermittelt. Die konkreten Inhalte des Gesundheits-Infos orientieren sich u. a. an dem Programm „Aktiv Gesundheit fördern“ des VDR für die medizinische Rehabilitation und bauen in lockerer Form aufeinander auf.

Folgende Themenfelder finden Beachtung:

- Grundinformationen über die Wirkungsweise und das Suchtpotenzial psychotroper Substanzen
- Alltagsdrogen
- Entstehung und Verlauf von Abhängigkeitserkrankungen (auch unter der Berücksichtigung neuropsychotherapeutischer Erkenntnisse)
- Entstehung von komorbiden psychischen Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Entstehung von Suchtfolgeerkrankungen
- Zusammenhang von Lebensstil, Suchtentwicklung und Aufrechterhaltung der Abstinenz
- Gesundheitsfördernde Faktoren („Was hält uns gesund?“)
- Gesunde Ernährung
- Bewegung und körperliches Training
- Einführung in die Progressive Muskelrelaxation (PMR)
- Schlafhygiene
- Informationen zu aktuellen Gesundheitsthemen (z. B. Vogelgrippe, BSE)
- Informationen zu sozialmedizinischen Themen

### **Rückfallpräventionstraining**

Rückfallpräventionstraining in der Gruppe: KTL G673; 1 x pro Woche à 60 Min. , 8 – 12 Rehabilitanden

Als Ergänzung zur psychodynamisch orientierten Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird in unserer Fachklinik auch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiertes Rückfallpräventionstraining durchgeführt. In 6 aufeinander aufbauenden Modulen werden hierbei die persönlichen Ressourcen unserer Rehabilitanden zur Rückfallvorbeugung (primäre Rückfallprävention) sowie zur raschen Rückfallaufarbeitung (sekundäre Rückfallprävention) gestärkt. Unser Rückfallpräventionstraining ori-

entiert sich maßgeblich an dem S.T.A.R.-Training von Körkel & Schindler (2003), das für die integrierte Behandlung von alkohol- und drogenabhängigen Rehabilitanden modifiziert wurde. Aspekte anderer bewährter Programme zur Rückfallprophylaxe bei Suchtkranken fanden ebenfalls Eingang in das Trainingskonzept (Marlatt & Gordon, 1985; Arend, 1994; Lauer et al., 1995; Petry, 1996, Altmannsberger, 2004).

Im Einzelnen umfasst unser Rückfallpräventionstraining folgende Inhalte:

- Informationsvermittlung zu den Themen „Rückfallgefahren“ und Rückfallprophylaxe“
- Wie entstehen Rückfälle? („Rückfallkette“)
- Abstinenz: Pro & Contra
- Hochrisikosituationen
- Bewältigung unangenehmer Gefühle (I): Sensibilisierung
- Bewältigung unangenehmer Gefühle (II): Bewältigung
- Soziale Situationen (I): Ablehnungstraining für soziale Versuchungssituationen + Ansprechen der eigenen Abhängigkeit
- Soziale Situationen (II): Anerkennung und Kritik
- Suchtverlagerung (Alkohol, Medikamente, illegale Suchtmittel)
- Suchtmittelverlangen (Craving)
- Bewältigung von Rückfällen
- Ausgewogener Lebensstil

Am Ende jeder Trainingseinheit werden Info- und Merkblätter zu den zuvor behandelten thematischen Schwerpunkten verteilt, so dass die Inhalte später – im Sinne der Bibliothherapie – nochmals vergegenwärtigt werden können. Nach Abschluss des Gesamttrainings steht somit jedem Rehabilitanden ein eigenes Rückfallpräventionsmanual zur Verfügung.

### **Tabakentwöhnung**

Tabakmissbrauch und -abhängigkeit stehen in enger Beziehung zum Konsum anderer psychotroper Substanzen. So rauchen Alkoholabhängige und Drogensüchtige deutlich mehr als Menschen ohne Suchtmittelabhängigkeit. Tabakrauchen kann auch als Einstiegsdroge in ein polyvalentes Konsummuster gewertet werden. Die körperlichen Schäden des Tabakrauchens sind hinreichend bekannt. Kommen weitere Risikofaktoren wie der abhängige Konsum von anderen psychotropen Substanzen hinzu, wächst die Gefahr für die Gesundheit weiter.

Psychologische Erklärungsmodelle beziehen sich auf das Lernen am Vorbild und auf lerntheoretische Erkenntnisse. Rauchen ist demnach sowohl gelerntes Verhalten als auch ein Mittel, um psychische Bedürfnisse zu befriedigen, unangenehme Situationen zu bewältigen und subjektives Wohlbefinden zu sichern. Durch die Alltäglichkeit des Nikotinkonsums werden immer wiederkehrende Situationen, Gefühle und Bedürfnisse immer mehr zu Schlüsselreizen, die den Griff zur Zigarette schließlich unbewusst werden lassen (klassische und operante Konditionierung). Bei Versuchen der Abstinenz vom Nikotin lösen diese Schlüsselreize häufig das für die psychische Abhängigkeit typische Craving aus, das einen Rückfall einleiten kann.

Der Erfolg einer Tabakentwöhnung ist abhängig von der Motivationslage, der Unterdrückung der Entzugerscheinungen und der Anleitung zur Überwindung von Versuchungssituationen – vor allem im Zusammenhang mit dem Wunsch, kontrolliert rauchen zu wollen. Da die Rückfallquote hier sehr hoch liegt (der überwiegende Teil der Raucher wird innerhalb der ersten 100 Tage rückfällig), sollten Hilfen zur sekundären Prävention aufgezeigt werden.

Bewährt hat sich in der Raucherentwöhnung eine Kombination aus Verhaltens- und Nikotinersatztherapie. Der Nikotinersatz (Pflaster, Kaugummi) erspart in der ersten Zeit der Abstinenz die Entzugerscheinungen, wie z. B. Schlafstörungen, Nervosität, Hunger, Angst und Konzentrationsstörungen. Zur Ermittlung der Stärke der Nikotinabhängigkeit und zur Einschätzung der zunächst notwendigen Nikotinersatz-Dosis benutzen wir den gebräuchlichen Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND).

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.

Das verhaltenstherapeutische Vorgehen bei der Tabakentwöhnung umfasst im Einzelnen:

- Informationsphase (Inhalte der Tabakentwöhnung)
- Abstinenzvorbereitung, Motivationsförderung (Informationen, Vorteilsbegründung) und Verhaltensbeobachtung (Identifikation von Risikosituationen)
- Konsumbeendigung durch Stimulus-/Selbstkontrolle, Vertragsmanagement, soziale Unterstützung, operante Verstärkung, Feedback
- Stabilisierung durch den Aufbau von Alternativverhalten, Entspannungstraining, Vermittlung gesundheitsförderlichen Verhaltens, Rückfallverhütung (u.a. durch Rollenspiele und kognitive Strategien).

Tabakentwöhnung: indikativ, KTL F578 3 – 5 Module, 1 x pro Woche à 50 Min., max. 12 Rehabilitanden

### **Ernährungsberatung und -schulung**

Ernährungsberatung einzeln: nach medizinischer Indikation, KTL M590, 1 bis 2 Mal pro Behandlung, zwischen 15 und 30 Min.,

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.

Ziele sind die

- Informationsvermittlung zu gesunder und angemessener Ernährung entsprechend der Erkrankung und des Alters
- Motivierung zu Verhaltensänderungen
- Anleitung für die praktische Umsetzung im Klinik- und Lebensalltag.

Lehrküche: KTL M621, M622, Häufigkeit nach Indikation, aber mind. 2-mal, pro Einheit 90 Min., max. 9 Rehabilitanden

Sie findet als psychoedukative Kochgruppe zur Verbesserung lebenspraktischer Kompetenzen sowie zur Förderung einer bewussten Ernährung einschließlich bei besonderen Diäten statt.

Wesentliche Ziele sind:

- Gemeinsames Kochen und Essen (Planung, Durchführung, Anleitung bei der Einteilung des Geldes, beim Einkauf, während des Kochens, bei der Hygiene)
- Reduktion von Defiziten im Haushalt
- Vermittlung von theoretischem und praktischem Wissen über gesunde Ernährung.

### **5.5.8 Angehörigenarbeit**

#### **Einbeziehung des realen Lebensumfeldes**

Aufgrund der Möglichkeit der wohnortnahen Behandlung ist für einen Großteil unserer Rehabilitanden eine umfangreiche Einbeziehung der beruflichen, familiären und sozialen Lebensumstände in den therapeutischen Prozess möglich. Diese Alltags- und Lebensweltorientierung unserer Entwöhnungsbehandlungen wird von den Suchtexperten, den Fachverbänden und den Leistungsträgern als

Standard für die medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker eingefordert (Mann, 2002; Feuerlein et al., 1998; Arnold et al., 1999; VDR, 2002).

Die Forderung nach einer Einbeziehung des realen Lebensumfeldes in den Rehabilitationsprozess resultiert aus einer zunehmenden Wahrnehmung der sozialen bzw. systemischen Aspekte nicht nur von Suchterkrankungen, sondern auch von psychischen, psychosomatischen und somatischen Erkrankungen. Angermeyer (2003) weist hier am Beispiel von chronisch psychisch Kranken und Schlaganfallpatienten auf die eminent wichtige Rolle von Angehörigen im Rehabilitationsprozess hin. Angehörige können demnach sowohl Motor einer positiven Entwicklung sein und einen starken sozialen Rückhalt darstellen als auch – im negativen Fall – die Behandlungscompliance des Kranken untergraben und den Rehabilitationsauftrag gefährden. Die Integration familiärer, sozialer und beruflicher Themen unserer Rehabilitanden in den therapeutischen Prozess (z. B. durch Paar- und Familiengespräche, Angehörigeninfos, gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber und Kontakte zu Trägern beruflicher Rehabilitation) stellt deshalb neben unseren psychodynamisch-beziehungs-orientierten Interventionen einen wesentlichen Grundpfeiler unserer klinischen Arbeit dar. Über die punktuelle Gesprächs- und Beratungsebene hinaus besteht in der Fachklinik auch die Möglichkeit zur Mitaufnahme von Kindern (als Begleitkinder).

Durch die Einbeziehung des sozialen Umfeldes und durch die Außenorientierung unserer Entwöhnungsbehandlungen wird den Rehabilitanden die Möglichkeit gegeben, neue Einsichten und Verhaltensweisen noch während der laufenden medizinischen Rehabilitation unter Alltagsbedingungen und mit ihren habituellen Bezugspersonen „durchzuarbeiten“ (König, 2001). Die therapeutisch gestützte Erfahrung des „Standhaft-Bleibens“ in vormals problematischen Situationen oder Lebensbereichen kann darüber hinaus entscheidend zur Eindämmung bzw. Überlagerung des sog. „Suchtgedächtnisses“ (Böning, 2002) beitragen. In Anbetracht des individuellen Schutzbedürfnisses und der starken Rückfallgefährdung einzelner Rehabilitanden gilt hierbei aber immer der Grundsatz: „So viel Alltagsnähe wie möglich, so viel Abstand zum Alltag wie nötig“.

### **Begleitkinder**

In vorbesprochenen Einzelfällen (siehe Vorlaufdiagnostik) können nichtbehandlungsbedürftige Begleitkinder in die Fachklinik mit aufgenommen werden.

### **Angehörigeninformationen**

Angehörigen-Informationsveranstaltung: KTL G690, 1 x pro Monat für interessierte Rehabilitanden (8 – 12 Rehabilitanden) und ihre Angehörigen, Dauer 90 Min.

Themenzentrierte Informationsvermittlung für Angehörige, Freunde und sonstige wichtige Bezugspersonen. Die inhaltlichen Schwerpunkte werden modulartig präsentiert und umfassen folgende Themenfelder (1 Hauptthema bzw. Modul pro Angehörigen-Info):

- Grundinformationen zur Wirkungsweise und dem Gefährdungspotenzial psychotroper Substanzen, Entstehung, Verlauf und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen,
- Häufige Auswirkungen von Suchterkrankungen im familiären, sozialen und beruflichen Bereich, Co-Abhängigkeit und süchtige Beziehungsmuster,
- „Die Zeit danach“-Veränderungen nach der Therapie, Selbsthilfe für Angehörige und Bezugspersonen, Rückfallprophylaxe und Rückfalleindämmung.

Angehörigen-Gespräch einzeln: KTL G680, Frequenz individuell, Dauer mindestens 30 Minuten.

Im Rahmen der Bezugstherapeutischen Einzelsitzungen wird die Beziehung zu sowohl Herkunftsfamilie, als auch eigener Partnerschaft und ggf. Kindern thematisiert. Häufig gibt es Rückfallrisiken innerhalb der eigenen Familie, die aufgedeckt werden müssen. Des Weiteren ist die Aufklärung der Angehörigen bzgl. der Entstehung und Aufrechterhaltung nötig. Co-Abhängige Beziehungsmuster werden ebenfalls thematisiert.

### 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).

Hierbei wird zunächst im Einzelgespräch mit dem Bezugstherapeuten, dann aber auch im Rahmen der Mitrehabilitandengruppe geklärt, in welchem psychosozialen Kontext und in Anbetracht welcher spezifischen Risikosituationen sich der Rückfall ereignet hat. Durch die nachträgliche Analyse des Rückfalls und durch die Berücksichtigung früherer Erfahrungen aus ähnlichen Situationen können dann lösungsorientierte Schlussfolgerungen gezogen werden. Hieraus resultieren wiederum Vorsätze und Verabredungen für zukünftiges Verhalten. Bei einer starken Dissonanz zwischen dem Rückfall und der bewussten Abstinenzmotivation (= ich-dystoner Rückfall) kann ein derartiges Vorgehen sogar zu einer Intensivierung der Weiterbehandlung führen. Nur im Falle von Rückfällen, die durch einen basalen Mangel an Krankheitseinsicht, Abstinenzmotivation und Therapiebereitschaft gekennzeichnet sind, ist nach unserem therapeutischen Grundverständnis eine Beendigung der Behandlung durch Entlassung indiziert.

Um die Kompetenzen unserer Rehabilitanden zur Bewältigung von Rückfallrisikosituationen und zur raschen Eindämmung von bereits eingetretenen Rückfällen zu stärken, ist das Rückfallthema in unserer Gruppen- und Einzelpsychotherapie auch unter präventiven Gesichtspunkten kein Tabu. Ohne die realen Gefahren eines Rückfalles zu bagatellisieren, werden unsere Rehabilitanden hier dazu angeregt, offen über eventuelle Rückfallgedanken und Craving (bzw. „Suchtdruck“) zu reden. Dies ermöglicht die Zuordnung von Rückfallfantasien zu persönlichen Belastungs- oder Krisensituationen, was die intrapsychische Funktion des Suchtmittels nochmals transparenter macht und die Erarbeitung alternativer Bewältigungsstrategien ermöglicht. Zusätzlich zu dieser impliziten Thematisierung von Rückfallprophylaxe und Rückfallbewältigung im Rahmen der Gruppen- und Einzelpsychotherapie wird für unsere Rehabilitanden aller Behandlungszweige auch ein umfangreiches, kognitiv-verhaltens-therapeutisch orientiertes Rückfallpräventionstraining angeboten. Unser psychodynamisch-beziehungsorientierter Therapieansatz wird somit durch eine lerntheoretisch fundierte, symptomzentrierte Maßnahme zur primären und sekundären Rückfallprävention ergänzt.

### 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 führen die Ohrakupunktur nach dem NADA Protokoll und die progressive Muskelrelaxation unter ärztlicher Aufsicht durch. Darüber hinaus stellen sie in den Abend- und Nachtstunden sowie am Wochenende den Präsenzdienst in der Klinik dar und sind die unmittelbaren Ansprechpartner für die Rehabilitanden.

### 5.5.11 Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Organisation weiterführender Maßnahmen: KTL D579, individuell, nach Indikation und Bedarf, mind. 30 Min.

Mit fortschreitender Therapiedauer gewinnt die Wiedereingliederung unserer Rehabilitanden in soziale und berufliche Bezüge, die Wiederbelebung von sozialen Kontakten sowie die Vermittlung von weiterführenden sozialen oder psychotherapeutischen Hilfen zunehmend an Bedeutung. Die bezugs- und sozialtherapeutische Organisation weiterführender Maßnahmen konzentriert sich zumeist auf folgende Themenfelder:

- Vermittlung ambulanter Weiter-/Anschlussbehandlung (Ambulante Weiterbehandlung nach stationärer Rehabilitation), Adaptionen und/oder ambulanter Psychotherapie
- Hilfestellung bei der Integration des betreffenden Rehabilitanden in die Selbsthilfegruppen vor Ort
- Vermittlung von WG- und einzelbetreuten Wohnplätzen in regionalen Einrichtungen des betreuten Wohnens für Suchtkranke
- Einleitung gezielter Maßnahmen zur Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess, Beratungsangebote der Agenturen für Arbeit oder anderer Träger.
- Ggf. organisatorische Unterstützung beim Wohnungswechsel

Entsprechend der Vorgaben der DRV werden die Entlassberichte fristgerecht nach den jeweilig aktuellen Vorgaben des Leitfadens „Entlassungsbericht“ erstellt und an den zuständigen Leistungsträger versandt.

### **Vorzeitige Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation:**

Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung erfolgt, wenn die Mitwirkungsfähigkeit:

- Infolge einer interkurrenten Erkrankung aufgehoben ist.
- Mit den Möglichkeiten der rehabilitativen Behandlung keine weiteren Behandlungsschritte mehr erzielt werden können
- Kontextbedingungen oder Lebensereignisse der suffizienten Fortführung der Behandlung entgegen stehen

oder eine Mitwirkungsbereitschaft nicht mehr zu erkennen ist:

- Wenn der Rehabilitand nicht bereit ist, verbindlich am therapeutischen Programm teilzunehmen
- Wenn durch das Verhalten des Rehabilitanden andere Rehabilitanden in ihrer Gesundheit und Lebensführung erheblich beeinträchtigt werden
- Wenn kriminelle Handlungen durch den Rehabilitanden geplant oder erfolgt sind
- Wenn es zu wiederholten Verstößen gegen die Hausordnung gekommen ist
- Wenn es zu wiederholten Rückfällen gekommen ist
- Wenn das Abstinenzgebot nicht eingehalten wird

## 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](http://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 schulübergreifende 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.