

Rehabilitationskonzept der Fachklinik Bassum

Marie-Hackfeld-Straße 6

27211 Bassum

Tel: 04241/803000

www.fachklinik-bassum.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
0.	Deckblatt	1
1.	Einleitung	5
2.	Allgemeines	6
3.	Beschreibung der Fachklinik	8
3.1	Leitbild	8
3.2	Der Standort	8
3.3	Plätze	9
4.	Rehabilitationskonzept	10
4.1	Allgemeine und theoretische Behandlungsgrundlagen	10
4.1.1	Juristischer Rahmen und allgemeiner Behandlungsauftrag und berufliche Orientierung in der Rehabilitation (BORA)	10
4.1.2	Epidemiologischer Hintergrund	12
4.1.3	Das Bio-Psycho-Soziale Modell und die ICF	16
4.1.4	Neurobiologische Prozesse	19
4.2	Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	24
4.3	Rehabilitationsziele	26
4.4	Rehabilitationsdauer	27
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	27
4.6	Rehabilitationsprogramm	28
4.7	Rehabilitationselemente	31
17.1	Aufnahmeverfahren	31
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	31
4.7.3	Medizinische Therapie	40

Fachklinik Bassum

4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	43
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	64
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	71
4.7.7	Freizeitangebote	73
4.7.8	Sozialdienst	73
4.7.9	Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	75
4.7.10	Angehörigenarbeit	79
4.7.11	Rückfallmanagement	80
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	81
4.7.13	Weitere Leistungen	81
4.7.14	Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	83
5.	Personelle Ausstattung	86
6.	Räumliche Gegebenheiten	86
7.	Kooperation und Vernetzung	87
7.1	Der Klinikverbund „Landkreis Diepholz GmbH“	87
7.2	Verbünde mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen	87
7.2.1	Der Verbund mit den Fachstellen für Suchtberatung und -behandlung im Landkreis Diepholz	88
7.2.2	Kombi-Nord	88
7.3	Selbsthilfe	89
7.4	Niedergelassene Ärzte	89
7.5	Dialysepraxis	90

7.6	Sportstudio Gym80	91
7.7	Betriebe	91
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	91
8.1	Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität	91
8.1.1	Strukturqualität	91
8.1.2	Prozessqualität	92
8.1.3	Ergebnisqualität	93
8.1.4	Dokumentation	93
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	94
10.	Notfallmanagement	95
11.	Fortbildung	96
12.	Supervision	96
13.	Hausordnung	97

1. Einleitung

Die Gründung der gemeinsamen Gesellschaft „Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH“ erfolgte mit dem Ziel, akutmedizinische und rehabilitative Suchtbehandlung miteinander zu vernetzen. Gesellschafter sind die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und seit 2018 der Landkreis Diepholz.

Die gemeinnützige Gesellschaft ist Träger der „Fachklinik Bassum“.

Als Geschäftsführung wurden Herr Claus Freye und Frau Schwinge-Fahlberg bestellt. Zusammen mit Herrn Pastor Michael Krause bilden sie gleichfalls die Geschäftsführung des Unternehmensbereiches „Bethel im Norden“. Die Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH ist strukturell dem Unternehmensbereich „Bethel im Norden“ zugeordnet.

Die v. Bodelschwingschen Stiftungen sind ein Verbund aus den Stiftungen „Bethel“, „Westfälische Diakonenanstalt Nazareth“ und „Westfälische Diakonissenanstalt Sarepta“. Der Sitz der Stiftung ist Bielefeld-Gadderbaum.

Die Stiftung errichtet, erweitert und unterhält Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Förderung von Menschen mit epileptischen und seelischen Erkrankungen, Behinderten und Gefährdeten, körperlich Kranken, Alten und Siechen, ferner Einrichtungen der Erziehung und Bildung. Die v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel haben seit fast 110 Jahren Erfahrung in der Rehabilitation Suchtkrankter.

Der Landkreis Diepholz betreibt die „Kliniken Landkreis Diepholz GmbH“, die somatischen Akutkrankenhäuser an den Standorten Bassum, Sulingen und Diepholz unterhält. Am Standort Bassum stellen sie mit dem „Zentrum für seelische Gesundheit“ auch eine akutpsychiatrische Klinik mit 120 Betten zur psychiatrischen Versorgung und 20 Betten für die psychosomatische Behandlung bereit.

2. Allgemeines

Während ca. 30% der suchtmittelabhängigen Patientinnen und Patienten einmal im Jahr im Akutkrankenhaus behandelt werden, erhalten hingegen höchstens 5% der betroffenen Patientinnen und Patienten eine rehabilitative Therapie.¹ Um diesbezüglich zu einer verbesserten Versorgung suchtkranker Menschen zu gelangen, werden in verschiedenen Regionen Netzwerke und Behandlungsverbände gegründet. Die Rentenversicherungen als Leistungsträger und die niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen haben in einem Positionspapier Eckdaten und Konzeptionen zu vernetzten Versorgungsstrukturen entwickelt.² Bisher ist die Akutversorgung jedoch noch nicht genügend in diesen Verbundstrukturen integriert.

Insbesondere auf den Stationen der somatischen Fachdisziplinen werden in den Allgemeinkrankenhäusern Patientinnen und Patienten behandelt, ohne dass eine bestehende Diagnose aus dem Bereich F.10 bis F.19 der ICD 10 gestellt wird.

Um die abhängigkeitskranken Patientinnen und Patienten adäquater suchtmedizinisch und rehabilitativ zu behandeln, wurde eine gemeinsame Konzeption zur Zusammenarbeit zwischen den Akutkrankenhäusern im Landkreis, den ambulanten Behandlern und der Rehabilitationseinrichtung Fachklinik Bassum implementiert. Die Zielsetzung dieses Konzepts ist eine ganzheitlich aufeinander abgestimmte suchtmmedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten, in der

¹ Wienberg, Günther; (Hrsg.); Die vergessene Mehrheit. - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn 1992

Wienberg, Günther; Driessen, Martin; [Ed.]; Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit - Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen; Bonn 2001

² Vereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsen (LAG FW), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen - Hannover, 20. Juli 2006

Schnittstellen möglichst glatt gestaltet werden und eine höchstmögliche Konstanz der Therapeutinnen und Therapeuten angestrebt wird.

In das Konzept zur Verzahnung der akutmedizinischen Versorgung mit der rehabilitativen Suchtbehandlung wurden eine suchtmmedizinische Beratung während der Akutbehandlung und ein qualifiziertes Rückfallmanagement eingeführt. Ein übergreifender Mitarbeitereinsatz zwischen den Kooperationspartnern hilft das Konzept in der Praxis mit Leben zu füllen. Ein gemeinsam geführtes internistisches qualifiziertes Entzugsbehandlungsangebot wurde entwickelt.

„Nach §§ 10 bis 13 SGB IX sind die Rehabilitationsträger im Rahmen der durch Gesetz, Rechtsverordnung oder allgemeine Verwaltungsvorschrift getroffenen Regelungen verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe nahtlos, zügig sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitlich - „wie aus einer Hand“ - erbracht werden. Eine umfassende, nahtlose, zügige sowie nach Gegenstand, Umfang und Ausführung einheitliche Erbringung der im Einzelfall erforderlichen Leistungen zur Teilhabe liegt sowohl im Interesse der behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen als auch der zuständigen Rehabilitationsträger. Sie tragen hierfür gemeinsam die Verantwortung, um eine größtmögliche Wirksamkeit und nach wirtschaftlichen Grundsätzen ausgeführte Leistung zu erzielen.“³ Von daher sollen die Patientinnen und Patienten mit rehabilitativem Bedarf im stationären oder ganztagsambulanten Setting ihrer Abhängigkeitserkrankung nahtlos und zügig aus der akutmedizinischen Versorgung in die Fachklinik verlegt werden. Eine enge Kooperation mit den Fachstellen und Fachambulanzen für Suchtberatung und Suchtbehandlung ist an dieser Stelle unerlässlich.

³ Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistung zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr.1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs.1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004

3. Beschreibung der Fachklinik

3.1 Leitbild

Ausgehend vom christlichen Menschenbild wird jeder einzelne Mensch in seiner Würde als Geschöpf Gottes geachtet. Dieses fordert zur Nächstenliebe, Solidarität und einem fairen Interessenausgleich im Zusammenleben heraus. „Gemeinschaft verwirklichen“⁴ ist die Vision der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel. Sie wird getragen durch die drei Kernaussagen, „Qualifiziert Helfen“, „Orientierung geben“ und „Orte zum Leben gestalten“.

In der Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen bedeutet dies konkret, dass wir uns verpflichten nach den aktuellen wissenschaftlichen und fachlichen Standards die Patientinnen und Patienten teilhabeorientiert zu behandeln. Wir begegnen ihnen respektvoll als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner und stellen ihnen unsere fachliche Kompetenz zur Verfügung. Hierzu gehört, dass ihre Entscheidungen respektiert werden.

3.2 Der Standort

Um die Rehabilitationsbehandlung mit der Akutversorgung zu verzahnen wurde ein eigenständiges Gebäude des Allgemeinkrankenhauses Bassum zur Fachklinik für die Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen umgebaut. Obwohl die Fachklinik in einem eigenen Gebäude abgegrenzt ist, bildet sie doch mit den somatischen Abteilungen des Allgemeinkrankenhauses Bassum eine architektonische Einheit. Hinzu kommt ein direkt benachbartes Bettenhaus.

Die Fachklinik Bassum liegt zentral in Bassum. In unmittelbarer Nähe befindet sich die Haupteinkaufsstrasse, der Bahnhof ist fußläufig erreichbar. Von der Bushaltestelle schräg gegenüber der Klinik sind die Städte Sulingen, Minden und Nienburg

⁴ Bethel - Gemeinschaft verwirklichen, Unsere Vision und unsere Ziele 2011 bis 2016, v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, Juni 2011

Fachklinik Bassum

gut erreichbar. An die Südseite des Krankenhauses grenzt das örtliche Naherholungsgebiet. Die zentrale Lage der Fachklinik ermöglicht eine teilhabeorientierte Behandlung.

Die Stadt Bassum liegt unweit der Hansestadt Bremen zentral im Landkreis Diepholz, in dem auf ca. 1990 km² etwas mehr als 215.000 Einwohner leben. Viele Einwohner pendeln täglich zur Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit nach Bremen, so dass man sagen kann, dass Bassum zum erweiterten Gürtel von Bremen gehört. Mit der Bahn lässt sich die Stadt schnell erreichen, da die Hauptstrecke Hamburg - Bremen – Osnabrück - Münster - Ruhrgebiet an ihr liegt.

Die Züge halten am eigenen Bahnhof. Bis zur nächsten Autobahnauffahrt, der A1 (Hansalinie), sind es 20 km.

Die Stadt Bassum hat ca. 16.000 Einwohner, die Flächengröße beträgt 168 km².

Durch den Bau einer Umgehungsstraße hat die Stadt eine qualitative Aufwertung für den gesamten Innenstadtbereich erfahren. Die Geschäfts- und Wohnbereiche wurden vom Fernverkehr weitgehend entlastet. Die Innenstadt hat sich zu einem modernen Geschäftszentrum mit Gastronomie und öffentlichen Gebäuden entwickelt.

Für die Freizeit stehen unter anderem eine städtische Bücherei, ein kleiner Tierpark, die Volkshochschule, ein Sport- und Fitnesscenter sowie ein Hallen- und Freibad zur Verfügung.⁵ Besondere Sehenswürdigkeit ist das Gelände des Stiftes.

3.3 Plätze

Die Fachklinik Bassum bietet Platz 48 Patientinnen und Patienten stationär sucht-rehabilitativ zu behandeln. Darüber hinaus beherbergt sie die Voraussetzungen zur ganztägig ambulanten Therapie von 18 Patientinnen und Patienten.

⁵ www.bassum.de

4 Rehabilitationskonzept

4.1 Allgemeine und theoretische Behandlungsgrundlagen

4.1.1 Juristischer Rahmen, allgemeiner Behandlungsauftrag und berufliche Orientierung in der Rehabilitation (BORA)

„Rehabilitationsbedürftigkeit ist gegeben, wenn eine gesundheitlich bedingte drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung der Teilhabe den mehrdimensionalen und interdisziplinären Ansatz der Rehabilitation erforderlich macht. Dabei bezieht sich das gesundheitliche Problem auf die Schädigungen und die Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren.“(...)“ Rehabilitationsfähigkeit bezieht sich auf die somatische und psychische Verfassung des betroffenen Menschen (z.B. Motivierbarkeit und Belastbarkeit) für die Inanspruchnahme einer geeigneten Leistung zur Teilhabe.“⁶

Die Fachklinik Bassum der Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH erbringt für die Rehabilitationsträger die vereinbarten Leistungen auf Grundlage dieser Konzeption. Die juristischen Grundlagen der einzelnen Rehabilitationsmaßnahme beruhen auf Sozialgesetzbüchern VI und IX. Gemäß den §§ 9ff SGB VI ist das vorrangige Ziel der Rehabilitationsbehandlung, den Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Erwerbsfähigkeit entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiederenzugliedern.

⁶ Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation Heft 12; Frankfurt 2006

„Um die Teilhabe am Arbeitsleben für Menschen mit Behinderung zu gewährleisten, sollen nach § 33 SGB IX Abs. 1 alle erforderlichen Leistungen erbracht werden, die nötig sind, um die Erwerbsfähigkeit der individuellen ‚Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen‘ und dauerhaft zu erhalten. Die Leistungen umfassen unter anderem Hilfen zur Erhaltung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Aktivierung und beruflichen Eingliederung (inkl. Beratung und Vermittlung), Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung, berufliche Ausbildung (inkl. Umschulung) u.v.m. Die benötigten Leistungen sollen frühzeitig und wohnortnah unter Berücksichtigung der Eignung, Neigung und der bisherigen Tätigkeiten des behinderten Menschen sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt durchgeführt werden (vgl. § 33 SGB IX).⁷

Deshalb ziehen sich erwerbsbezogene Maßnahmen in der Fachklinik Bassum bei Patientinnen und Patienten in Leistungsträgerschaft der Deutschen Rentenversicherung wie ein roter Faden durch die Rehabilitation. Diese Maßnahmen haben ihre konzeptionellen Grundlagen in den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (BORA)⁸

Die Fachklinik Bassum ist in freigemeinnütziger Trägerschaft. Deshalb schloss sie auf Basis des § 21 SGB IX Leistungsverträge mit verschiedenen Trägern der Deutschen Rentenversicherung ab.

⁷ Morfeld, M. in Weber A., Peschkes L., de Boer W.E.L. (Hrsg.), Return to Work – Arbeit für alle; 1. Auflage, Gentner Verlag, Stuttgart; 2015 Seite 182

⁸ Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

Patientinnen und Patienten, deren Rehabilitationsbehandlung von der Krankenversicherung finanziert wird, werden auf Grundlage des § 40 SGB V behandelt. Hierzu schloss der Träger der Fachklinik Bassum mit den Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V ab.

4.1.2 Epidemiologischer Hintergrund

„Abhängigkeitserkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und gesundheitliches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man allein unter den Erwachsenen mit

- 1,6 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind⁹,
- 1,4 Mio. mit einem schädlichen Alkoholkonsum (Missbrauch),
- 1,2 bis 1,5 Mio. Medikamentenabhängigen¹⁰ und
- 309.000 Menschen mit einer Abhängigkeit von
- Cannabis.
- 103.000 Menschen mit einer Amphetamin-Abhängigkeit
- 41.000 Menschen mit einer Abhängigkeit von Kokain“¹¹

Hinzukommt die Zahl der Abhängigen von nicht stoffgebundenen Süchten. Eine Bevölkerungsbefragung im Jahr 2021 zeigte, dass 2,3% der Befragten eine Glücksspielstörung aufwiesen.

Als Referenzstudie zur Abschätzung der Betroffenenzahlen von Verhaltensstörungen durch den intensiven Gebrauch von Computern und Internet gilt nach wie vor

⁹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) DHS Jahrbuch Sucht 2023.Lengerich, 2023

¹⁰ Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2015

¹¹ Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) DHS Jahrbuch Sucht 2023.Lengerich, 2023

die PINTA-Studie Danach werden in der Altersgruppe der 14 bis 64-jährigen ca. 560.000 Menschen internetabhängig bezeichnet.¹²

Bei Abhängigkeitskranken ist die Mortalität durch Unfälle, körperliche Erkrankungen und Suizid um ein vielfaches höher als in der Normalbevölkerung. Die Höhe der direkten und indirekten sozialen Folgekosten und die Schäden, auch für die Volkswirtschaft, sind immens. Dahinter steht das schwere Leid der Betroffenen, das der Angehörigen und insbesondere das der Kinder abhängigkeitskranker Eltern.

Die Phänomene der Abhängigkeitserkrankung, müssen auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen betrachtet werden. Im Zeitalter der Informationsgesellschaft werden fortschreitend Anforderungen an Arbeitsprozesse gestellt, die die psychische und physische Kompetenz des Einzelnen oft überfordert. Durch den gesellschaftlichen und ökonomischen Wandel werden vor allem, aber durchaus nicht ausschließlich, Menschen mit geringeren formalen Qualifikationen und ältere Beschäftigte aus dem Erwerbsprozess ausgegliedert oder kommen erst gar nicht hinein. Damit gehen häufig soziale Isolierung, psychische Instabilität, Identitätsverlust und seelische, materielle und soziale Verarmung einher.

Zudem hat der gesellschaftliche Individualisierungsprozess zu einem kulturellen Wandel und weitgehender Auflösung traditioneller Formen des Zusammenlebens geführt. Dadurch erfolgte ein Verlust an tragfähigem sozialen Beziehungen, bei dem einzelnen Menschen erhebliche verunsichert werden können.

¹² Mortler, Marlene – Bundesdrogenbeauftragte; Drogen und Suchtbericht 2015

Einsamkeit, Ängste, Ohnmacht und Sinnentleerung können die Folge sein und sind Auslöser oder Teil des Bedingungsgefüges von Abhängigkeitserkrankungen.¹³

Abhängigkeitserkrankungen verstehen sich aus unserer Sicht als ein multifaktorielles Geschehen. Sie können in ihrer Komplexität nur durch das Einbeziehen der Entwicklung des Einzelnen mit seinen intrapsychischen Strukturen, seiner anthropologischen Existenz mit seinen körperlichen Strukturen und seinem sozialen Lebenskontext erfasst werden. Dieser Konzeption liegt also das Bio-psycho-soziale Erklärungsmodell zu Grunde, in dem Abhängigkeitserkrankungen ihre Ursachen in der individuellen Entwicklung mit seinen körperlichen und geistigen Vollzügen, der persönlichen Lern- und Konfliktlösungsgeschichte und der Einbindung der Betroffenen in das soziale Gefüge hat.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Sucht als zwanghaftes Verhalten nach bestimmten Substanzen oder Verhaltensweisen, die tiefgreifende, belastende Missempfindungen vorübergehend lindern oder erwünschte Empfindungen auslösen, und die konsumiert bzw. beibehalten werden, obwohl negative Konsequenzen damit für die eigene Person oder andere Verbunden sind, definiert.¹⁴ 1964 hat die Weltgesundheitsorganisation den Suchtbegriff durch die Termini Missbrauch und Abhängigkeit ersetzt, von daher wird in dieser Konzeption der Terminus Anhängigkeitserkrankung vornehmlich benutzt. Abhängigkeiten können von allen Substanzen, die auf das zentrale Nervensystem einwirken, entstehen. An erster Stelle ist hier Alkohol zu nennen. Tabak, Medikamente, insbesondere Schmerz- und Beruhigungsmittel, Opiate, Halluzinogene, Cannabis, Kokainprodukte, Amphetamine und Designer Drugs seien hier als weitere Substanzen aufgeführt. Bei dem kontinuierlichen Prozess, bei dem stets weitere psychotrope Substanzen auf dem Markt

¹³ Beck; Ulrich; Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt am Main 1986

¹⁴ WHO 1957

erscheinen, kann diese Aufzählung in keiner Weise als vollständig betrachtet werden. Je nach verwendeter Substanz entwickeln sich unterschiedliche Erscheinungsformen der Abhängigkeit.

Von der stoffgebundenen Abhängigkeit unterscheiden wir andere Ausformungen des süchtigen Verhaltens. Bei aller Ähnlichkeit mit den stoffgebundenen Abhängigkeiten stellen diese Formen der Erkrankung, wie zum Beispiel das pathologische Glücksspiel, der Workholismus oder die Verhaltensstörungen durch den intensiven Gebrauch von Computern und Internet, eigene Qualitäten dar.

Wechselwirkungen von genetischer Disposition, der eigenen Biographie, Umwelteinflüssen und den Effekten eines Suchtmittels können vom maßvollen Gebrauch des Suchtmittels zu abhängigem Verhalten mit Kontrollverlust und Abstinenzunfähigkeit führen. Die neurobiologische Suchtforschung der letzten Jahre hat gezeigt, dass im Verlauf einer solchen Entwicklung Prozesse der Sensitivierung und Desensitivierung sowie der Konditionierung in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen in Gang gesetzt werden. Dies führt zu einem Ungleichgewicht bis hin zur Entkopplung neuronaler Regelkreise. In Tierversuchen konnte gezeigt werden, dass die komplexen Verschaltungen zwischen dem Limbischen System (cingulärer Cortex, Hypothalamus, Hypocampus, Amygdala) und anderer Hirnstrukturen (u. a. Hirnstamm, Striatum, paralimbische und neocortikale Regionen) entscheidend an der Regulation motivationaler, affektiver und emotionaler Reaktionen beteiligt sind. In erster Linie wirken Suchtmittel verstärkend auf das dopaminerge Belohnungssystem und dämpfend auf das angstvermittelnde, vorwiegend serotonerge Mandelkernsystem. Im folgenden Kapitel sollen die Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung im Bereich der Abhängigkeitsentwicklung etwas detaillierter dargestellt werden.

4.1.3 Das Bio-Psycho-Soziale Modell und die ICF

In diesem Konzept wird die Behandlung der Suchterkrankungen auf das sich gegenseitig beeinflussende Gefüge aus individuellen Auswirkungen der Krankheit im Alltag sowie den Faktoren, die darauf als Barrieren oder Förderfaktoren Einfluss nehmen, abgestimmt. Diese Konzeption bezieht sich in erster Linie somit nicht auf die ICD 10 mit ihrer störungsorientierten Einordnung der Beschwerdebilder der Patienten und Patientinnen, sondern fokussiert auf die Erfassung der hieraus resultierenden Auswirkungen auf den unterschiedlichen Ebenen der funktionalen Gesundheit nach der ICF. „Die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ ist die Nachfolgerin der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ von 1980. Sie wurde nach einem mehrjährigen Entwicklungsprozess von der 54. Vollversammlung der WHO, an der auch Vertreter der deutschen und schweizerischen Bundesregierung teilgenommen haben, im Mai 2001 verabschiedet. Das bio-psycho-soziale Modell, das in Ansätzen der ICIDH unterlag, wurde mit der ICF erheblich erweitert und damit der Lebenswirklichkeit Betroffener besser angepasst. Insbesondere wird nun der gesamte Lebenshintergrund der Betroffenen berücksichtigt.“¹⁵

„Der Begriff der Funktionsfähigkeit eines Menschen umfasst alle Aspekte der funktionalen Gesundheit. Eine Person ist funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),

¹⁵ Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Hrsg.: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen; 2005, Seite 4

2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),

3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen).“¹⁶

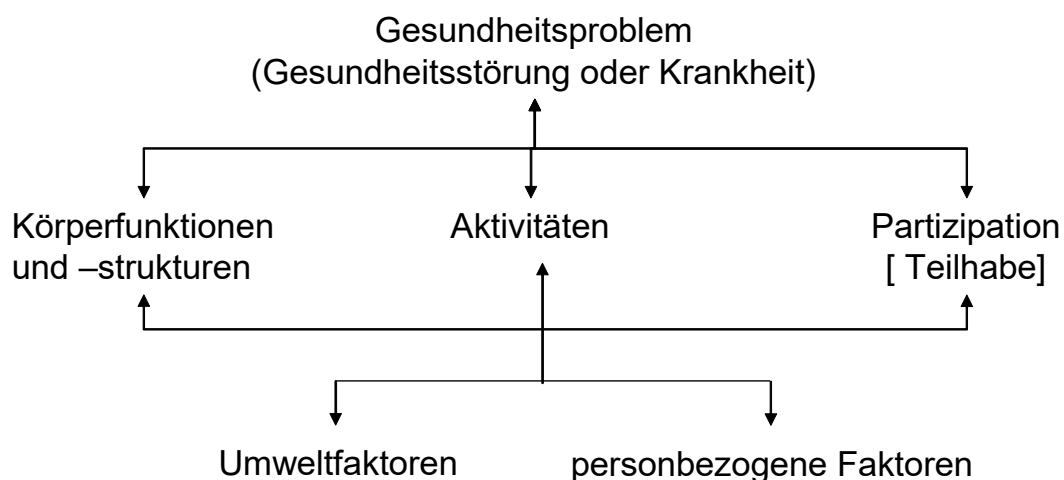
Das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF stellt Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen einer Erkrankung (Störungskonzept gemäß ICD 10) und den Kontextfaktoren, die sich auf funktionale Gesundheit als Förderfaktor oder Barriere auswirken. „Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Gesundheitsprobleme nach sich ziehen und jedes Element des Modells Ausgangspunkt für mögliche neue Probleme sein. (...) Eine langzeitarbeitslose Person (Beeinträchtigung der Teilhabe) kann eine reaktive Depression entwickeln oder alkoholabhängig werden (beides Krankheiten).“¹⁷

„Da die ICF zum einen krankheitsübergreifend angelegt ist und sie zum anderen nur eine „Momentaufnahme“ und somit auch keine Krankheitsdynamik und -prognose abbilden kann, müssen bei sozialmedizinischen Fragestellungen, wie z.B. bei der Indikationsstellung für eine Leistung der medizinischen Rehabilitation, die ICF Komponenten immer vor dem Hintergrund der krankheitsspezifischen Parameter, wie Schwere, Dauer, bisherige Therapie und Verlauf der zugrunde liegenden

¹⁶ ebd. Seite 4

¹⁷ ICF-Praxisleitfaden, Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); Frankfurt am Main - 2. überarbeitete Auflage Mai 2006; Seite 11

Erkrankung(en), beurteilt werden.“¹⁸ Die folgende Abbildung aus der ICF verdeutlicht noch einmal die Interdependenzen zwischen der Erkrankung und den funktionalen Auswirkungen, denen in unserer Behandlung rehabilitativ gemäß § 15 SGB VI und §§ 26 – 31 SGB IX begegnet werden soll. „Die medizinische Rehabilitation (§§ 26 ff. SGB IX) soll Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen oder eine Verschlimmerung verhüten.“¹⁹



Michael Linden, Stefanie Baron und Beate Muschalla haben eine Mini-ICF-App entwickelt, ein Instrumentarium zur Erfassung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Mit 13 Items werden die Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten differenziert skaliert.

¹⁸ ebd. Seite 11

¹⁹ ebd. Seite 22

Rehabilitative Behandlungsziele lassen sich auf der Grundlage dieser Fremdeinschätzungsinstruments mit den Patientinnen und Patienten vereinbaren, teilhabe-relevante Problemlagen werden identifiziert und insbesondere berufsorientierte Behandlungsmaßnahmen auf Grundlage der BORA-Konzeption lassen sich daraus ableiten.²⁰

4.1.4 Neurobiologische Prozesse

Abhängigkeitserkrankungen dürfen keineswegs ausschließlich als Anpassungsstörungen im sozialen Kontext oder als innerpsychisches Geschehen betrachtet werden, dieses zeigen uns die jüngsten Erkenntnisse aus der Gehirnforschung. Lag in der Vergangenheit ein besonderer Fokus auf der Streitfrage, ob dem Entwickeln einer Abhängigkeitserkrankung eher sozial erworbenes Verhalten oder genetische Dispositionen zugrunde liegt, so zeigen uns die neurobiologischen Forschungsergebnisse heute, dass psychoaktive Substanzen bei Menschen und Tieren auf die Neurotransmittersysteme wirken. Eine besondere Bedeutung kommt dabei dem dopaminergen Belohnungssystem im Gehirn zu, da die Stimulierung dieses Systems durch psychoaktive Substanzen einen Wiederholungszwang auslösen kann. Tierexperimentell nachgewiesen scheint für diesen Wiederholungszwang dabei die Wahlfreiheit beim Konsum und die körperliche Verträglichkeit zu sein.

²⁰ Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2015); Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber 2015

Im Gegensatz zu anderen Auslösern von Dopaminausschüttungen im Gehirn, wie zum Beispiel bei der Aktivierung des Belohnungssystems durch den Besuch eines schönen Konzerts, scheint es bei den psychoaktiven Substanzen nicht zu einer Senkung der Dopaminausschüttung durch Gewohnheit zu kommen. Während der dritte Besuch eines Konzertes in einer Woche unser Gehirn nicht mehr zu so viel Dopaminausschüttung bewegt wie beim ersten Mal, tritt beim Konsum psychoaktiver Substanzen dieser Effekt nicht ein. Kommt es zu keiner Reduktion im Konsummuster und damit einhergehend nicht zu einer Reduktion der Dopaminausschüttung, reagiert der Nucleus accumbens auf Dauer in Form einer Rückkopplung, die zu einer Reduzierung der körpereigenen Dopaminfreisetzung führt. Zur Stimulierung angenehmer Gefühle benötigt er dann den externen Reiz durch die psychoaktive Substanz. Parallel geht dieser Prozess mit der Dosissteigerung einher, der circulus vitiosus der Abhängigkeitsentwicklung nimmt seinen Lauf.²¹

Diese Abhängigkeitsentwicklung ist durch neurotoxische Störungen, eine Anpassung an die Substanzwirkung im Sinne einer Toleranzentwicklung und durch das Auftreten von Entzugssymptomen bei plötzlichem Absetzen gekennzeichnet. Störungen im frontalen Kortex, dem Thalamus und den Basalganglien tragen zu Veränderungen der Handlungsplanung und zum Auftreten eines repetitiv und stereotyp ablaufenden Substanzkonsums bei, der oft kaum noch von angenehmen Gefühlen begleitet wird. Zusätzlich können belohnende Wirkungen der Substanzeinnahme durch Empfindlichkeitssteigerungen im Bereich des hirneigenen verhaltensverstärkenden Systems zunehmen. Die sedative Wirkung des Alkohols wird über eine Verminderung der GABA-Rezeptoren vermittelt. Glutamaterge NMDA-Rezeptoren werden hochreguliert.

Das Gehirn befindet sich so lange im Gleichgewicht, wie der Alkoholkonsum anhält. Wird dieser plötzlich unterbrochen, kommt es zu einer verzögerten Erholung

²¹ Grawe, Klaus; Neuropsychotherapie; Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag; 2004

der GABA-A-Rezeptoren, während die hochregulierten NMDA-Rezeptoren jetzt nicht länger durch Alkohol blockiert werden. Es kommt zu einem Ungleichgewicht zwischen GABAerger Inhibition und glutamaterge Exzitation. Die Veränderung der glutamatergen NMDA-Rezeptoren führt zu Aktivierung von Kalziumionen mit einem verstärkten Kalziumeinstrom in die Nervenzelle, dies wird mit chronischem Alkoholkonsums in Verbindung gebracht. Ferner kommt den NMDA-Rezeptoren eine wichtige Funktion bei der Erstellung von Gedächtnisprogrammen zu, so dass Störungen dieser Rezeptoren zu Gedächtnisstörungen führen können.

Auch serotonerge Dysfunktionen können zu vermehrtem Alkoholkonsum führen, da die alkoholinduzierte GABAerge Sedation vermindert wird, so dass weniger unangenehme alkoholvermittelte Wirkungen auftreten. Erhöhte Alkoholtoleranz und erhöhter Tabakkonsum werden beobachtet.

Bei Alkoholabhängigen und Nikotinabhängigen könnte eine nach Beendigung des Suchtmittelkonsums längerfristig bestehende serotonerge Funktionsstörung eine Ursache für Rückfall und Depressivität sein.²²

Annäherungsverhalten wird durch das so genannte Belohnungssystem im Mittelhirn mit Dopamin als Botenstoff gesteuert. Dopamin wird immer dann ausgeschüttet, wenn das Ergebnis eines Verhaltens besser ausfällt, als erwartet. Dieses Ergebnis wird dem Frontalhirn weiter gemeldet mit dem Ziel, dieses Verhaltensmuster nun häufiger einzusetzen.

Synaptische Verbindungen auf neuronaler Ebene werden besser ausgebildet, so dass die Erregung leichter und schneller weitergeleitet wird und dadurch bei einer erneuten Aktivierung das Verhalten leichter ausgelöst werden kann (so genannter Bahnungseffekt).

²² Heinz und Batra in Neurobiologie d. Alkohol- und Nikotinabhängigkeit, 2003

Vermeidungsverhalten geht zurück auf alte Angst- und Fluchtmuster, bei denen die Mandelkerne (Amygdalae) im Mittelhirn stark aktiviert sind. Die Herunterregulierung erfolgt durch das Frontalhirn, wenn die Gefahr gebannt ist bzw. gebannt scheint. Ein wesentlicher Neurotransmitter in diesem System ist das Serotonin.

Neben belohnungsabhängigen Ausbildungen von neuronalen Strukturen im Frontalhirn gibt es auch über den Hippocampus gesteuerte bewusste Lernvorgänge, die vom Ausmaß der Aufmerksamkeitsfokussierung und der emotionalen Beteiligung abhängen. Der Hippocampus fungiert dabei als Zwischenspeicher, in nächtlichen Tiefschlafphasen werden durch synchronisierte Aktivität des Hippocampus und Kortex die Lerninhalte in die definitive kortikale Speicherform gebracht. Suchtpatienten erleben sich zwischen den spontanen, emotional gesteuerten Impulsen des Mittelhirns und den bewusst geführten motivationalen Strukturen des Frontalhirns hin- und hergerissen.²³

Der Therapieprozess besteht darin, dass in der Therapie kortikal gesteuerte Verhaltensmuster aufgebaut werden, die in Situationen emotionaler Aktivierungen im Mittelhirn die Mandelkerne so beruhigen können, dass nicht auf Suchtmittel zur Beruhigung zurückgegriffen werden muss.

Die Schwierigkeit liegt darin, dass diejenigen Bahnen, die von dem subkortikalen emotionalen Hirnzentrum zum Frontalhirn führen, deutlich stärker ausgebildet sind als die Bahnen, die vom Frontalhirn das limbische System regulieren.²⁴ Somit ist es für die bewusste Handlungssteuerung sehr schwer, sich gegen die von negativen emotionalen Zuständen ausgelöste unbewusste Handlungsimpulse durchzusetzen.

Ein einmal durch Langzeitpotenzierung angelegtes Erlebnismuster ist durch neuronale Verknüpfung fixiert und daher nicht mehr lösbar. Nach einem längeren

²³ Roediger, Elemente einer neurobiologisch fundierten Suchttherapie, aus Sucht Aktuell 1/2005

²⁴ Amaral et al., Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit; 1992

Zeitraum, in dem die entsprechenden Zellverbände nicht mehr aktiviert wurden, sinken sie zwar in eine Latenz, die funktionalen Wechselwirkungen bleiben aber erhalten. Unspezifische Stresssituationen, die mit dem ursprünglichen Verhalten nichts zu tun haben, können scheinbar gelöschte Reaktionsmuster wieder aktivieren.²⁵ So kann es auch nach Jahren noch geschehen, dass vorher gut tolerierte Schlüsselreize in einer Expositionssituation stressbedingt zum Wiederauftreten des konditionieren Entzugsgefühls und Craving führen.

Weitere neurobiologische Erklärungsansätze der Suchterkrankungen ergeben sich aus den Forschungen zur Psychoneuroimmunologie. Die Forschung der letzten Jahre in der Psychoneuroimmunologie (PNI) legt den Schluss nahe, dass frühkindliche Belastungen und Stresssituationen, wie sie suchterkrankte Patientinnen und Patienten häufig ausgesetzt sind, dysfunktionale Auswirkungen auf das Immunsystem haben.²⁶ Eine chronische Überstimulierung der Hypophysen-Hypothalamus-Nebennierenrinden-Achse (HPA-Achse) als Reaktion auf andauernden Stress führt zu einem Hypercortisolismus und gegenregulatorisch später zu einer Glucocorticoidresistenz (Hypocortisolismus). Hieraus resultiert durch eine Schwächung des humoralen Immunsystems eine verstärkte bzw. weniger supprimierte zelluläre Abwehr mit einem chronischen Entzündungszustand.

Christian Schubert hat auf der Fachtagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS), Name heute: Bundesverband für Suchthilfe bus., im März 2015 den Zusammenhang von psychischen und immunologischen Faktoren im Sinne eines sich bidirektional beeinflussenden Systems erläutert.

Über eine Vermittlung der Mikrogliazellen, die für eine Überwachung des Immunsystems in der Mikroumgebung des Gehirns zuständig sind, bewirken so genannte

²⁵ Roediger, Elemente einer neurobiologisch fundierten Suchttherapie, aus Sucht Aktuell 1/2005

²⁶ Gluckman, P.D. u.a.; The developmental origins of adult disease; nach Schubert, Christian; Psychoneuroimmunologie über die Lebensspanne in: Brisch, KarlHeinz (Hrsg.), Bindung und Psychosomatik Klett-Cotta 2015

„Danger signals“, zu denen auch Suchtmittel zählen, eine Aktivierung von Toll-like-Rezeptoren (TLR). Diese lösen in direkter Folge eine Entzündungskaskade aus, so dass eine Neuroinflammation folgt. Mesolimbische dopaminerge Belohnungswege verstärken bekannte Suchtmittelleffekte zusätzlich.

Chronische Stressreaktionen führen durch die oben beschriebenen Wirkungen auf die HPA-Achse mit Entzündungsreaktionen zu einer Potenzierung der neuroinflammatorischen Folgen im Sinne einer massiven Effektverstärkung.²⁷

Einschränkend muss am Ende dieses Kapitels gesagt werden, dass von einem umfassenden Verständnis der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeits-erkrankungen die neurobiologische Wissenschaft noch weit entfernt ist.

4.2 Rehabilitationsindikationen und – kontraindikationen

Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sind die Hauptdiagnosen der Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Bassum. In den letzten Jahren tritt polyvalenter Suchtmittelkonsum jedoch vermehrt auf. Abhängigkeit oder Missbrauch von Substanzen wie Cannabis, Kokain oder Ecstasy sowie Heroin werden ebenfalls rehabilitativ behandelt, sofern diese Konsummuster nicht im Vordergrund der Problematik stehen. Der Rehabilitationsbedarf muss aus Hauptdiagnose nach ICD 10 nach F10., oder F13. hergeleitet sein. Die personelle Ausstattung der Fachklinik Bassum (siehe Punkt 5), gepaart mit der engen Vernetzung mit der Akutversorgung der Kliniken Landkreis Diepholz GmbH ermöglichen eine umfassende Behandlung komorbider Störungen. Die 24-stündige ärztliche Bereitschaft erlaubt die Rehabilitationsbehandlung von Patientinnen und Patienten mit diversen somatischen Komorbiditäten.

²⁷ Schubert, Christian; Vortrag auf der Fachtagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe; Berlin, März 2015

Fachklinik Bassum

Aufgrund einer der Fachklinik direkt gegenüberliegenden Dialysepraxis ist die Aufnahme und Rehabilitation dialysepflichtiger Patientinnen und Patienten möglich. Die Kooperation mit der Praxis erlaubt eine Rehabilitationsbehandlung, bei der die Patientin oder der Patient die notwendige Dialyse erhalten und die Rehabilitationsfähigkeit weiterhin gegeben sein kann.

Psychiatrische komorbide Störungen können in der Fachklinik Bassum mitbehandelt werden, insbesondere für die im Folgenden aufgeführten Diagnosen bietet der vernetzte Therapieansatz gute rehabilitative Chancen. (Siehe auch Punkt 5.3 Behandlung von Komorbidität)

- Angststörungen (F40, 41)
- Anpassungsstörungen (F43)
- bipolare affektive Störungen (F31)
- Depressive Störungen (F32, 33)
- Persönlichkeitsstörungen (F60, 61, 63)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (F43)
- Psychosen (F20)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Störungen auf Grundlage von ADHS (F90)

Die psychischen Erkrankungen müssen soweit symptomarm bzw. ausgeheilt sein, dass die Rehabilitationsfähigkeit gegeben ist und es der Patientin oder dem Patienten möglich ist, an dem therapeutischen Programm der Klinik teilzunehmen. Eine bestehende psychiatrische Medikation ist keine Kontraindikation für eine Behandlung.

Die Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund mit ausreichenden Deutschkenntnissen ist in der Fachklinik Bassum selbstverständlich möglich.

Aufgrund besonderer Kultur- und Sprachkenntnisse in den Bereichen Medizin und Psychotherapie verfügt die Fachklinik über spezifische Kompetenzen in der Behandlung von Patientinnen und Patienten aus den ehemaligen Staaten der Sowjetunion. In besonderen Fällen kann mit den Patientinnen und Patienten polnisch oder russisch gesprochen werden.

Da die gesamte Fachklinik barrierefrei hergerichtet wurde, können Menschen mit Gehbehinderungen und Rollstuhlfahrer aufgenommen werden. Zudem ist die Aufnahme von Patientinnen und Patienten mit Übergewicht bis zu 130 Kg möglich. Das entsprechende Mobiliar ist vorhanden.

4.3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist die Genesung der Abhängigkeitserkrankungen und die Förderung der Teilhabemöglichkeiten der Patientinnen und Patienten. Hierzu bedarf es in der Regel nach der akutmedizinischen Behandlung der Rehabilitation. „Zentrales Ziel der medizinischen Rehabilitation durch die gesetzliche Rentenversicherung ist es, einer (drohenden oder eingetretenen) Minderung der Leistungsfähigkeit im Erwerbsleben zu begegnen, um damit die Teilhabe zu sichern.“²⁸ Ergänzt wird dieses Ziel um die Erlangung der Abstinenz in der „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ und der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“.

²⁸ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O.
Seite 31

Danach ist das „Ziel von Leistungen zur Teilhabe (ist), den (abhängigkeits-) kranken oder behinderten Menschen zur aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft zu befähigen. Dazu gehören:

- Erreichen und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich von körperlichen und seelischen Störungen
- Möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft“²⁹

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungszeit richtet sich nach den Vorgaben der Leistungsträger und den individuellen Anforderungen der Patientinnen und Patienten. In der Regel liegt sie zwischen 8 und 15 Wochen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Auf der Basis der noch zu beschreibenden Diagnostik werden bezogen auf die Gesamtzielsetzung der Rehabilitation individuelle Ziele mit der Patientin oder dem Patienten vereinbart. Diese Ziele werden an dem teilhabeorientierten Behandlungsauftrag und den gesetzlichen Grundlagen ausgerichtet. Bei Patientinnen und Patienten in Leistungsträgerschaft der deutschen Rentenversicherung wird in der individuellen Therapieplanung stets auf die Teilhabeoptionen am Erwerbsleben fokussiert (BORA).

²⁹ Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, a.a.O. Seite 37; (²⁰ Vgl. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“, abrufbar unter www.dhs.de (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.))

Auf diese Weise soll mit den Rehabilitanden eine tragfähige Compliance auch bezüglich des Erwerbsbezuges in ihrer Behandlung erzielt werden. Um den Erfolg der Rehabilitation zu sichern, wird die Patientin und den Patienten an der Zielformulierung beteiligt. Durch den Einbezug werden die Patientinnen und Patienten zur Eigenverantwortung aktiviert. Die Ziele werden operationalisierbar formuliert und an den Ressourcen der Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Einhergehend mit der Verlaufsdiagnostik werden die Ziele prozessorientiert aktualisiert und angepasst.

Jede Patientin und jeder Patient erhält eine individuelle Therapieplanung, in der die Zielvereinbarungen festgehalten sind und aus der die Behandlungsplanung hervorgeht. Diese allgemeine Behandlungsplanung wird durch den wöchentlich aktualisierten Wochenplan ergänzt. Die Behandlungsplanung mit ihren Ergänzungen oder Veränderungen aus dem Behandlungsverlauf sind Grundlage der Therapieauswertung am Ende der stationären oder ganztagsambulanten Rehabilitation.

Der individuelle Behandlungsplan dient dem Behandlungsteam zur Intra- und Fallbesprechungen. Er ist auch Grundlage bei der eventuellen Beantragung weitergehender Leistungen. Das Behandlungsteam ist multiprofessionell zusammengesetzt und stimmt miteinander den Behandlungsplan und die Interventionen ab. Fallbesprechungen, Intra- und externe Supervision sichern die Qualität ab.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Ist das Ausmaß und der Schweregrad der Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen, die Beeinträchtigung und Kompensationsmöglichkeiten von Aktivitäten und Teilhabe erheblich, ist eine stationäre Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen unerlässlich. Diese Schwere des Ausmaßes ist bei schweren körperlichen, seelischen und sozialen Störungen gegeben. Insbesondere die Notwendig-

keit der Herausnahme aus einem pathogenen Umfeld ist eine wesentliche Indikation für eine stationäre Behandlung.³⁰

Die Patientinnen und Patienten werden von einem interdisziplinären Team, bestehend aus den folgenden Berufsgruppen, behandelt:

- Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten mit Weiterbildung zur Psychologischen Psychotherapie oder mit Weiterbildung zur Suchttherapie
- Sozialberatung
- Ärztinnen und Ärzte
- Medizinische Fachangestellte
- Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten
- Verwaltung

Um eine gute Qualität der Therapieplanung und einen guten Austausch in den Teams zu gewährleisten, finden verschiedenen Teamprozesse statt. Jeden Tag finden Übergaben im medizinischen Team und im bezugstherapeutischen Team in Begleitung der Therapeutischen Leitung oder in Chefärztlicher Begleitung statt. Einmal im Monat findet ein Team mit den Ärzten und der Chefärztin in Begleitung der Therapeutischen Leitung statt. Einmal wöchentlich trifft sich das Ergotherapeutische Team und das Sozialberatungsteam unter therapeutischer oder Chefärztlicher Leitung zur Vorbereitung der Fallkonferenzen und zu weiteren organisatorischen Prozessen und supervisorischen Fragestellungen. Weiter trifft sich einmal wöchentlich das Bezugstherapeutische Team unter Chefärztlicher Leitung oder unter der Leitung der Psychotherapeutischen Leitung zur Supervision. Hier werden Fälle besprochen, herausfordernde Dynamiken im Einzel- oder Gruppensetting aufgearbeitet und weitere organisatorische Fragestellungen geklärt. Einmal die Woche findet zudem eine Dienstbesprechung statt, bei der alle Mitarbeitenden

³⁰ Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.Mai 2001

zusammenkommen um aktuelle Themen mit der Klinikleitung zu besprechen. Weiter findet einmal wöchentlich eine interne Fortbildung statt um den Wissenstand der Mitarbeitenden stetig weiter zu steigern. Um einen allumfassenden Blick auf die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten finden dreimal wöchentlich Fallkonferenzen für je zwei Bezugsgruppen statt. Hier kommen alle Zuständigen Mitarbeitenden der verschiedenen Berufsgruppen zusammen um eine möglichst individuelle und Therapieplanung und schließlich eine genau Urteilsbildung zum Leistungsvermögen gemeinsam zu entwickeln.

Die Dauer der Behandlung gestaltet sich im Rahmen der von den Leistungsträgern vorgegebenen Bewilligungszeiträume individuell und flexibel. Sie richtet sich nach Diagnostik, den individuellen Therapiezielvereinbarungen und dem Behandlungsplan der Patientin oder dem Patienten. Sind die im Rahmen der stationären Behandlung vereinbarten Therapieziele erreicht wird die Behandlung beendet. Im Umkehrschluss wird eine Therapieverlängerung beantragt, wenn die Patientin oder der Patient die gemeinsam festgelegten Therapieziele in dem anvisierten Zeitraum nicht erreichen konnte und eine Weiterbehandlung im ganztägig ambulanten oder ambulanten Setting nicht ausreicht. Eine Verlängerung der Therapie geschieht immer im Einvernehmen mit der Patientin oder dem Patienten. Eine Verkürzung der Therapiedauer ist sinnvoll, wenn zum gegebenen Zeitpunkt keine weitere Veränderungsbereitschaft erkennbar ist. Da die Veränderungsmotivation bei Abhängigkeitserkrankungen meist nicht linear verläuft³¹ sind erste Therapieerfolge zu würdigen und die Wiederaufnahme und die Fortsetzung des Veränderungsprozesses zu einem anderen Zeitpunkt ist in jedem Fall zu begrüßen.

³¹ Prochaska JO u. DiClemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice (19),1982

Ein kombiniertes Behandlungsprogramm, wie die Kombi-Nord Behandlung, trägt sowohl diesen motivationalen Erkenntnissen von Prochaska und DiClemente Rechnung, als auch den neurobiologischen Erkenntnissen zur Krankheitsbewältigung und psychischen Veränderungsmöglichkeiten.³² Die Fachklinik Bassum ist Kooperationspartner in der Kombinationsbehandlung.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Über die Aufnahmeplanung wird die Belegung in der Fachklinik Bassum gesteuert. Die zukünftigen Patientinnen und Patienten sollen im Vorfeld alle gewünschten und notwendigen Informationen über die Therapie erhalten und dann mit Kostenzusage in der Fachklinik Bassum aufgenommen werden. Weiteres Ziel ist, die Aufnahme der Patientinnen und Patienten so vorzubereiten oder im Einzelfall auch abzulehnen, dass die Kernprozesse Patientenaufnahme, Medizinische Behandlung, Psychotherapie und Ergotherapie ihren Zielen gerecht werden können.

Die Aufnahme der Patientinnen und Patienten erfolgt komplett am ersten Tag. Dabei werden die Patientinnen und Patienten in Anbetracht des komplexen Prozesses durch ein strukturiertes Procedere begleitet.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung wird eine umfangreiche, multiaxiale Diagnostik durchgeführt (Eingangsdagnostik). Sie ist die Voraussetzung für eine individuelle Therapie- und Rehabilitationsplanung. Die Ergebnisse werden zu einem Gesamtbild gesunder und gestörter Persönlichkeitsanteile, einschließlich der Körperstrukturen und -funktionen zusammengestellt. Die Wechselwirkung zum jewei-

³² Grawe, Klaus; a.a.O; 2004

ligen sozialen Kontext wird analysiert, so dass sich ein bio-psycho-soziales Gesamtbild ergibt.

Teilhabe- und erwerbsbezogene Problemlagen werden analysiert, um die Rehabilitation an den Anforderungen an Partizipation, insbesondere an den Ansprüchen der Arbeitswelt und des Arbeitsmarktes, auszurichten. Die teilhabeorientierte Diagnostik wird möglichst konkret an der aktuellen Partizipation der Rehabilitanden oder deren angestrebten Teilhabemöglichkeiten ausgerichtet. Der besondere Fokus liegt diesbezüglich auf den aktuellen beziehungsweise angestrebten Arbeitsplätzen der Patientinnen und Patienten.³³

Die indikationsgeleitete Eingangsdagnostik wird durch eine Verlaufsdiagnostik ergänzt, die adaptive Entscheidungen bezüglich der Art und Dauer von therapeutischen Maßnahmen ermöglicht sowie deren Erfolg kontrolliert.³⁴

Die Art, der Schweregrad der Suchterkrankung, der Suchtverlauf, das Suchtverhalten, die Teilhabegefährdungen und -einschränkungen im sozialen Leben und im Erwerbsleben werden anamnestisch erhoben und im klinischen Verlauf prozessual durch die psychiatrischen und psychologischen Kompetenzen in der Fachklinik Bassum diagnostiziert.

Im Rahmen unserer Verlaufstestung wird zu Beginn der Behandlung und zum Ende der Behandlung standardmäßig der d2-R in der elektronischen Fassung durchgeführt. „Beim Test d2-R, elektronische Fassung (Schmidt-Atzert & Brickenkamp, 2017) handelt es sich um eine neue Computerversion des Aufmerksamkeits- und Konzentrationstests d2-R (Brickenkamp, Schmidt-Atzert & Liepmann, 2010). Der

³³ Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

³⁴ Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; Abschlußberichte – Band III, Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“ Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“ Arbeitsgruppe 1 „Sucht“, Darmstadt 1991

Test erfasst die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit. Die Testaufgabe besteht darin, in knapp bemessener Zeit bestimmte Zeichen unter ähnlich aussehenden Zeichen zu suchen. Der Test zeichnet sich durch eine sehr hohe Messgenauigkeit aus.

Drei Hauptkennwerte werden berechnet und in Normwerte transformiert:

- Konzentrationsleistung (KL-Wert). Dieser Kennwert errechnet sich aus der Anzahl der „Treffer“ (Bearbeitete Zielobjekte BZO minus Auslassungsfehler AF) minus der Anzahl der falsch markierten Zeichen („Verwechslungsfehler“). Der KL-Wert ist also ein Maß für die fehlerkorrigierte Bearbeitungsgeschwindigkeit.
- Bearbeitungstempo (BZO). Die Anzahl der bearbeiteten Zielobjekte (BZO) ergibt sich durch die Nummern der zuletzt bearbeiteten Zielobjekte auf den Testseiten. Dabei zählen nicht nur die Treffer, sondern auch die übersehenen Zielobjekte („Auslassungsfehler“) mit. Der BZO-Wert ist also ein Maß für die Bearbeitungsgeschwindigkeit ohne Berücksichtigung der Richtigkeit der Antworten.
- Genauigkeit der Bearbeitung (F%). Der Fehlerprozentwert F% wird bestimmt, indem die Anzahl der Fehler (Auslassungs- und Verwechslungsfehler) durch die Anzahl der bearbeiteten Zielobjekte (BZO) dividiert wird. Durch Multiplikation mit 100 ergibt sich ein Prozentwert. Bei den Normwerten entspricht ein hoher T-Wert einer hohen Genauigkeit bei der Testbearbeitung.“³⁵

Im Rahmen der Aufnahmediagnostik wird standardmäßig die Computerversion der Symptom-Checklist-90-Standard durchgeführt.

Die SCL-90-S misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis zum Erhebungszeitpunkt. Sie gehört zu den weltweit am häufigsten einge-

³⁵ d2-R | Narrativer Report. Hogrefe Verlag, Göttingen. 03.12.2021

setzten Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Die SCL-90-S bietet eine mehrdimensionale Auswertung mit der Möglichkeit der Messwiederholung. Die 90 Items der neun Skalen beschreiben die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit.³⁶

Falls bestimmte psychische Belastungen durch das o.g. Screening auffällig erscheinen, sieht unsere vielfältig aufgestellte Testbatterie vor, dass anhand von störungsspezifischer Diagnostik, tiefergehende Komorbiditäten erhoben werden können. Somit kann beispielsweise durch das Becks –Depressions-Inventar³⁷ der Hinweise auf den Schweregrad einer Depressiven Episode geben. Der AKV dient als Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung „erfasst verschiedene Aspekte der Symptomatik bei Patienten mit Angststörungen und psychosomatischen oder funktionellen Beschwerden. Durch die sinnvolle Kombination der drei Fragebogen können interne Angstauslöser, die zentralen Befürchtungen des Patienten und das Muster des Vermeidungsverhaltens differenziert diagnostiziert werden.“³⁸ Sobald eine Zwangssymptomatik auffällig erscheint, dient die Kurzversion des Hamburger Zwangsinventars (HZI-K) einer näheren Aufklärung dieses Störungsbereiches.³⁹

Zur Diagnostik gehört auch die Möglichkeit der Erhebung des sozialen Kontextes mit seinen Förderfaktoren und Barrieren. Über das „Trierer Alkoholismus Inventar“

³⁶ Franke, G. H. Die Symptom-Checkliste-90 R- Standard. Göttingen: Hogrefe. 2014.

³⁷ Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II). (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson. 2009.

³⁸ Ehlers, A. & Margraf, J. AKV-Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH. 2001.

³⁹ Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloß, K., Jauernig, G. Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 1993.

werden die Bedeutung des Suchtmittels und die Krankheitsakzeptanz getestet. Schuld- und Schamgefühle werden über den Test genauso deutlich, wie der Kontext des abhängigen Suchtmittelkonsums.

Der standardmäßig durchgeführte Fagerström-Test gibt Auskunft über den Grad der Tabakabhängigkeit.

Gegebenenfalls können über das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) oder den SCID-5-PD⁴⁰ Persönlichkeitsmerkmale und Persönlichkeitsstörungen nach der ICD 10⁴¹ F.60. diagnostiziert werden. In der Diagnostik wird ausführlich der psychische und psychiatrische Befund erhoben, hier wird nicht nur auf die Psychopathologie fokussiert, sondern besondere Aufmerksamkeit wird den Fähigkeiten und Ressourcen der Patientin und des Patienten geschenkt. Differentialdiagnostisch und indikativ werden. Darüber hinaus gibt der Fragebogen Aufschluss über die Regulation und Kontrolle eigener Gefühle, die Fähigkeit, eigene Gefühle zu steuern und zu regulieren. Die emotionale Expressivität, die Fähigkeit und Bereitschaft, Gefühle ausdrücken zu können wird ebenfalls erfasst.

Über den SKT werden mögliche Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen quantifiziert. Zahlreiche internationale multizentrische Studien weisen den SKT als praktikables, objektives, reliables und valides Verfahren aus. Der c.i.-Test dient der Erkennung (Screening) leichter cerebrovaskulärer und metabolischer Insuffizienzen wie sie bei cerebraler Arteriosklerose, degenerativem Hirnprozess, intracerebralem raumfordernden Prozess, Hirnvergiftungen usw. vorkommen. Das vorliegende Verfahren wurde aus umfangreicheren Tests herausanalysiert, wobei es sich bei leich-

⁴⁰ Beesdo-Baum, A., Zaudig, M., Wittchen, H.-U. (Hrsg.). Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5® – Persönlichkeitsstörungen. 1. Auflage. (Deutsche Bearbeitung des Structured Clinical Interview for DSM-5® – Personality Disorders von Michael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer). Hogrefe. 2019.

⁴¹ Drilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe. 2015.

Fachklinik Bassum

ten cerebralen Insuffizienzen als das mit Abstand sensitivste und spezifischste erwies. Dies bestätigte sich bei mehrfachen Kreuzvalidierungen.

Bei klinischen Befunden zur syndromalen und kategorialen Diagnostik der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird in der Fachklinik Bassum die HASE – Homburger ADHS – Skalen für Erwachsene eingesetzt. Das Verfahren dient der Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter und ermöglicht diagnostische Entscheidungen auf verschiedenen Ebenen. Einzelne Bausteine können zum Screening oder der Schweregradbeurteilung bzw. zur Diagnostik der Subtypen nach DSM-V eingesetzt werden.

In seiner Gesamtheit leistet das Instrument eine ADHS-Kerndiagnostik, die mit der Beschreibung kindlicher ADHS-Phänomene beginnt und über den Nachweis der spezifischen Diagnosekriterien von DSM-V und der ICD-10-Forschungsversion zu speziell elaborierten ADHS-Phänomenen des Erwachsenenalters führt.

Neben der sozialen, psychischen und psychiatrischen Diagnostik gehört die Diagnostik der Körperstrukturen und der Körperfunktionen zur Erfassung eines Gesamtbildes. Eine körperliche Untersuchung bei der Aufnahme und eine internistische Verlaufsdagnostik der Körperstrukturen gehören zur Regelbehandlung in der Fachklinik Bassum. Über die Kooperation mit der Akutklinik Bassum werden indikationsgeleitet die notwendigen körperlichen Untersuchungen vorgenommen.

Die Ressourcen und Einschränkungen zur Teilhabe am Erwerbsleben werden bei allen Patientinnen und Patienten erhoben, um das Anforderungsprofil ihres Berufes oder ihrer beruflichen Perspektiven in der Rehabilitation angemessen zu berücksichtigen. Auf diese Weise kann eine fähigkeitsadäquate Platzierung der Rehabilitandin oder des Rehabilitanden vorgenommen werden. Die Diagnostik wird indikativ durch den Test „AVEM – Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensmuster“ ergänzt. Die Bedeutsamkeit der Arbeit, der berufliche Ehrgeiz, die Verausgabungsbereitschaft, das Perfektionsstreben, die Distanzierungsfähigkeit, Resignationstendenzen, offensive Problembewältigung, innere Ruhe/Ausgeglichenheit, Erfolgserle-

ben im Beruf, Lebenszufriedenheit, Erleben sozialer Unterstützung können mit diesem Verfahren erhoben werden.

Würzburger Screening

Zur Analyse von beruflichen und erwerbsbezogenen Problemlagen wird routinemäßig die Klinikversion des Würzburger Screenings in der Fachklinik Bassum eingesetzt.

„Für erwerbstätige Rehabilitanden, welche auf der SE-Skala **einen Punkt** erzielt haben, ist das Risiko sechs Monate nach Ende des Rehabilitationsaufenthaltes nicht erwerbstätig zu sein **dreimal** so hoch wie für erwerbstätige Rehabilitanden, welche auf der SE-Skala keinen Punkt erzielt haben. Bei den erwerbstätigen Rehabilitanden mit einem Punkt auf der SE-Skala besteht also eine hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen.

Für erwerbstätige Rehabilitanden, welche auf der SE-Skala **zwei Punkte oder mehr** erzielt haben, ist das Risiko sechs Monate nach Ende des Rehabilitationsaufenthaltes nicht erwerbstätig zu sein gar **17mal** so hoch wie für wie für erwerbstätige Rehabilitanden, welche auf der SE-Skala keinen Punkt erzielt haben. Bei erwerbstätigen Rehabilitanden mit zwei oder mehr Punkten auf der SE-Skala besteht eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für berufliche Problemlagen.“⁴²

In den Rehabilitationsplanungen wird bei Patientinnen und Patienten mit besonderen Risiken ein halbes Jahr nach der Entlassung nicht erwerbstätig zu sein, ein besonderer Fokus gelegt. Interventionen zur erwerbsbiographischen Orientierung (BORA) wie interne und externe Belastungserprobungen, indikative Gruppen zur Motivationsförderung, Bewerbungcoaching und motivierende Einzelgespräche spielen zentrale Rollen in der Behandlung.

⁴² Löffler, St.; Wolf, H-D.; Gerlich, Ch.; Vogel, H.; Benutzermanual für Würzburger Screening; 2008 Seite 7

Bei der bio-psycho-sozialen Diagnostik werden in der Fachklinik Bassum folgende für die Abhängigkeitserkrankung relevanten Items gemäß der ICF, bezogen auf die funktionale Gesundheit untersucht:

- b110 Funktionen des Bewusstseins
- b114 Funktionen der Orientierung
- b117 Funktionen der Intelligenz
- b130 Funktionen der psychischen Energie
- b140 Funktionen der Aufmerksamkeit
- b144 Funktionen des Gedächtnisses
- b152 Emotionale Funktionen
- b156 Funktionen der Wahrnehmung
- b164 Höhere kognitive Funktionen
- d163 Denken
- d175 Probleme lösen
- d2. ALLGEMEINE AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN
- d210 Eine Einzelaufgabe übernehmen
- d220 Mehrfachaufgaben übernehmen
- d3. KOMMUNIKATION
- d310 Kommunizieren als Empfänger gesprochener Mitteilungen
- d315 Kommunizieren als Empfänger non-verbaler Mitteilungen
- d330 Sprechen
- d335 Non-verbale Mitteilungen produzieren
- d350 Konversation
- d4. MOBILITÄT
- d430 Gegenstände anheben und tragen
- d440 Feinmotorischer Handgebrauch
- d450 Gehen
- d465 Sich unter Verwendung von Geräten/Ausrüstung fortbewegen

- d470 Transportmittel benutzen
- d475 Ein Fahrzeug fahren
- d5. SELBSTVERSORGUNG
- d510 Sich waschen
- d520 Seine Körperteile pflegen
- d530 Die Toilette benutzen
- d540 Sich kleiden
- d550 Essen
- d560 Trinken
- d570 Auf seine Gesundheit achten
- d6. HAUSHALT
- d620 Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen
- d630 Mahlzeiten vorbereiten
- d640 Hausarbeiten erledigen
- d660 Anderen helfen
- d7. INTERPERSONELLE INTERAKTIONEN UND BEZIEHUNGEN
- d710 Elementare interpersonelle Aktivitäten
- d720 Komplexe interpersonelle Aktivitäten
- d730 Mit Fremden umgehen
- d740 Formelle Beziehungen
- d750 Informelle soziale Beziehungen
- d760 Familienbeziehungen
- d770 Intime Beziehungen
- d8. BEDEUTENDE LEBENSBEREICHE
- d810 Informelle Bildung/Ausbildung
- d820 Schulbildung
- d830 Höhere Bildung und Ausbildung
- d850 Bezahlte Tätigkeit

- d860 Elementare wirtschaftliche Transaktionen
- d870 Wirtschaftliche Eigenständigkeit
- d9. GEMEINSCHAFTS-, SOZIALES- UND STAATSBÜRGERLICHES LEBEN
- d910 Gemeinschaftsleben
- d920 Erholung und Freizeit
- d930 Religion und Spiritualität⁴³

4.7.3 Medizinische Therapie

Aufnahme- und Entlassungsuntersuchung

Die Patientinnen und Patienten werden am Tag der stationären Aufnahme körperlich und psychiatrisch untersucht. Die Aufnahmeuntersuchung umfasst ein ausführliches medizinisches Aufnahmegespräch mit psychiatrischer Exploration, eine allgemeinärztliche sowie neurologische Untersuchung. Die Bestimmung der Routinelaborwerte, bei Bedarf mit einem Drogenscreening, gehört standardmäßig zu jeder Patientenaufnahme. Gegebenenfalls werden weiterreichende Untersuchungen wie Röntgen, Lungenfunktionstests, Ultraschall etc. durchgeführt. Hier werden Synergien aus der engen Kooperation mit der internistischen Abteilung des Krankenhauses genutzt, die auch in der personellen Verzahnung mit dem Internisten aus dem Klinikverbund ihren Ausdruck finden. Die Patientinnen werden darüber hinaus im Bedarfsfall bei der Aufnahme gynäkologisch untersucht.

Die Befunde und Diagnosestellungen aus der Aufnahme- sowie den weiteren ärztlichen Untersuchungen werden in den Therapieplan eingestellt und entsprechende Interventionen verordnet. Hierbei werden regelmäßig mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Teilhabeauswirkungen ihrer körperlichen- und psychischen

⁴³ ICF Checkliste © Weltgesundheitsorganisation (2003) deutsche Fassung 2005

Fachklinik Bassum

Funktionsstörungen besprochen. Die sozialmedizinische Diagnostik mit kontinuierlichem Teilhabe- und Erwerbsbezug wird regelmäßig fortgeschrieben und ist Grundlage der Verordnungen und Behandlungsplanung. Die ärztlichen Behandlungen stehen in der Fachklinik Bassum somit im direkten Kontext zu den teilhabe- und berufsbezogenen Interventionen (BORA).

Die Physio- oder Bewegungstherapie wird von den Kooperationspartnern erbracht, unterstehen aber der ärztlichen Aufsicht. Folgeerkrankungen der Suchtmittelabhängigkeit wie zum Beispiel Polyneuropathien, Kleinhirntaxien werden in diesem Zusammenhang besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Für internistische Folgeerkrankungen gilt selbstverständlich das Gleiche, insbesondere wird hier eine entsprechende Ernährung und die entsprechende –beratung verordnet. Der Kooperationsvertrag zur Speiseversorgung mit dem benachbarten Krankenhaus regelt die entsprechende Bereitstellung der indizierten Diäten.

Bei Diagnose einer psychiatrischen Komorbidität werden die Einstellungen mit Psychopharmaka entweder übernommen, modifiziert oder neu verordnet. In den psychiatrischen Sprechstunden oder den Visiten wird der weitere Verlauf kontrolliert und gegebenenfalls der Medikationsspiegel überprüft. Verdachtsdiagnosen werden abgeklärt, stützende Gespräche geführt sowie die weiteren Zuweisungen in die indikativen Gruppenprogramme in den Behandlungsplan eingestellt.

Zur Entlassung erfolgt wiederum eine ausführliche medizinische Untersuchung mit entsprechender psychiatrischer Exploration. Mit der Patientin und dem Patienten wird der Genesungsprozess und der Behandlungsverlauf ausführlich besprochen. Die Auswertung der Bewegungstherapie, die Laborbefunde und die Behandlungen interkurrenter Erkrankungen fließen in dieses Gespräch ein. Ein besonderer Fokus liegt bei Patientinnen und Patienten, deren Leistungsträger die Deutsche Renten-

versicherung ist, auf der sozialmedizinischen Epikrise, die eingehend mit der Patientin und dem Patienten erörtert wird.

Sprechstunden

Die Patientinnen und Patienten haben in der Woche täglich die Möglichkeit, die ärztliche Sprechstunde aufzusuchen.

Neben den Untersuchungen und Behandlungen erhalten die Patientinnen und Patienten hier wichtige medizinische Informationen. Fachärztlich Konsile werden bei Bedarf angefordert.

Visiten

Wöchentliche Visiten der Ärztinnen und Ärzte erlauben ein stetiges Controlling des Therapieverlaufes und helfen bei der frühzeitigen Diagnostik von Komplikationen. Klagt die Patientin oder der Patient über neue Beschwerden wird die entsprechende Diagnostik durchgeführt und eine sich daraus ergebende Therapie oder Therapieveränderung verordnet. Darüber hinaus haben die Patienten die Möglichkeit, in den regelmäßigen Visiten ihre Probleme oder Beschwerden mit der Rehabilitationsbehandlung vorzutragen. Unmut oder Ärger der Patientinnen und Patienten stören die Compliance, durch den Weg der zeitnahen Artikulation und Bearbeitung dieser Störungen des Behandlungskontraktes kann diese Compliance der Patientin oder dem Patienten wiederhergestellt werden.

Regelhaft werden die Patientinnen und Patienten zu einer gesundheitsbewussten Lebensweise angeregt. So wird das Angebot der Raucherentwöhnung bei Tabakkonsum beziehungsweise –abhängigkeit unterbreitet und bei Übergewicht eine gewichtsreduzierende Diät angeregt. Die Möglichkeiten zu sportlicher Aktivität werden aufgezeigt und eine Ernährungsberatung zur ausgewogenen Ernährung mit entsprechender Einübung in der Lehrküche thematisiert.

Akupunktur

Bei noch bestehenden, leichten Entzugerscheinungen wird Akupunktur nach dem NADA-Protokoll angeboten, sofern dies medizinisch indiziert ist.

Normalerweise besteht diese Möglichkeit in den ersten zwei Behandlungswochen (ca. 10mal). Nach Absprache mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt besteht anschließend weiterhin die Möglichkeit, weitere Akupunkturbehandlungen zu erhalten.

Die Akupunktur nach dem NADA-Protokoll wird auch unterstützend bei der Raucherentwöhnung eingesetzt.

Pharmakologische Behandlung

In seltenen Einzelfällen kann unter Berücksichtigung der aktuellen Literatur und Forschung eine Behandlung mit Abstinenz unterstützenden Medikamenten beziehungsweise eine Aversivbehandlung erfolgen (z.B. Acamprosat, Disulfiram).

Komorbiditäten werden gegebenenfalls pharmakologisch unter fachärztlicher Kontrolle mit behandelt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Die psychotherapeutische Basis

Unsere psychotherapeutischen Betrachtungen der Abhängigkeitserkrankungen sollen die unterschiedlichen Dimensionen menschlichen Lebens und Erlebens includieren, wie es das Bio-Psycho-Soziale Modell der ICF abbildet. Die individuelle Entwicklung der Patientin oder des Patienten wird einerseits durch das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele, den gesellschaftlichen Bedingungen und dem

sozialen Umfeld geprägt und wirkt respondierend auf diese zurück. Dieses interaktive Geschehen, multifaktoriell beeinflusst, ist ein prozesshaftes Geschehen und einem ständigen Wandel unterworfen.

Unser Konzept basiert in erster Linie auf den psychodynamischen Theorien. Es greift die Konzepte der Ich-Psychologie und der Objektbeziehungstheorie auf. Daneben spielt der systemische Blickwinkel eine entscheidende Rolle in unserem Abhängigkeitsverständnis. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von seinen sozialen Systemen, insbesondere der Familie, verstanden werden. Er und seine Sucht haben im „System“ Familie oft eine zentrale Rolle und lösen selbst wiederum induzierte Prozesse bei den Angehörigen aus.⁴⁴

Die Abhängigkeitserkrankung ist ein im Laufe der eigenen Sozialisation und Biographie entwickeltes, letztlich jedoch fehlgeschlagenes Problemlösungsverhalten, das kurzfristig zu scheinbaren Entlastungen führt, langfristig aber eine Anhäufung von zusätzlichen Problemen nach sich zieht und in einen sich verselbständigenden Kreislauf, den *Circulus vitiosus*, mündet. Die behandlungsbedürftige Abhängigkeitserkrankung ist somit in dem Dreieck der individuellen Entwicklung, der persönlichen Lern- und Konfliktlösungsgeschichte und der Einbindung des Patienten und der Patientin in ein soziales und kulturelles Gefüge zu sehen.

Wissenschaftliche Studien geben keine Hinweise auf eine verbesserte Wirksamkeit einzelner Therapieschulen. Aus den neurobiologischen Erkenntnissen hat Grawe vier Wirkfaktoren für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten katalysiert. Zum einen gilt es in der Rehabilitationsbehandlung mit dem Abhängigkeitserkrankten ein Verständnis der Erkrankung zu erarbeiten. Über die Gestaltung einer tragfähi-

⁴⁴ Bauriedl; Zur theoretischen und praktischen Integration von psychoanalytischer und systemischer Auffassung 1994

gen therapeutischen Beziehung kann als zweiter Wirkfaktor die Ressourcenaktivierung bei den Patientinnen und Patienten gelingen. Durch das Vollziehen von konstruktiven Lösungsmustern in einem durchlebten Problemmuster und das entsprechende Durchhalten kommt es zur Problemaktualisierung. Als vierten Wirkfaktor nennt Grawe die Problembewältigung, die über das Einüben positiver Ersatzhandlungen im Sinne einer besseren Selbstfürsorge erzielt wird.⁴⁵

Auf Grund dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse ist dieses Konzept schulenübergreifend und orientiert sich an den nachweisbaren Veränderungsprozessen bei den Patientinnen und Patienten.

Die psychoanalytische Grundlage

Aus psychoanalytischer Betrachtungsweise sind die Abhängigkeitserkrankungen im Wesentlichen auf Ich-Funktionsdefizite zurückzuführen. Die verschiedenen Ich-Funktionen haben die Aufgabe, den Menschen unter Beachtung der Realitäten in seinem Selbst zu schützen.⁴⁶ Mangelhaft entwickelte Ich-Funktionen beanspruchen eine Kompensation, Abhängigkeitserkrankte versuchen diese Kompensation mit Hilfe des Suchtmittels zu erzielen. Das Suchtmittel erhält somit den Charakter eines Heilmittels und wird von der Abhängigen oder vom Abhängigen im Sinne eines Selbstheilungsversuches eingenommen.⁴⁷ Rost beschreibt, dass das Suchtmittel einen Ausgleich von Ich-Funktionsdefiziten übernehmen kann, die sowohl dämpfend als auch schützend sein können. Dabei kann es sich um einen Schutz vor starken und bedrohlichen Affektzustände wie Wut, Furcht und Hilflosigkeit handeln oder auch um einen Schutz vor drohender Hoffnungslosigkeit und Abhängigkeitswünsche. Dieses trifft insbesondere bei Abhängigkeitserkrankten mit einer

⁴⁵ Grawe Klaus; a.a.O.; 2004

⁴⁶ Heigl-Evers, A., Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Kassel 1977

⁴⁷ Rost, W.-D.; Psychoanalyse des Alkoholismus; Stuttgart 2001

depressiven Persönlichkeitsstruktur zu. Ergänzend ist noch der Schutz vor der Angst bei drohender Ich-Desintegration aufzuführen. Zugleich ist es den Abhängigkeitserkrankten mit Hilfe des Alkohols möglich, ihre neurotische, psychotische oder sexuelle Symptomatik zu mildern. Der Alkohol beseitigt zugleich Hemmungen und ermöglicht das Ausagieren.⁴⁸

Diese zentrale Regulierungsfunktion, die das Suchtmittel stellvertretend für das Ich übernehmen muss, hilft den Abhängigkeitserkrankten, sich selbst und seine Beziehungen zu organisieren. Derartige strukturelle Defizite der Ich-Funktionen gehen auf massive Störungen der frühkindlichen Entwicklung zurück. Dabei werden aus psychoanalytischer Sicht die früheren Liebesobjekte und die entsprechenden Objektbeziehungen der ersten Lebensjahre für entscheidend angesehen, da die Verinnerlichung dieser prägenden Erlebnisstrukturen die Grundlage für spätere Beziehungsstörungen zu Realobjekten ist.⁴⁹

Die wichtigste Einschränkung in späteren Abhängigkeitsbeziehungen besteht bei Abhängigkeitskranken vor allem in einem ausgeprägten Mangel an Autonomie.⁵⁰ Das frühe Liebesobjekt des Suchtkranken wurde entweder frustrierend, zu verhöhrend oder zu verführend erlebt. In jedem Fall aber ist es stark ambivalent mit Liebe und Hass besetzt.⁵¹ Diese verinnerlichte Ambivalenz von gleichzeitig bestehenden intensiven Gefühlen von Libido und Aggression ist eine Folge der tiefen Enttäuschung an dem mütterlichen Objekt, dessen sich das Kind nicht sicher sein konnte und dessen drohender Verlust in diesem Entwicklungsstadium gleichbedeutend mit Vernichtung und vernichtet werden war.

⁴⁸ ebd.

⁴⁹ Brenner, Ch. in Heigl-Evers, A.; a.a.O.; 1977

⁵⁰ Krystal, H., Raskin, H.A. **Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion**, Göttingen 1983

⁵¹ Heigl-Evers, A.; a.a.O.; 1977

In jeder frühkindlichen Entwicklung wird zwangsläufig ein „gutes“ und ein „böses“ Mutterobjekt erlebt, diese so genannten Teilobjekte werden aber in einer relativ ungestörten Entwicklung in einem allmählichen Prozess der Anpassung zu einem Gesamtobjekt fusioniert. Bei diesem Vorgang gelangt das Kind dann allmählich zu einer inneren Reife und Autonomie, die sich durch Frustrations- und Konflikttoleranz ausdrücken. Als innere Struktur bilden sich in diesem Entwicklungsstadium kohärente Selbst- und Objektrepräsentanzen heraus, die als so genannte Selbst- und Objektkonstanz für das Selbstwertgefühl und die Beziehung zu anderen die wichtigste Grundlage bilden.

Den Abhängigkeitserkrankten ist diese Fusion von „guter“ und „böser“ Objektrepräsentanzen nicht gelungen. Daher konnten sie weder gesicherte Selbstrepräsentanzen, die sich durch ein gutes Selbstwertgefühl ausdrücken, verinnerlichen, noch steht eine ausreichende Objektkonstanz zur Verfügung, die zur Aufrechterhaltung emotionaler Beziehungen, besonders in Abwesenheit des anderen, notwendig ist.

Durch derartige strukturelle Defizite werden Objektbeziehungen häufig als überfordernd und überwältigend erlebt, denen sich die Abhängigkeitserkrankten aufgrund ihrer labilen Selbstwertgefühle bis zu einem gewissen Grade hilflos ausgeliefert fühlen und erschwert eine Auseinandersetzung mit der Realität. An die Stelle der Auseinandersetzung tritt das Suchtmittel und übernimmt Schutz und Steuerung in bedrohlichen Situationen und Beziehungen. Somit dient es den Abhängigkeitserkrankten als Objekt, das ohne eigene Bedürfnisse seinem grenzenlosen Wunsch nach Stabilisierung, Regulation und Schutz verfügbar ist und den Zustand des Wohlbefindens illusionär aufrechterhält.⁵²

⁵² Heigl-Evers, A., Standke, G., in: Suchtgefahren, 3/1989, S.200 ff

Verhaltenstherapeutische Aspekte

In den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie werden Abhängigkeitserkrankungen als erlernte Verhaltensmuster verstanden. In der Primärsozialisation wird über Beobachtungsverhalten der „erste“ Kontakt mit Suchtmitteln hergestellt, insbesondere mit dem sozial akzeptiertem Alkohol- beziehungsweise Tabakkonsum. Bandura spricht in diesem Kontext von den Effekten des Modellernens.⁵³ Eigene Erfahrungen mit dem Konsum dieser psychoaktiven Substanzen werden in der Regel in der Adoleszenz gesammelt, wobei aktuell einige Jugendlichen nicht nur bereits im späten Kindesalter ihre ersten Erfahrungen sammeln sondern auch schwere gesundheitliche Gefahren und die Entwicklung einer Abhängigkeit durch so genanntes binge-drinking riskieren.

Bei Menschen, die eine Abhängigkeitserkrankung entwickeln treten die Effekte des operanten Konditionierens in den Vordergrund. Die euphorisierenden, enthemmenden oder auch beruhigenden Wirkungen der psychoaktiven Substanzen sind positive beziehungsweise negative Verstärker, die Anerkennung durch die peer-group gewährleisten oder Langeweile, Einsamkeit und andere unangenehme Gefühle verändern.⁵⁴

Im Verlauf Krankheitsentwicklung benötigt der oder die Abhängigkeitserkrankte steigende positive und negative Verstärker durch den Suchtmittelkonsum. Die positive Verstärkung schwindet dabei zunehmend zugunsten der Vermeidung unangenehmer Gefühlszustände, welches auch auf die Anpassung des Körpers an das veränderte System der Neurotransmitter (siehe auch Punkt 3.4) zurückzuführen ist.

⁵³ Bandura, A. (1969) Principles of behavior modification; New York 1969

⁵⁴ Batra, A.; Wassmann; R.; Buchkremer; G. (Hrsg.); Verhaltenstherapie; 2006

Kommt es im Laufe der Abhängigkeitsentwicklung zu ersten negativen Konsequenzen, seien es gesundheitliche Einschränkungen oder Konflikte im sozialen Umfeld, kann dies zu einer Unterbrechung der Konsumgewohnheiten führen, ist häufig aber auch wiederum Anlass für erneute oder weitere Substanzeinnahme. Dieser Kreislauf führt zu einem Muster intermittierender Verstärkung und damit zu erhöhter Lösungsresistenz des abhängigen Verhaltens.⁵⁵

Mit dem Einsetzen körperlicher Entzugssymptomatik bei Absetzen des Suchtmittels dient vorrangig der weitere Konsum nur noch der Vermeidung des Entzugssyndroms. Diente der Konsum von psychoaktiven Substanzen ursprünglich als positiver oder negativer Verstärker ist er in dieser Phase der Abhängigkeitsentwicklung selbst zum Problem mit einer Fülle negativer Konsequenzen geworden, die der oder die Abhängigkeitserkrankte wiederum mit Hilfe des Suchtmittels zu bewältigen versucht.⁵⁶

Ergänzende und integrative psychotherapeutische Verfahren

Klaus Grawe hat erforscht, dass keine therapeutische Schule oder Methodik in der Suchtbehandlung eindeutig zu präferieren ist. Vielmehr hat er folgende Wirkfaktoren herausgearbeitet:

- Therapiebeziehung,
die Qualität der Therapiebeziehung trägt signifikant zur Qualität des Therapieergebnisses bei.

⁵⁵ Rist, F. u. Watzl, H.; Modelle der Entstehung und Aufrechterhaltung süchtigen Verhaltens. Psychologische Ansätze. In: Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen; Stuttgart 1999

⁵⁶ Arend, H.; Alkoholismus; Weinheim, Basel 1994

- Ressourcenaktivierung,
vorhandene motivationale Bereitschaften und Fähigkeiten des Patienten werden genutzt.

- Problemaktualisierung,
die Probleme, die während der Therapie verändert werden sollen, werden Erlebnis mäßig erfahrbar.

- Problembewältigung,
positive Bewältigungserfahrungen des Patienten im Umgang mit seinen Problemen werden unterstützt.⁵⁷

Hieraus abgeleitet empfiehlt Grawe eine schulenübergreifende Psychotherapieausbildung. Um das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten entweder als pathologischen Barrierefaktor oder aber auch als Ressource in die Behandlung zu berücksichtigen und einzubeziehen, wird die psychotherapeutische Behandlung auf jeden Fall auch mit den systemischen Betrachtungen ergänzt. In der systemischen Perspektive kann der abhängige Konsum Bestandteil eines unbewussten Regelkodexes oder Kommunikationsprozesses im Lebens- oder Herkunftssystem sein. In der Behandlung gilt es dysfunktionale Rollengestaltungen oder Betrachtungsweisen herauszuarbeiten und funktionalere Copingstrategien in den Lebenskontext zu integrieren.

⁵⁷ Grawe, Klaus; a.a.O.; 2004

Geschlechtsspezifische Behandlung

Das Angebot Frauen in der Fachklinik Bassum zu behandeln, richtet sich im besonderen Maße an Patientinnen aus der näheren Region. Gerade Frauen ist es auf Grund ihrer familiären Einbindung häufig schwer möglich beziehungsweise sie können sich nur schwer vorstellen, ihr Lebensumfeld für die rehabilitative Behandlung zu verlassen. Die Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Bassum ermöglicht den Patientinnen eine wohnortnahe Behandlung, mit dem intensiven Angebot der Einbeziehung der Angehörigen.

In der Fachklinik Bassum gibt es geschlechtsspezifische Behandlungsangebote. In Gruppenbehandlung unter der Leitung einer Therapeutin können geschlechtsspezifische Inhalte, die eine Förderung der Teilhabe oder auch Barrierenfaktoren sein können, thematisiert. Das Entdecken eigener Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten der Patientinnen wird gefördert. Die Patientinnen sollen sich selbst schätzen lernen und ein selbst bestimmtes Leben in der Gesellschaft führen lernen.⁵⁸

Einzeltherapie

Die Einzeltherapie beginnt mit dem ersten Kontakt. Wenn möglich wird dieser durch die Vernetzungsstrukturen bereits während der Akutbehandlung oder der Motivationsphase in den Suchtberatungsstellen hergestellt. Empathie, Wertschätzung und ein respektvoller Umgang eröffnen Spielräume für Veränderungsbereitschaft und haben damit einen erheblichen motivationalen Aspekt.

⁵⁸ Kerschel; Weiblicher Alkoholismus – frauenspezifische Perspektiven in Theorie, Forschung und Behandlung. In: Mann K (Hg) Neue Therapieansätze bei Alkoholproblemen S135-145. Pabst Science Publishers Lengerich; 2002

Die Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten sind für die Steuerung des gesamten Behandlungsprozesses ihrer Patientin oder ihres Patienten verantwortlich. In der Woche findet in der Regel ein Einzelgespräch statt. Zu Beginn der stationären oder ganztagsambulanten Behandlung werden unter diagnostischen Gesichtspunkten die Anamnesen erhoben, gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten werden Zielvereinbarungen geschlossen und der Behandlungsplan erarbeitet. Die Therapeutinnen und Therapeuten helfen bei der Behandlungszielfindung den Patientinnen und Patienten erreichbare und adäquate Ziele zu formulieren, ihr Expertenwissen stellen sie ihnen bei der Behandlungsplanung zur Verfügung. Die Therapieziele und die Behandlungsplanung werden mit dem gebotenen Respekt bezüglich der Vorstellung der Patientinnen und Patienten erarbeitet. Eine besondere Fokussierung gilt den persönlichen Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Im weiteren Therapieverlauf wird der Prozess einem ständigen Monitoring unterzogen. Krisenintervention, die Klärung weiterer Behandlungsbedürftigkeit, die kritische Reflexion der Rehabilitationsbehandlung und deren Ergebnis gehören ebenfalls in die Einzelbehandlung.

Gruppentherapie

Ein wesentlicher Kern der Rehabilitationsbehandlung ist die Bezugsgruppe, geleitet von der Bezugstherapeutin oder dem Bezugstherapeuten. Die Bezugstherapeutinnen und Bezugstherapeuten sind Sozialpädagoginnen oder Sozialpädagogen mit suchtspezifischer sozialtherapeutischer Weiterbildung. Gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen sind in einer Bezugsgruppe bis zu zwölf Patientinnen und Patienten⁵⁹. Die Patientin oder der Patient kennt die Gruppentherapeutin oder den Gruppentherapeuten bereits aus der Einzeltherapie.

⁵⁹ Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung; a.a.O.

In der Bezugsgruppe werden gruppendynamische Prozesse wirksam. Veränderungsmotivation und Selbstwirksamkeitserwartung werden unter diesen dynamischen Gesichtspunkten angeregt. Das Selbstbild wird durch die Rückmeldungen aus Fremdwahrnehmung ständig einer kritischen Überprüfung unterzogen. Die Fähigkeit zur Empathie wird mit Hilfe der Gruppe eingeübt. Die Bezugsgruppentherapie ist insgesamt ein umfassendes Trainingsfeld für den Erwerb sozialer Kompetenzen. Als weitere wichtige Wirkfaktoren in der therapeutischen Gruppenbehandlung sind die Kohäsion, die gegenseitige Offenheit und Unterstützung, Vertrauen, eine kooperative Arbeitshaltung zu nennen.

In der Bezugsgruppentherapie gilt es für die Patientin oder den Patienten sich ein besseres Verständnis für die eigene Lebens- und Suchtgeschichte zu erarbeiten, Ambivalenzen in der Abstinenzmotivation auszuloten und letztendlich eine stabile Abstinenzmotivation zu entwickeln. Die Aufarbeitung der eigenen Scham und Schuldgefühle helfen beim Aufbau adäquater Selbstachtung mit einem gesunden Selbstwertgefühl. Der Bewusstwerdungsprozess dysfunktionaler Beziehungsmuster ermöglicht deren Korrektur. Systemstrukturen in Familie und Beruf, die homöostatisch Veränderungsprozessen entgegenwirken, können nach kritischer Würdigung von den Patientinnen und Patienten variiert werden. Mitentscheidend für eine günstige rehabilitative Prognose sind deshalb neben der therapeutischen Beziehungsqualität die Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Patientinnen und Patienten und eine entsprechende Ressourcenaktivierung.⁶⁰

Behandlung von Komorbidität

Leidet die Patientin oder der Patient neben der Abhängigkeitserkrankung zusätzlich an einer psychischen Störung, so hat dieses weitgehende Konsequenzen für

⁶⁰ Grawe, Klaus; a.a.O. Seite 420 ff

die Behandlung. Basdekis-Jozsa und Krausz haben nachgewiesen, dass Komorbidität oft mit Rückfällen und sozialen Problemen verbunden ist⁶¹.

Die Diagnostik und Behandlung komorbider psychischer Störungen ist somit eine zwingende Voraussetzung für eine individuelle und adäquate Behandlung.

Die häufigsten komorbiden Störungen sind depressive Erkrankungen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.⁶²

In der medizinischen Rehabilitation geht es um den ganzen Menschen. Nicht eine Diagnose oder eine Pathologie werden behandelt, sondern körperliche und seelische Störungen werden gleichzeitig in ihrem gegenseitigen Bedingungsgefüge rehabilitiert. Dabei gilt es die Ressourcen der Patientin und des Patienten zur Entwicklung von Copingstrategien zu nutzen.

Die Behandlung der Abhängigkeitserkrankung und der komorbiden Störung erfolgt in unserer Klinik in enger Abstimmung zwischen den Behandlern und Behandlerinnen. Insbesondere die psychiatrische Fachkompetenz wird in die individuelle Behandlungsplanung eingebunden. Durch die Vernetzung mit der psychiatrischen Abteilung des örtlichen Krankenhauses können Krisen und psychotische Episoden in der Behandlung gegebenenfalls abgedeckt werden.

Die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung der Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Psychosen ist in der Fachklinik Bassum obligatorisch. Einer möglichen Reduzierung der Compliance dieser Patientinnen und Patienten aufgrund der Nebenwirkungen ist therapeutisch motivational zu begegnen.⁶³ Besondere Bedeutung der Behandlung der komorbiden Störungen kommt der abgestimmten Kombination von Psychotherapie und Soziotherapie zu. Einzelgespräche

⁶¹ Basdekis-Jozsa, R., Krausz, M.; Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen. In: Sucht Aktuell 2002-1; S. 63-67

⁶² ebd.

⁶³ ebd.

müssen abgestimmt mit den Inhalten der Gruppenpsychotherapie werden, in den Indikationsgruppen Angst und Depression, soziales Kompetenztraining und Entspannungstraining werden Copingstrategien entwickelt, in den soziotherapeutischen Schulungen wird ein erweitertes Wissen über die eigene Erkrankung vermittelt, die im therapeutischen Milieu erprobt werden können.

Bei der Posttraumatischen Belastungsstörung geht es in unserer Behandlung vornehmlich um die Stabilisierung der Patientinnen und Patienten. Um Retraumatisierung zu vermeiden, werden die Bewältigungsstrategien der Patientin und des Patienten unterstützt und es ist unser Anliegen, dass die Patientinnen und Patienten in der Therapie für sich einen sicheren inneren Ort finden können. Dieser Prozess beginnt mit den Anamneseerhebungen. Die Haltung der Therapeutinnen und Therapeuten ist in jedem Fall parteiisch und der traumatische Stress wird während des gesamten Therapieprozesses in allen Behandlungsmodulen berücksichtigt.⁶⁴ Um Retraumatisierungen bei den behandelten Frauen zu vermeiden, findet die stationäre Behandlung in der Bezugstherapiegruppe geschlechtsspezifisch statt und die Gruppe wird von einer Therapeutin geleitet. Wie unter Punkt 4.2.3 bereits dargelegt wurde, bewohnen die Frauen einen eigenen Flur mit separatem Aufenthaltsraum.

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Angst- und Affektiven Störungen zielt auf die Erarbeitung von Copingstrategien und die Stärkung von Selbstwirksamkeitserwartungen. Mit einer empathischen Grundhaltung werden die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme an der entsprechenden indikativen Gruppen (siehe die Punkte 5.4 folgende) motiviert.

⁶⁴ Reddemann, Luise; Trauma und Traumatherapie. In: Fengler J (Hrsg) Handbuch der Suchtbehandlung; 2002

Ein Fortbestehen der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) im Erwachsenenalter wird auf etwa 30 bis 50% aller betroffenen Patienten geschätzt. Von diesen Patientinnen und Patienten haben ungefähr 13,5 % als komorbide Störungen eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt.⁶⁵

Das Ziel unserer Behandlung der Patientinnen und Patienten mit der komorbiden Störung ADHS besteht darin, die Potentiale und Ressourcen optimal zu nutzen, um die oft unzureichenden sozialen Fertigkeiten in der Kommunikation und Umgang mit Konflikten zu verbessern und das Selbstwertgefühl der zu stärken. Dazu werden die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung informiert, welches von den Betroffenen als Entlastung erlebt wird. Die biographische Anamnese wird unter dem Blickwinkel der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung einer neuen Konotierung unterzogen. Die Teilnahme am Entspannungstraining (siehe Punkt 5.4.7) und das Erlernen dieser Techniken hilft bei der Stressbewältigung und im Umgang mit den emotionalen Schwankungen. Zur besseren Bewältigung von Konfliktsituationen werden die Patientinnen und Patienten zur Teilnahme am Sozialen Kompetenztraining (Punkt 5.4.1) motiviert.

Indikationsgruppen

Neben der Psychotherapie in der Bezugsgruppe werden die Patientinnen und Patienten entsprechend ihrer individuellen Diagnosestellung, den entsprechenden Behandlungszielen und den darauf abgestimmten Therapieplan auch in indikative Gruppen eingeteilt. Die Indikativen Gruppen werden entweder von den Ärztinnen oder Ärzten, den Psychologinnen oder Psychologen oder den Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen mit therapeutischer Weiterbildung geleitet. In den Indikationsgruppen haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, sich neue

⁶⁵ Davids, E. (u.a.); Analyse einer Spezialsprechstunde für die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen in: Das Gesundheitswesen, Jg. 66 H. 7; 2004

Handlungskompetenz für ihre spezifische Problematik im Kreis von Gleichbetroffenen zu erwerben.

Soziales Kompetenztraining

Patientinnen und Patientenerleben stoßen in ihrem beruflichen Kontext häufig an ihre Grenzen sowohl im Umgang mit Kolleginnen und Kollegen als auch mit Vorgesetzten. Anliegen und auch Belastungsgrenzen adäquat formulieren zu können sind für die heutige Berufs- und Arbeitswelt notwendige Kompetenzen.

In der Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ erarbeiten sich die teilnehmenden Patientinnen und Patienten über Rollenspiele oder der Exposition in vivo neue Handlungsmöglichkeiten. Sie können lernen, in Konfliktsituationen angemessener zu reagieren und ihre kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern. Durch den Erwerb weiterer sozialer Kompetenzen entwickeln die Patientinnen und Patienten eine größere Option am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu partizipieren. Diese Indikationsgruppe hilft den Patientinnen und Patienten auch, sich mit ihren Anschauungen, Wertvorstellungen und Gefühlen auseinanderzusetzen und zu verstehen. Diese Gruppe ist insbesondere für Patientinnen und Patienten indiziert, die Schwierigkeiten haben, sich an Regeln zu halten und in Organisationsabläufe einzufügen.

Rückfallprophylaxe

In dieser Indikationsgruppe orientiert sich die therapeutische Arbeit an dem Manual von Körkel J. u. Schindler C.⁶⁶ Basierend auf dem Rückfallkonzept von Marlatt ist es das Ziel dieser Indikationsgruppe, die Rückfallentwicklung vom situativ begrenz-

⁶⁶ Körkel, J u. Schindler, C.; Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.; Berlin 2003

ten Konsum zu einer Wiederaufnahme des süchtigen Konsums aufzuhalten.⁶⁷ Weiterhin geht es um die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien in Krisensituationen die in Rückfallgeschehen mit Suchtmitteln münden können.

Depressionen

Zu dieser Indikationsgruppe werden Patientinnen und Patienten motiviert, die neben ihrer Abhängigkeitsproblematik an einer Depression leiden.

Der Schwerpunkt der Gruppenbehandlung liegt auf der Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien. Mit der psychoedukativen Vermittlung von medizinischen und theoretischen Grundlagen Entstehung und Aufrechterhaltung psychiatrischer Erkrankungen wird Verständnis für das eigene Empfinden und Verhalten gefördert, mit dem sich ein Umgang mit der Erkrankung erarbeiten lässt.

Zusammenhänge von psychiatrischer Symptomatik mit zum Beispiel lebensgeschichtlichen, familiären, sozialen, beruflichen Faktoren werden vor dem Hintergrund der unterschiedlichen psychotherapeutischen Modellvorstellungen erarbeitet und vermittelt.

Angstbewältigung

Diese Gruppe ist für Personen vorgesehen, die eine Angstsymptomatik aufweisen. Häufig wird von Betroffenen berichtet, dass sie ihr Vermeidungsverhalten bedingt durch eine F4 Diagnose durch den Suchtmittelkonsum eigenmächtig reduziert haben und hierdurch unter anderem dieser Wechselwirkungsprozess zu einer Aufrechterhaltung des Suchtmittelkonsums geführt hat. Es werden die verschiedenen Angsterkrankungen thematisiert und die Entstehung und Aufrechterhaltung der

⁶⁷ Marlatt, G. A. & Gordon, J. R.; Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours; New York 1985

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors; New York 2008

Erkrankung thematisiert. Über den Austausch der individuellen Angstsymptomen und des damit einhergehenden Vermeidungsverhaltens wird der Mut zu Expositionsübungen, insbesondere bei den angsterkrankten Patientinnen und Patienten gefördert. Die Auswertung ist ein wesentlicher Schwerpunkt der Gruppenbehandlung.

Anti-Craving

Im Rahmen einer Suchterkrankung und in der näheren Beschäftigung mit dem Suchtgedächtnis stellt sich immer wieder die Frage: Was kann man tun, wenn Suchtdruck entsteht? In dieser Gruppe werden gemeinsam Fertigkeiten und Strategien kennengelernt erarbeitet und trainiert um dem Verlangen (Craving) nach Konsum widerstehen zu können. Fokus der Gruppe ist es, hilfreiche individuelle Strategien und Fertigkeiten zu erlernen und somit langfristig realistische Alternativen zum Konsum in den Alltag zu integrieren.

Emotionales Kompetenztraining

Unsere Erfahrung zeigt, dass besonders Personen mit einer Suchtproblematik häufig bereits früh gelernt haben eigene Gefühle und Bedürfnisse durch den Konsum zu unterdrücken. In Anlehnung an die Theorie der Grundemotionen nach Stavemann⁶⁸ dient diese Gruppe dazu die Entstehung von Gefühlen und die Komplexität des Gefühlslebens zu beleuchten und zu verstehen. Zudem soll ein hilfreicher Umgang mit aversiv erlebten Emotionen erlernt werden.

⁶⁸ Stavemann, H. Im Gefühlsdschungel. Weinheim: Beltz. 2001.

Körpertherapie

In dieser Indikationsgruppe werden Patientinnen und Patienten behandelt, die ihr psychisches Erleben körperlich spüren sollen. Die Ebenen: Körper Seele und Geist sind im Rahmen einer ganzheitlichen Betrachtung untrennbar.

Ziel der Indikationsgruppenbehandlung ist das Bewusstwerden psychischer Prozesse und der Verknüpfung von Körper und Psyche.

Als Grundpostulat unserer Körpertherapie begreifen wir unsere Patientinnen und Patienten als untrennbare Einheit von Körper und Seele. In der körpertherapeutischen Behandlung wird auf die physiologischen Veränderungen, die im menschlichen Körper parallel zu den emotionalen Prozessen stattfinden fokussiert. Diese vegetativen Verbindungen zu den innerpsychischen Prozessen erlaubt deren Bearbeitung auf der körperlichen Ebene mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten zu einer gesunden Selbstregulation zu verhelfen.

Familie und Erziehung

In dieser Gruppe soll der Austausch von Erfahrungen und dem Kennenlernen verschiedener Erziehungsstile, Familienregeln & Familienrollen in primärer und sekundärer Familie dazu dienen, eigene Haltungen in hilfreicher Art und Weise hinterfragen zu dürfen. Zudem wird im familiären System die Co-Abhängigkeit und Ihre vielseitige Auswirkung auf die Familie thematisiert.

Kunsttherapie

In der Kunsttherapie haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, durch die Arbeit mit unterschiedlichen Materialien und Techniken ihre Kreativität zu entfalten. Diese Therapieform bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, nonverbal ihre eigenen Gefühle und inneren Prozesse auszudrücken. Durch den

Einsatz von Selbst- und Fremdrelexion werden zudem Selbsterkenntnisse gefördert und das Selbstbild gestärkt.

Diese Form des Feedbacks dient der Ressourcenaktivierung und der Verbesserung von antizipierenden Fähigkeiten. Zudem werden durch unterschiedliche angewendete Techniken neue Freizeitaktivitäten gefunden, die zu einer Stabilisierung im Alltag führen. Vollendete Werkstücke fördern das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl.

Teilhabe am Erwerbsleben

In dieser Indikationsgruppe setzen sich die Patientinnen und Patienten mit ihren Motivationslagen zur Wiederaufnahme einer Erwerbsarbeit auseinander. Kränkungen und Ängste vor den Anforderungen der Arbeitswelt haben in dieser Indikationsgruppe genauso ihren Platz, wie die Bedeutung der Erwerbsarbeit für das eigene Selbstwertgefühl, das Erleben von Selbstwirksamkeit und sinnvoller Tagesstrukturierung.

Führungskräfte mit Suchterkrankungen

Eine besondere Untergruppe der erwerbstätigen Patientinnen und Patienten sind die Rehabilitanden, die an ihrem Arbeitsplatz Führungsverantwortung tragen und in dieser Funktion abhängigkeiterkrankt sind. Diese Untergruppe hat eigene Themen und Herausforderungen zu bearbeiten, um in ihrem Arbeitsalltag gesund zu bleiben oder zu werden. „Belastende Arbeitsbedingungen können zu einem **»riskanten«** Gesundheitsverhalten beitragen und die Entstehung von Suchterkrankungen mit verursachen oder verstärken. (...) Riskantes Gesundheitsverhalten lässt sich in allen betrieblichen Hierarchieebenen finden. Gefährdet sind z. B. Führungskräfte, wenn Überforderung, hoher Verantwortungsdruck und Statusunsi-

cherheit zusammentreffen. Auf der Ebene des mittleren Managements kann es zur bekannten stressverstärkenden ►Sandwich-Position◄ kommen.⁶⁹

In einer eigenen dafür eingerichteten indikativen Therapiegruppe setzen sich die Patientinnen und Patienten mit ihren speziellen Themen, Problem- und Fragestellungen, die aus der Funktion und Rolle als Führungskraft erwachsen, auseinanderzusetzen. Je nach anamnestischer und diagnostischer Erhebung werden folgende Themen mit den Rehabilitanden bearbeitet:

- Eine besondere Stellung innehaben
- „Sandwich“; zwischen den Anforderungen „von oben“ und den Erwartungen „von unten“
- Widerstand von nachgeordneten Mitarbeitenden
- Entscheidungen treffen und verantworten
- Personalverantwortung
- Mitarbeitende führen in digitalen Strukturen
- Mitarbeitendengespräche führen
- Neid und Missgunst
- Mobbing
- Konfliktfähigkeit
- Durchsetzungsvermögen
- Emotionsregulierung
- Vom Kollegen oder Kollegin zur Führungskraft
- „Mein Weg“ in die Führungsrolle
- Führungskraft und im operativem Geschäft tätig- kollegenrolle
- Verantwortung tragen, ohne sich zu überfordern

⁶⁹ Rehwald/Reineke/Wienemann/Zinke; Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe, 2011; Seite 95

Erkenntnisse aus dem Coaching von Führungskräften fließen in die Behandlung ein, um den Anforderungen von Führungskräften mit dieser speziellen Thematik gerecht werden. Genauso werden die Erkenntnisse aus den Führungskonzepten des gesunden und agilen Führens eingebunden.⁷⁰ „Als Führungskraft, die mannigfaltigen Aufgaben und Bedürfnissen gerecht werden soll, ist es sinnvoll, sich mit der eigenen Widerstandskraft zu beschäftigen.“⁷¹ Nur durch aktive Auseinandersetzung können die Patientinnen und Patienten ihre Resilienz stärken, damit sie nicht länger auf psychotrope Substanzen zur Bewältigung von Stress zurückgreifen müssen. „Unsere Widerstandskraft wird also nicht größer, indem wir schwierige Situationen vermeiden, sondern wir sie aktiv bewältigen.“⁷²

In der Behandlung dieser speziellen Rehabilitandengruppe wird den besonderen Bedarfen und Risiken von Frauen in Führungspositionen besonders Rechnung getragen. „Weibliche Führungskräfte verfügen meist über weniger berufliche Netzwerke, auf die sie in psychisch und sozial kritischen Situationen zurückgreifen können.“⁷³

Neben der speziellen Therapiegruppe finden Patientinnen und Patienten mit Führungsverantwortung selbstverständlich auch in den anderen Behandlungsangeboten der Fachklinik die Berücksichtigung ihrer besonderen Problematik. „Ohne einen funktionstüchtigen Körper (und einer funktionstüchtigen Seele bzw. Psyche) keine Leistungsfähigkeit. Ob wir es gut finden oder nicht, dem Körper verdanken wir die Umsetzung unserer Pläne, Absichten und Vorstellungen. Daher erscheint es nur konsequent, ihm etwas zurückzugeben, indem wir ihn pflegen, einstimmen,

⁷⁰ Hofert, Svenja; Agiler führen; Hamburg 2018

⁷¹ von Kopp, Diana; Führungskraft-und was jetzt; Heidelberg 2017; S.55

⁷² ebd.

⁷³ Rehwald/Reineke/Wienemann/Zinke; Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe, 2011; Seite 95

vitalisieren und zur Ruhe kommen lassen.“⁷⁴ In diesem umfassenden Sinne ist das gesamte Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Bassum auch auf die Bedarfe von Patientinnen und Patienten mit Führungsverantwortung ausgerichtet.

Konflikte, Kommunikation, Stress

Konflikte angemessen auszutragen, sich nicht gekränkt zurückzuziehen, den Ärger und die eigenen Bedürfnisse adäquat zu formulieren sind wichtige skills in der Arbeitswelt und dem sozialen Miteinander. Stress aushalten lernen, zu Entspannung zurückzufinden (Stressmanagement) sind zentrale Faktoren für dauerhafte Gesundheit und Vermeidung von frühzeitiger Erwerbsminderung oder –unfähigkeit. Dieses sind die Themen und Inhalte der indikationsgruppe „Konflikte, Kommunikation, Stress“.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Ergotherapie

Ziel der Ergotherapie ist die Förderung umfassender Handlungsfähigkeit auf allen sozialen und kulturellen Gebieten. Auf die Verbesserung krankheitsbedingter Funktionsstörungen im motorischen, sensorischen und kognitiven Bereich zielen die ergotherapeutischen Maßnahmen⁷⁵. In der Ergotherapie liegt eine spezielle Fokussierung auf der Förderung von Aktivität und Partizipation. Als manuelle Therapieform ist es ihr immanent, die Aktivität und Teilhabe der Patientinnen und Patienten zu fördern. Nach ausführlicher Befundung und Diagnostik, in denen die Ressourcen genauso wie die Barrieren zur Teilhabe am Erwerbsleben erfasst werden, wird

⁷⁴ von Kopp, Diana; Führungskraft-und was jetzt; Heidelberg 2017; S.548

⁷⁵ Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O.

mit den Patientinnen und Patienten eine individuelle Behandlungsplanung zur Förderung ihrer Teilhabemöglichkeiten erstellt. Grundlage der individuellen Behandlungsplanung sind die BORA-Zielgruppen. An den individuellen Bedarfen werden die therapeutischen Angebote ausgerichtet.

Dieses können Interventionen zur Erfassung und Bewältigung von Problemen am Arbeitsplatz, Gespräche mit Arbeitgebern, unterstützende und schulende Qualifizierungsleistungen für Bewerbungen, interne und externe Belastungserprobungsplätze sein. Die internen und externen Belastungserprobungen der Fachklinik Bassum werden primär nach den beruflichen Partizipationsmöglichkeiten der Patientinnen und Patienten ausgewählt, dienen aber auch der Motivation und Auslotung von Teilhabechancen für ehrenamtliches Engagement und Freizeitgestaltung.

Kunsttherapie

In der Kunsttherapie haben die Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, durch die Arbeit mit unterschiedlichen Materialien und Techniken ihre Kreativität zu entfalten. Diese Therapieform bietet den Patientinnen und Patienten die Möglichkeit nonverbal ihre eigenen Gefühle und inneren Prozesse auszudrücken, die sie nicht verbal ausdrücken können oder die ihnen ansonsten nicht bewusst werden. Durch den Einsatz von Selbst- und Fremdrelexion werden zudem Selbsterkenntnisse geschult und das Selbstbild gestärkt. Diese Form des Feedbacks dient ebenfalls der Ressourcenaktivierung und der Verbesserung von antizipierenden Fähigkeiten. Zudem werden durch unterschiedliche angewendete Techniken neue Freizeitaktivitäten gefunden, die zu einer Stabilisierung im Alltag führen. Vollendete Werkstücke fördern das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl.

Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie werden die Fähig- und Fertigkeiten der Patientinnen und Patienten individuell und gezielt gefördert, die sie zu einer Wiedereingliederung in das Erwerbsleben befähigen.

Nach Berufs- und Arbeitsanamnese werden in einer Befundungs- und Diagnosephase die realistischen Fähigkeits- und Leistungseinschätzungen mit Hilfe von Assessments und Screeningverfahren erhoben (siehe auch 4.3 Diagnostik). Die Grundarbeitsfähigkeiten der Patientinnen und Patienten zu Ausdauer, Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Handlungsplanung, Problemlöseverhalten und der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung werden überprüft und trainiert. Die sich ergebenden Behandlungsnotwendigkeiten werden im interdisziplinären Team und gemeinsam mit den Patienten besprochen und Zielvereinbarungen abgeschlossen. (Siehe auch Punkt 4.4 individuelle Behandlungsziele und Behandlungsplanung). Insbesondere die BORA-Zielgruppen 3 und 4 werden durch dieses therapeutische Angebot angesprochen.

Die externen und internen Belastungserprobungsplätze bieten Patientinnen und Patienten, die vornehmlich den BORA-Zielgruppen 2 und 3 angehören auch die Chance, sich neu- oder umzuorientieren oder in ihrem Berufszweig an ihren Kompetenzen anzuknüpfen. Fehlenden Fähigkeiten können aufgearbeitet und neues Selbstvertrauen gewonnen werden. Durch eine enge und individuelle Betreuung seitens der Therapeuten findet eine kontinuierliche Reflexion statt. Die therapeutische Begleitung wird durch qualifizierte Ergotherapeuten und –therapeutinnen gewährleistet. Dieses gewährleistet, dass auf Überforderung, arbeitsmedizinische Beeinträchtigungen oder nichtadäquate und zielgerichtete Interventionen unverzüglich reagiert wird. Die Ergebnisse werden mit den Patientinnen und Patienten reflektiert und weitergehende Maßnahmen geplant. Die Belastungserprobungen finden alltagsnah und in realistischen Situationen statt, so dass bereits aus dem Kliniksetting ein Transfer in den Berufsalltag möglich ist.

Patientinnen und Patienten, die in einem Arbeitsverhältnis stehen und erwerbsbezogene Probleme haben (BORA-Zielgruppe 2), werden zu einem Arbeitgebergespräch motiviert. Gemeinsam werden die Problembereiche erörtert und die Chancen eines entlasteten Übergangs laut in den Arbeitsalltag ausgelotet.

Erprobung und Training im realen Feld (Café Hallenbad Bassum)

Die AG Teilhabe des Drogen- und Suchtrates empfahl im September 2016 besonders dringlich, die berufliche Orientierung bereits in der medizinischen Rehabilitation zu beginnen. Es sei erforderlich, neben der Bearbeitung der Suchtproblematik auch frühzeitig Schritte für eine Rückkehr in Beschäftigung bzw. berufliche Integration einzuleiten.⁷⁶ Dieser umfassenden Aufgabe sind in erster Linie Ergotherapie und Sozialarbeit verpflichtet. In den ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen werden die Teilhabeaspekte immer wieder eingebracht. Gruppentherapien eignen sich besonders, die Bedeutung der Arbeit für die eigene Persönlichkeit zu reflektieren, Erfahrungen auszutauschen und die eigenen Teilhabechancen auszuloten. In der interdisziplinären Zusammenarbeit werden Entwicklungen und Barrieren in diesem Teilhabebereich regelmäßig reflektiert. Alle arbeitslosen Patientinnen und Patienten mit zumindest eingeschränktem Leistungsvermögen werden zur Kontaktaufnahme beim der Arbeitsagentur oder dem Jobcenter motiviert und begleitet. (Siehe auch 4.7.8 Sozialdienst). Viele dieser Rehabilitandinnen und Rehabilitanden haben unerfreuliche Erfahrungen in atypischen Beschäftigungen mit Zeitverträgen, geringfügige Beschäftigungen und Scheinselbständigkeit⁷⁷ Aufgabe der medizinischen Rehabilitation muss es von daher sein, Patientinnen und Patienten

⁷⁶ Beschluss des Drogen- und Suchtrates „Teilhabe am Arbeitsleben“ vom 26.09.2016, Seite 4

⁷⁷ Wolfgang Scheiblich, Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Die Rolle von Arbeit und Tagesstruktur bei der Überwindung von Sucht; Rede auf dem 37. FDR-Kongress 2014

zur Teilhabe am Arbeitsleben in besonderer Weise zu motivieren. Dieses gelingt am besten, wenn die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden positive Erfahrungen machen, Selbstwirksamkeit erleben, positive Rückmeldungen (Lob) erhalten, erfahren, dass „sie zu gebrauchen sind“, Kollegialität und Gemeinschaft im Arbeitsteam erleben. „Arbeit dient heute nicht mehr nur der Sicherung der Existenz, sondern soll sinnstiftend sein, soll im Rahmen des „Flow-Erlebens“ Freude und Glücksgefühle hervorrufen und alle Fähigkeiten und die Kreativität des arbeitenden Menschen einbeziehen und entwickeln.“⁷⁸ „Auf der individuellen Ebene sollte Arbeit die Chance bieten, über die bloße Lebenssicherung hinaus die persönlichen Talente und Interessen zu fördern und zu entwickeln, was immer auch mit einer Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Potentiale verbunden ist.“⁷⁹

„Überträgt man die so verstandene Leitidee der Teilhabe auf die Arbeit mit suchterkrankten Menschen, erweitert dies die Konzepte der Integration oder Rehabilitation. Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung können dann z.B. nicht erst am Ende einer langen Rehabilitationskette stehen. Arbeit unter den normalen Bedingungen am allgemeinen Arbeitsmarkt ist der Beschäftigung in Sondersystemen vorzuziehen, ...“⁸⁰

Die Fachklinik Bassum sucht deshalb nach arbeitstherapeutischen Betätigungsfelder, die diesem Anspruch nahekommen. In Kooperation mit der Stadt Bassum betreibt sie das Café im städtischen Hallenbad. Im realen Lebenskontext des Sozialraums erproben die Patientinnen und Patienten sich in ihren für den jeweiligen

⁷⁸ ebd.

⁷⁹ Peter Hartz und Hilarion Petzold, Wege aus der Arbeitslosigkeit; Springer-Verlag, Wiesbaden 2013

⁸⁰ Jutta Henke, Dieter Henkel, Barbara Nägele & Alexandra Wagner, (Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft durch Integration in Arbeit - eine Herausforderung für Netzwerkarbeit in Rausch - Wiener Zeitschrift für Suchttherapie 4-2018, Seite 313

Fachklinik Bassum

Beruf erforderlichen Kompetenzen und aktivieren hierzu ihre Ressourcen. Arbeitsmarktbezogen nehmen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Aufgaben wahr, die sich aus ihren jeweiligen beruflichen Leistungsanalysen ergeben. Dieses können sein:

- Planung und Organisation von Personaleinsatz
- Einkauf und Logistik
- Buchführung und Rechnungswesen
- Verkauf und Service
- Reinigung, Hygiene und Ordnung
- Kommunikation und Werbung

Mit der Betreibung des Cafés im Bassumer Hallenbad werden keine betriebswirtschaftlichen Ziele verfolgt. Es ist nicht geplant, eine positive Gewinn- und Verlustrechnung auszuweisen oder andere fiskalischen Erwartungen zu befriedigen. Mit der Führung des Cafés sollen ausschließlich rehabilitative Ziele verfolgt werden, das Café kann als eine Art „Übungsfirma“ gesehen werden, in der die Patientinnen und Patienten motivational gestärkt, ihre individuellen Ressourcen aktiviert werden und sie positive Erfahrungen der Selbstwirksamkeit für ihren weiteren beruflichen Lebensweg sammeln können.

Die Patientinnen und Patienten, die durch Service und Verkauf sichtbar für die Bürgerinnen und Bürger Bassums werden könnten, werden nur nach entsprechender Aufklärung und mit deren Einverständnis in diesen Tätigkeitsfeldern eingesetzt. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden arbeiten niemals alleine und erhalten ein Handy, mit denen sie im Notfall die Mitarbeitenden der Klinik erreichen und Hilfe holen können.

Hirnleistungstraining

Sollte ein Hirnleistungstraining indiziert sein, findet ein computergestütztes Training zur Förderung der kognitiven und höheren kognitiven Funktionen statt. Das Hirnleistungstraining erfolgt nach Indikation als Einzel- oder als Gruppenanwendung. Alle Ergebnisse werden der Patientin oder dem Patienten in einem ausführlichen Auswertungsgespräch gegebenenfalls unter Hinzuziehung der Ärzte, des Sozialarbeiters, der Psychologen und/oder des Bezugstherapeuten erläutert.⁸¹

Bewerbungstraining

In dieser Schulung erhalten die indikativ teilnehmenden Patientinnen und Patienten Information für eine erfolgreiche Bewerbung. Zu einer erfolgreichen Reintegration ins Erwerbsleben gehört auch das Wissen um eine adäquate Bewerbung. In dieser Schulungsveranstaltung erhalten die Patientinnen und Patienten Anregungen zur Gestaltung ihrer Bewerbungsmappe und dem Bewerbungsanschreiben. Im Anschluss werden Vorstellungsgespräche mit den Teilnehmenden erprobt und analysiert. Dieses Angebot richtet sich primär an Patientinnen und Patienten der BORA-Zielgruppen 3 und 4.

EDV-Schulung

Es steht ein moderner Schulungsraum mit aktuellster Technik zur Verfügung, der mit 12 untereinander vernetzten Flachbildschirmarbeitsplätzen ausgestattet ist. An

⁸¹ DVE Pressemitteilung (2013): Hilfe für Menschen mit Suchterkrankung: Ergotherapeuten als Coach für den Weg in ein neues Leben.

Wilms, R.: Sucht. In: Kübny-Lüke, B. (2009): Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart und New York

allen Arbeitsplätzen ist eine Internetnutzung möglich. Das EDV - Kursangebot orientiert sich an dem Bedarf der Patientinnen und Patienten. Mit dem Angebot sollen vor allem jene Patientinnen und Patienten ermutigt werden, die bisher kaum Erfahrung in der EDV-Nutzung oder gar große Berührungsängste haben. Jede und jeder kann nach dem eigenen Tempo lernen, der Spaß steht im Mittelpunkt. Lerninhalte sind Grundlagen der Betriebssysteme, der Textverarbeitung und der Nutzung des Internets.

Im Aufenthaltsbereich steht ein Internetterminal den Patientinnen und Patienten zur Verfügung, so dass sie außerhalb der Schulungszeiten das Erlernte selbständig nutzen und gegebenenfalls sich einen neuen Arbeitsplatz auch per Internet suchen können.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Die Sport- und Bewegungstherapie wird in unserem Auftrag und unserer ärztlichen Verantwortung vom Sport- und Fitnessstudio Vitalis durchgeführt. (Siehe Punkt 2.6) Vorrangig ist eine aktive und den ganzen Körper beanspruchende Bewegung. Die Steigerung von Ausdauer, Koordination, Flexibilität und Kraft zur Erhaltung bzw. Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit ist das Ziel. Nach den individuellen Erfordernissen der Patientin oder des Patienten wird ein spezielles Trainingsprogramm zusammengestellt. Spezielle Kurse werden zur spezifischen Verbesserungen einzelner motorischer Fähigkeiten angeboten.

Langfristig soll die Sport- und Bewegungstherapie zur regelmäßigen Sportausübung motivieren. Nicht zuletzt dient die Sport- und Bewegungstherapie der Erprobung der körperlichen Belastbarkeit im Hinblick auf das Erwerbsleben.⁸² Regelmäßige Besprechungen zwischen der medizinischen Abteilung und den Physiothe-

⁸² Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung; a.a.O.

rapeuten sichern den gegenseitigen Informationsfluss und die Einbindung in den gesamten rehabilitativen Prozess. Die Ergebnisse dieser Auswertungsgespräche werden mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen und fließen in die sozialmedizinische Epikrise (Siehe Punkt 7.1 Leistungsbeurteilung) ein.

Aromatherapie:

Aromatherapie bezeichnet die Anwendung ätherischer Öle zur Linderung von Krankheiten oder zur Steigerung des Wohlbefindens. Das breite Anwendungsspektrum von ätherischen Ölen bietet beispielsweise Linderung und Unterstützung bei Einschlafstörungen, Ängsten, Abgeschlagenheit, Raucherentwöhnung und Kopfschmerzen.

Was tut mir gut? Welchen Duft finde ich angenehm und entspannend? Jeder Mensch ist in Hinblick auf Gerüche sehr individuell, daher wird bei jedem Patienten ein individuell geeigneter Duft auf Grundlage der aktuellen Beschwerden und Bedürfnisse ausgesucht.

Entspannungstraining

Abhängigkeitskranken Patientinnen und Patienten ist das Gefühl für wohltuende körperlicher und seelischer Entspannung weitgehend verloren gegangen. Angstzuständen und Schlafstörungen sind vielfach Folgen der Erkrankung. In der Fachklinik Bassum werden die Patientinnen und Patienten mit Hilfe von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson oder dem Autogenen Training nach Schultz zur Entspannung angeleitet. Die progressive Muskelrelaxation ist ein Verfahren, bei dem zuerst der Aspekt der muskulären Entspannung im Vordergrund steht. Systematische muskuläre Anspannung und Entspannung führen zu Kontrasterlebnissen, die eine zunehmende Entspannung auslösen. Das Entspannungsempfinden tritt sofort

ein. Mit zunehmender Übung kommt es über die Muskelentspannung zur Nerven- und Kreislaufentspannung bis hin zur Entspannung des ganzen Menschen⁸³.

Das von Schultz entwickelte Autogene Training stellt durch Selbstsuggestion die Einheit zwischen Körper und Seele wieder her. Im Autogenen Training werden die geistige, die gefühlsmäßige und körperliche Ebene des Menschen durch Autosuggestion verbunden. Durch formelhafte Vorsatzbildungen beeinflusst die Patientin oder der Patient das vegetative Nervensystem und entspannt hierüber auch Kreislauf-, Muskel- und Organsysteme.⁸⁴

4.7.7 Freizeitangebote

Zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben werden die Patienten zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung angeregt. In verschiedenen indikativen Gruppen wird das Thema erörtert und es werden Anregungen gegeben. Angeleitete Freizeitaktivitäten dienen den Patienten und Patientinnen dazu, neue Ideen für eine sinnvolle und aktive Freizeitgestaltung zu entwickeln. Ein Freizeitraum in der Klinik mit Billardtisch, Fußballkicker, Dartscheibe und Tischtennisplatte hilft den Patienten und Patientinnen auch im Klinikalltag ihre Freizeit zu gestalten.

4.7.8 Sozialdienst

Abhängigkeitskranke Patientinnen und Patienten haben erhebliche Probleme im sozialrechtlichen, finanziellen und juristischem Bereich, die ihre Teilhabemöglichkeiten am gesellschaftlichen und erwerbstätigen Leben einschränken. Insbesondere die Reintegration ins Erwerbsleben bedarf eines besonderen Augenmerks, weshalb die Sozialberatung einen besonderen Stellenwert in der Rehabilitation besitzt. In

⁸³ Brenner H.; Progressives Entspannungstraining. Praxis der Tiefmuskelentspannung, Lengerich 2004

⁸⁴ Brenner H.; Autogenes Training. Der Weg zur inneren Ruhe; Lengerich 2004

Fachklinik Bassum

Zusammenarbeit mit den medizinischen und therapeutischen Behandlern und Behandlerinnen berät und unterstützt sie die Patientinnen und Patienten in der Regelung ihrer sozialen Angelegenheiten. Sie berät und leistet Hilfestellung bei der Beantragung von Übergangsgeld, Krankengeld oder der entsprechenden Ersatzleistung. Sie hilft gegebenenfalls bei der Antragstellung zu weiteren Sozialleistungen und vorbereitend bei einer möglichen beziehungsweise nötigen Entschuldung.

Bei juristischen Fragen ist sie unterhalb der Rechtsberatung tätig, leitet im Bedarfsfall zu einer Beratung durch Rechtsanwälte über.

Ein besonderer Schwerpunkt von Patientinnen und Patienten deren Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung ist, liegt auf der Beratung und Unterstützung zur Wiedereingliederung ins Erwerbsleben, einschließlich der Vorbesprechung und Einleitung weitergehender Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation nach der stationären oder ganztagsambulantem Therapie. Kontaktherstellung, begleitete Besuche bei der Agentur für Arbeit oder den Jobcentern sowie bei potentiellen oder bestehenden Arbeitgebern werden von ihr begleitet.

Die Patientinnen und Patienten sollen am Ende der stationären oder ganztagsambulantem Behandlung ihre sozialen Angelegenheiten geordnet haben, notwendige Anträge sind gestellt und Maßnahmen zumindest eingeleitet.

Für die Sozialberatung sind 1,5 VK diplomierte qualifizierte Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen zuständig.

Schulung Perspektiven nach der Reha

Diese Schulung wird durch die Sozialberatung in der Aufnahmephase angeboten und dient der Perspektivklärung nach der Rehabilitationsbehandlung. Weitere Behandlungsmöglichkeiten, wie: Adaption, Betreutes Wohnen, Eingliederungshilfe, Nachsorgebehandlungen und ambulante Fortführung, wie auch Selbsthilfegruppen

werden vorgestellt und individuelle Erfahrungsberichte dienen für einen fruchtbaren Austausch.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Ernährungsberatung

In dieser Veranstaltung werden die Patientinnen und Patienten ausführlich über gesunde Ernährung, die Folgen von Fehlernährung, Übergewicht, Cholesterinwert-erhöhungen etc. beraten. Ziel der Ernährungsberatung ist den Patientinnen und Patienten Grundwissen über eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu vermitteln. Die psychoedukative Schulung wird von einer Gesundheitspädagogin durchgeführt.

Im Indikationsfall wird auch eine einzelne Patientin oder ein einzelner Patient zu seinen Ernährungsgewohnheiten und -fragen beraten. Wird vom behandelnden Arzt eine individuelle Ernährungsberatung angeordnet und in den Behandlungsplan aufgenommen, wird sie von einer Diätassistentin durchgeführt. Ziel der diätetischen Einzelberatungen ist, dem Patienten ausreichendes Grundwissen und Sicherheit zu vermitteln, so dass er in der Lage ist seine Diät eigenständig weiter zu führen.

Lehrküche

Die Fachklinik Bassum verfügt eine Lehrküche mit 6 vollständigen Küchenzeilen.

Raucherentwöhnung

Die tabakbedingten gesundheitlichen Schädigungen sind mittlerweile in unzähligen Studien nachgewiesen. Die Sterberate in Folge des Tabakkonsums liegt in Deutschland bei ca. 120.000 Toten, wobei die Kombination von Tabak- und Alkoholabhängigkeit von besonderer Brisanz ist. Im engeren medizinischen Sinn gilt als

tabakabhängig, wer einen inneren Zwang erlebt rauchen zu müssen und ohne den Konsum von Tabak nicht leben kann. Als weitere Kriterien sind das Auftreten von Entzugserscheinungen wie Unruhe und Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Frustrationstoleranz, Depressionen, Angst und Aggressivität und nicht zuletzt ein gesteigerter Appetit zu nennen. Weitere Indizien sind erfolglose Versuche das Rauchen aufzugeben oder der weitere Konsum trotz gesundheitlicher Schädigungen.

Im Kapitel 4.3 Diagnostik wird aufgeführt, dass jede Patientin und jeder Patient mit Hilfe des Fagerström-Tests auf seine Tabakabhängigkeit untersucht wird. Allen Patientinnen und Patienten mit einem positiven Befund werden zur Teilnahme an der Indikationsgruppe Raucherentwöhnung motiviert.⁸⁵ In diese Indikationsgruppe werden die Patientinnen und Patienten angeleitet, sich mit ihrem Nikotinkonsum auseinanderzusetzen. Zu Beginn ist die Indikationsgruppe ergebnisoffen, das heißt die Teilnehmenden werden erst im Prozess zur Änderung ihres Tabakkonsums motiviert. Die Therapie orientiert sich an dem verhaltenstherapeutischen Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“⁸⁶ und ist auf der Grundlage des Leitfadens von Batra und Buchkremer zur Tabakentwöhnung konzipiert.⁸⁷

Nach einer Informationsveranstaltung geht es in der ersten Behandlungseinheit um Informationen zur Tabakabhängigkeit und insbesondere um Motivation.

Diese Aufgabe zieht sich wie ein roter Faden durch das gesamte Programm. In der zweiten Einheit wird der „Schlusspunkt“ vereinbart und Verhaltensalternativen erarbeitet. Das Besprechen von Erfolg und Misserfolg, positiven Verstärkungen, Rückfallprophylaxe und weiteren Verhaltensalternativen sind die Themen der weiteren Einheiten.

⁸⁵ Batra, A; Buchkremer, G.; Tabakentwöhnung – Ein Leitfaden für Therapeuten; Stuttgart 2004

⁸⁶ Arbeitskreis Raucherentwöhnung (Hrsg.); Nichtraucher in 6 Wochen; Ratingen 1997

⁸⁷ Batra, A; Buchkremer, G.; a.a.O.; 2004

Weitere Schulungen

Durch die psychedukativen Schulungen wird den Patientinnen und den Patienten primär ein kognitiver Zugang zu ihrer Abhängigkeitserkrankung und den daraus resultierenden körperlichen Folgen und sozialen Partizipationsbarrieren ermöglicht. Sie werden in ihren Aktivitätspotentialen gefördert, bekommen Anregungen zur Teilhabe an gesunden und sozialen Lebensvollzügen. Neue Kenntnisse und Fähigkeiten ermutigen zu neuen Schritten hinsichtlich gesellschaftlicher und erwerbsbezogener Partizipation und Überwindung von Barrieren.

Die Schulungen werden von entsprechend qualifiziertem Personal durchgeführt. Für die gesundheitsthematischen Schulungen heißt das, dass vor allem die Ärzte, eine Diätassistentin oder entsprechend qualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt werden. Die Psychologin oder der Psychologe schaffen bei den Patientinnen und Patienten ebenfalls einen kognitiven Zugang zu den Abhängigkeitserkrankungen. Die EDV-Schulungen führen Mitarbeiter mit Kompetenzen in der Erwachsenenbildung durch.

Störungsspezifischen Psychoedukation

Der Gesundheitsschulung oder störungsspezifischen Psychoedukation wird in der Fachklinik Bassum eine besondere Bedeutung zugeordnet. Die zielorientierte und strukturierte Vermittlung von Erkenntnissen über den Krankheitsprozess und die Folgen fördert die Compliance in der Rehabilitation, ist Angst und Stress mindernd. Die Patientinnen und Patienten erleben sich partnerschaftlich ernst genommen und dieses erhöht die Eigenverantwortung.

Suchtstoffe und Abhängigkeitserkrankung

In den Schulungen wird über die Abhängigkeitserkrankungen informiert und auf diese Weise ein Krankheitsverständnis mit den körperlichen, sozialen und psychi-

schen Aspekten entwickelt. Hierzu gehören auch Informationen über die zunehmende Gefahr der Entwicklung polyvalenter Abhängigkeiten und über die verschiedenen Wirkungsweisen von Cannabis, Kokain, Opiate, Amphetamine Benzodiazepine, Ecstasy, designer-drugs und Tabak.

Neurobiologische Erkenntnisse über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankungen finden in dieser Schulung genauso Eingang, wie Informationen über Medikamente mit Abhängigkeitspotential.

Ziel der Schulung ist auch durch die Vermittlung von Erkenntnissen und Fakten über die Abhängigkeitserkrankungen die Behandlungs- und die Abstinenzmotivation zu fördern.

Somatische Folgeerkrankungen

In dieser Schulung werden die Patientinnen und Patienten über pathologische Organveränderungen aufgeklärt.

Informationen über Folgeerkrankungen im Bereich des Magen-Darm-Traktes, Stoffwechselerkrankungen wie zum Beispiel Diabetis-mellitus, Leberschäden sind Schwerpunkte dieser psychoedukativen Veranstaltung. Die Patienten haben die Möglichkeit, Fragen zu stellen, um eine besondere Problematik noch besser verstehen zu können.⁸⁸

Psychische und neurologische Komorbidität

In dieser Schulungsveranstaltung werden die Patientinnen und Patienten über neurologische Auswirkungen und psychiatrische Komorbiditäten informiert.

Ziel der Schulung ist ein Verständnis für sich selbst bei den Patientinnen und Patienten zu fördern und der Scham beziehungsweise den Hemmungen über die

⁸⁸ Seitz, H.K.; Lieber, C.S; Simanowski, U.A. (Hrsg.); Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden; Heidelberg 2000;

Komorbidität zu sprechen entgegen zu wirken. Einen wesentlichen Raum nehmen in dieser Schulung die Informationen zu psychopharmakologischen Medikation ein.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Wie bereits unter Punkt 3.5.2 beschrieben ist es sinnvoll, das familiäre Umfeld der Patientin und des Patienten in die Behandlung einzubeziehen. In diesem gibt es häufig dysfunktionale, wenig wachstums- und entwicklungsfähige familiären Strukturen. Im Verlauf der langjährigen Abhängigkeitserkrankung eines Familienmitgliedes haben sich die einzelnen Systemteile durch Anpassung von Verhaltensmustern und Rollenübernahmen immer wieder neu aufeinander eingerichtet und so Lösungen für den Erhalt der Familie geschaffen.⁸⁹

Über eine gewonnene Abstinenz der Patientin oder des Patienten ist die Familie oder das Kontextsystem einerseits glücklich, stellt die Mitglieder jedoch vor erhebliche Änderungsaufgaben und neue Rollengestaltungsnotwendigkeiten.

Die Rückgabe von Verantwortung und Entscheidungskompetenzen an die Partnerin oder den Partner, Einschränkungen durch wieder ausgeübte Erziehungsfunktion gegenüber den Kindern usw. rufen auch Widerstände hervor.

Das Suchtmittel in seiner stabilisierenden Funktion entfällt, damit werden Konflikte sichtbar und wirken destabilisierend auf das gesamte familiäre System. Rückfalltendenzen in Richtung alter Lösungsmuster gehen damit einher. Über die Angebote der regelmäßigen Angehörigengespräche mit der Bezugstherapeutin oder des Bezugstherapeuten und die Möglichkeit der Teilnahme an einer Angehörigenschulung sollen die möglichen Problemfelder antizipiert und aktualisiert werden. Ganz entscheidend in der Behandlung ist jedoch auch die Ressourcenorientierung und –aktivierung der Kontextfaktoren.

⁸⁹ Rennert, Monika; Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet.; 1989

4.7.11 Rückfallmanagement

Da Suchtmittelabhängigkeit als Symptom für tiefer liegende psychosoziale Ursachen anzusehen ist, kann es auch während einer stationären Behandlung, vor allem in Krisensituationen, zu Rückfällen kommen. Über einen Rückfall bietet sich in der Regel die Chance, einen vertieften Eindruck in die Suchtdynamik zu erhalten. Auslösend können zum Beispiel unangenehme emotionale Zustände oder zwischenmenschliche Konflikte sein. Die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien im Umgang mit Konstellationen, die einen Rückfall mit Suchtmitteln hervorrufen oder begünstigen können, beeinflusst wesentlich die Prognose der Rehabilitationsbehandlung.

Ziel der Rückfallprophylaxe ist, die Entwicklung vom situativ begrenzten Konsum zu einer Wiederaufnahme des süchtigen Konsums aufzuhalten.⁹⁰

Grundsätzlich begünstigt die Behandlung durch die enge Verknüpfung von therapeutischem und realem Umfeld eine Aufarbeitung des Rückfallgeschehens. Der erste Rückfall muss nicht zu einer Beendigung der Therapie führen.

Es muss im Behandlungsteam geprüft werden, inwieweit eine therapeutische Bearbeitung möglich und auch sinnvoll erscheint. Im Rahmen einer Fortführung der Behandlung kann nach einem Rückfall auch eine stationäre Entgiftungsbehandlung erforderlich sein.

Alle Patienten werden schon zu Beginn der Behandlung auf die Notwendigkeit der Abstinenz hingewiesen, es erfolgen unter anderem unregelmäßige Atemalkohol- und Urinkontrollen.

Wichtig für die weitere therapeutische Arbeit mit der Patientin oder dem Patienten ist, dass sie bzw. er die Verantwortung für ihr/sein rückfälliges Suchtverhalten übernimmt. Bei andauernder Verleugnung eines Rückfalls besteht keine Möglich-

⁹⁰ Marlatt, G. A. & Gordon, J. R.; a.a.O.; 1985

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); a.a.O.; 2008

keit einer therapeutischen Weiterbearbeitung. Die Patientin oder der Patient muss hier ihre/seine Bereitschaft zeigen, den Rückfall zu bearbeiten. Es gilt mit der rückfälligen Patientin bzw. Patienten zusammen eine psychodynamische Hypothese zu erarbeiten, wie es zu dem Rückfall kam, welche Funktion er hatte, so dass ein konkreter therapeutischer Ansatz zur Weiterbehandlung erarbeitet werden kann, um diesen Rückfall im weiteren Prozess zur Erlangung einer dauerhaften Abstinenz positiv nutzen zu können.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Der Pflegebereich ist für die Patientinnen und Patienten häufig der zentrale Ansprechpartner. Er steht neben den Therapeutinnen und Therapeuten den Patientinnen und Patienten in Krisen, auch in den Nächten, für erste Kurzinformationen zur Verfügung. Der Pflegebereich hält in Krisensituationen den Support aufrecht, er hat damit eine haltende und stabilisierende Rolle in der Patientenbeziehung.

Die diensthabenden Mitarbeiterinnen in der Pflege nehmen an den Übergaben und der Supervision teil, sie sind darüber in das Gesamtbehandlungsteam eingebunden.

4.7.13 Weitere Leistungen

Erstattung von Fahrtkosten

Die Fachklinik Bassum erstattet den Patientinnen und Patienten, ihren Angehörigen oder dritten Personen, die sie in die Klinik bringen, im Auftrag der Rentenversicherung die Fahrtkosten. Maßgebend sind die Reisekostenrichtlinien des jeweils zuständigen Leistungsträger. Die Fahrtkostenerstattung erfolgt in der Regel im Anschluss an eine Fahrt.

Verwahrgelder

Falls die Patientinnen und Patienten über kein eigenes Konto verfügen oder ihre Gelder sicher auf dem Klinikkonto aufbewahrt wissen wollen, können die Patientengelder auf das Klinikkonto eingezahlt werden. Im Empfang/Aufnahmesekretariat erfolgt entsprechend dem Kontostand die Auszahlung. Entsprechende Belege dokumentieren die einzelnen Kontobewegungen und den aktuellen Stand.

Telefon, Faxe und Kopien

Die Patientinnen und Patienten haben die Möglichkeit während ihrer Therapie ihre Handys zu benutzen. Handys dürfen allerdings im Gebäude nur auf den Zimmern genutzt werden, damit die Mitpatienten nicht belästigt werden. Patienten, die kein eigenes Handy besitzen, können sich im Empfang ein Handy gegen Gebühr ausleihen.

Telefonate, die im therapeutischen Kontext stehen, können auch in Zusammenarbeit mit dem/r Bezugstherapeuten/in erarbeitet und durchgeführt werden. Dieses gilt auch für Kopien und Faxe.

Briefe oder Pakete, die durch die Deutsche Post AG oder andere Zustelldienste in die Fachklinik Bassum gebracht werden, können im Empfang von den Patienten abgeholt werden. Einschreiben müssen von Patienten im Empfang quittiert werden. Post, die in der Fachklinik Bassum nach Entlassung zugestellt wird, wird der Patientin oder dem Patienten nachgesandt. Am Wochenende erfolgt die Postausgabe durch den diensthabenden Mitarbeitenden.

Zurückgelassenes Gepäck

Sollte ein Patient nach Entlassung aus der Fachklinik Bassum sein Gepäck nicht mitnehmen können, kann er es zu einem späteren Zeitpunkt abholen. Das Gepäck

Fachklinik Bassum

wird dann eingelagert. Die Einlagerung erfolgt in dem dafür vorgesehen abschließbarem Raum, Koffer und Taschen werden mit einem Namenszettel versehen. Das Gepäck von Patienten, die ohne ordnungsgemäße Einlagerung oder Mitnahme ihres Gepäcks das Fachklinik verlassen, wird von den Mitarbeiterinnen der Abteilung Hauswirtschaft zusammengepackt und ebenfalls ordnungsgemäß beschriftet und eingelagert. Sollte das Gepäck nicht innerhalb eines halben Jahres von dem ehemaligen Patienten abgeholt werden, wird es ordnungsgemäß und fachgerecht entsorgt.

Wertgegenstände

Die Patienten haben die Möglichkeit, ihr persönliches Hab und Gut in abschließbaren Tresoren in den Schränken ihrer Zimmer zu sichern.

Patientenfahrten

An- und abreisende Patienten der Fachklinik Bassum können vom Bahnhof abgeholt, bzw. zum Bahnhof gebracht werden. Die Koordination liegt beim Empfang/Aufnahmesekretariat.

Fahrten zu den Fachärzten in der Region werden über die Abteilung Medizin koordiniert.

Fahrräder

Den Patienten stehen zur Fortbewegung in der näheren Umgebung Fahrräder zur Verfügung. Sie werden im Rahmen der Ergotherapie gewartet und vergeben.

Waschmaschine und Trockner

Den Patienten der Fachklinik Bassum stehen Waschmaschinen und Trockner zur Verfügung, in der sie ihre persönliche Wäsche waschen können.

Internetserver

Den Patienten steht ein Internetzugang zur Verfügung. Ein Zugangskennwort erhält er im Empfang/Aufnahmesekretariat. Mit dem Kennwort hat er auch Zugang mit dem eigenen PC/Laptop über WLAN ins Internet.

4.7.14 Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Jede Rehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Bassum endet mit einer ausführlichen medizinischen Abschlussuntersuchung.

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten, deren Leistungsträger die Deutsche Rentenversicherung ist, erfolgt eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, die ausführlich mit der Patientin oder dem Patienten besprochen wird. Die Ergebnisse aus der Psycho- und der Ergotherapie, insbesondere der Arbeitstherapie sowie die Auswertung der Sport- und Bewegungstherapie werden bei der Leistungsbeurteilung kritisch gewürdigt. In den verschiedenen Fallbesprechungen und Auswertungsgesprächen sind mit der Patientin oder dem Patienten die Tendenzen beziehungsweise Entwicklungen in der Leistungsfähigkeit rückgemeldet und erörtert worden. So wurden gegebenenfalls im Vorwege schon weitergehende Maßnahmen beantragt oder gezielte Förderungen initiiert.

Ambulante Weiterbehandlung/Nachsorge

Ein Ziel des vernetzten Behandlungskonzeptes ist die Schnittstellen zwischen den ambulanten, akut-stationären, akut-teilstationären und rehabilitativ teil- und vollstationären Behandlungseinrichtungen so zu gestalten, dass für die Patientin und den Patienten eine größtmögliche Behandlungskonstanz gewährleistet ist. Die einzelnen Behandler, werden kontinuierlich informiert und ein sinnvoller Behandlungsplan wird gemeinsam erarbeitet bzw. aufeinander abgestimmt. Aus dem therapeutischen Selbstverständnis der Fachklinik Bassum ergibt sich, dass sta-

tionäre Behandlung nur dann indiziert ist, wenn ganztagsambulante Rehabilitation nicht möglich oder nicht ausreichend ist. Ganztägig ambulant wiederum wird in den Fällen rehabilitiert, in denen das ambulante Setting nicht zu befriedigenden Ergebnissen führt.

Von daher werden die Patientinnen und Patienten nach einer entsprechend abgeschlossenen (teil)stationären Behandlung in die ambulante Weiterbehandlung oder Nachsorge überwiesen.

Für die Patientinnen und Patienten besteht in dieser Behandlungsform auch die Chance, die in der klinischen Phase erarbeiteten intrapsychischen Aufarbeitungsprozesse, Beziehungsgestaltungsmöglichkeiten und Copingstrategien in das Alltagsleben zu integrieren.

Eine enge Zusammenarbeit mit den ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen gehört von daher zum Gesamtkonzept der Klinik.

Selbsthilfegruppen

Die örtliche Selbsthilfegruppe des Patienten ist als Teil eines umfassenden Behandlungsplans, natürlich je nach Einverständnis, in die kooperative Behandlung einzu beziehen. Aufgrund der hervorragenden infrastrukturellen Anbindung der Fachklinik wird den Patientinnen und Patienten empfohlen und ermöglicht, bereits während der (teil)stationären Behandlung sich eine Selbsthilfegruppe zu suchen bzw. diese regelmäßig zu besuchen. Mit den Patientinnen und Patienten wird individuell an dieser Thematik gearbeitet. Sollten Angst oder Scham bei der Kontaktaufnahme hinderlich sein, besteht das Angebot der Klinik, den Erstkontakt zu den Leitungen der Selbsthilfegruppen herzustellen.

5. Personelle Ausstattung

Die qualitätsorientierte Personalplanung beruht auf dem ausgehandelten Stellenplan, der unter Einhaltung der Strukturvorgaben der Leistungsträger, verhandelt wurde. Mit dem federführend belegenden Leistungsträger, der Deutschen Rentenversicherung, Regionalträger Braunschweig/Hannover wird die Besetzung freier Stellen abgestimmt. Bei der Auswahl neuer Mitarbeiter werden Gesichtspunkte der Gleichstellung und Gleichbehandlung berücksichtigt.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik Bassum wurde nach Standards der DIN 18025 „Barrierefreies Wohnen“ umgebaut. Die Patientinnen und Patienten sind alle in Einzelzimmern mit eigenem Duschbad untergebracht, zum Teil in einem nahegelegenen Bettenhaus. Sowohl die Zimmer als auch die Nasszellen verfügen über eine Notrufanlage. Das Bad für die ganztagsambulanten Patientinnen und Patienten und 3 Zimmer für stationäre Patientinnen und Patienten sind rollstuhlgerecht hergerichtet.

Für die Therapie stehen 4 Gruppentherapie- und Schulungsräume zur Verfügung, einer ist als EDV-Schulungsraum ausgestattet. Eine Lehrküche, Speisesaal und Cafeteria stehen den Patientinnen und Patienten im Erdgeschoss zur Verfügung. Im Bettenhaus lädt ein Freizeitraum mit Billard, Tischkicker und Tischtennisplatte zur Freizeitgestaltung ein. Die Aufenthaltsräume und die Ruheräume für die Patientinnen und Patienten der ganztagsambulant Rehabilitation befinden sich in den Obergeschossen des Haupthauses

Die Therapieräume der Arbeits- und Ergotherapie befinden sich in einem eigenen Gebäude in unmittelbarer Nähe.

7. Kooperation und Vernetzung

7.1 Der Klinikverbund „Kliniken Landkreis Diepholz GmbH“

Die Kliniken Landkreis Diepholz GmbH betreibt Akutkliniken an den Standorten Bassum, Sulingen und Diepholz. Am Standort Bassum stehen 140 psychiatrischen und psychotherapeutischen Betten zur Verfügung, in denen bei Bedarf bzw. Notwendigkeit akute psychiatrische Krisen behandelt werden können. Eine Qualifizierte Entzugsbehandlung wird in der psychiatrischen Abteilung in Bassum angeboten, am Standort Diepholz erhalten Patientinnen und Patienten eine internistisch geführte Qualifizierte Entzugsbehandlung. Die Behandlung erfolgt in enger Kooperation mit der Fachklinik Bassum.

7.2 Verbünde mit ambulanten Rehabilitationseinrichtungen

7.2.1 Der Verbund mit den Fachstellen für Suchtberatung und -behandlung im Landkreis Diepholz

Im Landkreis Diepholz betreiben die Träger Release e.V., der Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. und das Diakonische Werk des evangelisch lutherischen Kirchenkreises Diepholz Fachstellen für Suchtberatung und Suchtbehandlung. Diese Beratungsstellen sind gemäß den Richtlinien des Landes Niedersachsen anerkannt und verfügen auch über die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung für ambulante Rehabilitation von Suchterkrankten. In den Behandlungsstellen werden gleichfalls Patientinnen und Patienten ambulant rehabilitativ behandelt, bei denen die Krankenkassen Kostenträger der Behandlung sind. Die 3 Träger der Fachstellen/Fachambulanzen betreiben an den Standorten Stuhr-Brinkum, Weyhe, Syke, Bruchhausen-Vilsen, Bassum, Twistringen, Sulingen und Diepholz ihre Beratungs- und Behandlungsstellen.

Fachklinik Bassum

Die Fachstellen des Caritasverbandes und des Diakonischen Werkes betreiben jeweils eine ambulante Rehabilitationseinrichtung. In der Behandlungsstelle des Caritasverbandes ist die Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH Kooperationspartner im Behandlungsverbund und stellt die fachärztlichen und psychologischen Leistungen.

Der Verein Release e.V. verfügt ebenfalls über die Anerkennung zur Durchführung der ambulanten Rehabilitation.

Mit diesen Trägern der Suchtberatung und -behandlung besteht eine enge Vernetzung über die Fachgruppe Sucht des Sozialpsychiatrischen Verbundes des Landkreis Diepholz. In dieser Fachgruppe arbeiten die Suchtselbsthilfegruppen ebenfalls mit, so dass auch zur Selbsthilfe eine enge Verknüpfung besteht. (Siehe Punkt 3.3)

In der Region Bremen betreibt die Therapiezentrum Niedersachsen-Bremen gGmbH gemeinsam mit dem Caritasverbandes Bremen e.V. den Therapieverbund Bremen zur ambulanten Rehabilitation in der Hansestadt.

7.2.2 Kombi-Nord

Die Fachklinik Bassum ist Mitglied im Behandlungsverbund der Deutschen Rentenversicherungen Braunschweig-Hannover, Oldenburg-Bremen und Nord.⁹¹

⁹¹ Konzeption zur Kombi-Nordbehandlung der Rentenversicherungsträger Braunschweig-Hannover, Oldenburg-Bremen und Nord

7.3 Selbsthilfe

Rehabilitation und Selbsthilfe haben das Ziel, chronisch Kranke beim eigenverantwortlichen und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung zu unterstützen. Beide Seiten dieser Partnerschaft können durch eine verstärkte Zusammenarbeit gewinnen.⁹² Im Landkreis Diepholz treffen sich von den Anonymen Alkoholikern, der Guttemplergemeinschaft, den Freundeskreisen, dem Blauen Kreuz in der evangelischen Kirche und dem Kreuzbund Selbsthilfegruppen.

Eine Vernetzung ist weitestgehend über den sozial-psychiatrischen Verbund des Landkreises gegeben (siehe 3.2.1). Die Selbsthilfegruppen informieren regelmäßig in der Fachklinik die Patientinnen und Patienten über ihre Arbeit.

7.4 Niedergelassene Ärzte

Zur Behandlung von interkurrenten Erkrankung ihrer Patientinnen und Patienten, soweit diese Leistungen gemäß SGB V zu erbringen sind, kooperiert die Fachklinik Bassum mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Region. Wie bereits unter Punkt 2.1 erwähnt wurde, befindet sich in der baulichen Verlängerungsachse des Krankenhauses Bassum ein Ärztehaus, mit den Fachdisziplinen Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie und Kinderheilkunde. Die Patientinnen und Patienten können somit in den Fachdisziplinen, die im eigenen Haus nicht adäquat behandelt werden können, ohne weite Wege und entsprechenden Wegezeiten kurativ versorgt werden.

⁹² Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund; 1. Auflage 7/2007

7.5 Dialysepraxis

Am Standort Bassum besteht ein enger Verbund zwischen den Kliniken Landkreis Diepholz und der Praxis für Dialyse. Die Praxis befindet sich vis á vis zur Fachklinik Bassum. Durch die Kooperation der Fachklinik Bassum mit dieser unmittelbar gegenüberliegenden Dialysepraxis kann auch eine Suchtrehabilitationsbehandlung in der Fachklinik Bassum von Patientinnen und Patienten mit einer Niereninsuffizienz erfolgen. Die Kooperation ermöglicht Absprachen, die diesen Patientinnen und Patienten erlauben, weitestgehend an dem rehabilitativen Programm der Fachklinik teilzunehmen.

Siehe auch Kapitel 4.2 „Rehabilitationsindikationen“.

7.6 Sportstudio Gym80

Das Sportstudio Gym80 befindet sich etwa 500 Meter von der Fachklinik entfernt. In dem Sportstudio bestehen Sportangebote zum Indoorfußball, verschiedene Rückenschulungsprogrammen und diversen Fitnessaktivitäten. Das Sportstudio führt gemäß dem abgeschlossenen Kooperationsvertrag die Sport- und Bewegungstherapie für die Patientinnen und Patienten der Fachklinik Bassum durch. Qualifiziertes physiotherapeutisches Fachpersonal leitet die Gruppenbehandlung und führt gegebenenfalls die individuelle Anleitung der Patientinnen und Patienten durch. Die Verantwortung für die Qualität der Behandlung verbleibt in der Fachklinik Bassum. Das Sportstudio verfügt über einen großen Wellness- und Saunabereich, der für die Freizeitgestaltung der Patienten und Patientinnen zur Verfügung steht.⁹³

⁹³ www.gym80-bassum.de

7.7 Betriebe

Die Fachklinik Bassum arbeitet mit zahlreichen mittelständischen und Handwerksbetrieben in der Stadt und dem Umland zusammen, eine wichtige Maßnahme, um den Erwerbsbezug in der Rehabilitation zu stärken (BORA). Je nach Beruf oder beruflicher Orientierung der Patientinnen und Patienten wird nach der Diagnostik der arbeits- oder berufsbezogenen Problemlagen eine arbeitsbezogene Belastungserprobung in den örtlichen Betrieben praktiziert. Die Teilhabechancen am Erwerbs- und Arbeitsleben werden gesteigert, die berufliche Integration beziehungsweise Reintegration steht im besonderen Focus. Die Belastungserprobung wird therapeutisch eng begleitet. In der Auswertung wird sowohl auf Barrieren als auch auf Ressourcen zur (Wieder)Aufnahme einer Erwerbstätigkeit fokussiert und gegebenenfalls werden Maßnahmen zur Kompensation eingeleitet.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Zur Sicherung der Qualität ist die Fachklinik Bassum bereit, am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung teilzunehmen, das Konzept wird regelmäßig den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen angepasst. Die Fachklinik Bassum ist zertifiziert nach dem BAR anerkanntem Managementsystem der deQus, das auf der DIN EN ISO 9001:2008 basiert.

8.1 Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität

8.1.1 Strukturqualität

In der Fachklinik Bassum wird ein hoher Anspruch an die fachliche Qualität der medizinischen Rehabilitation der abhängigkeiterkrankten Patientinnen und Patienten gelegt.

Um diesem Anspruch gerecht zu werden wurde viel Zeit in die Auswahl qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter investiert. Die enge Verzahnung mit der Akutversorgung der Kliniken Landkreis Diepholz und den dadurch zur Verfügung stehenden Ressourcen gewährleistet eine Behandlung auf hohem Niveau und ermöglicht eine umfassende sozialmedizinische Leistungsbeurteilung. Der 24stündige ärztliche Bereitschaftsdienst sorgt im Hintergrund für die nötige Sicherheit.

Die Strukturdaten in der räumlichen Ausstattung der Klinik, wie Einzelzimmer mit eigenem Duschbad, Lichtrufmöglichkeit im Notfall, PC-Schulungsraum oder Lehrküche erlauben eine entsprechende Qualität in der Behandlung.

8.1.2 Prozessqualität

Zur Steuerung seiner Prozesse und zur Initiierung eines permanenten Verbesserungsprozesses betreibt die Klinik ein internes Qualitätsmanagement. Sie setzt dazu das Qualitätsmanagementsystem der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchtkrankenhilfe, der deQus ein. Das Verfahren beruht auf der Grundlage der DIN EN ISO 9001:2008. Die Steuerung der therapeutischen Prozesse gewährleistet eine ärztliche Untersuchung am Aufnahmetag und mindestens auf den folgenden Tag ein therapeutisches Aufnahmegespräch. Wöchentlich stattfindende Visiten und Einzelgespräche werden genauso im internen Qualitätsmanagement gesteuert, wie die Behandlungssteuerung oder die Laufzeiten der Entlassungsberichte.

In den mindestens einmal im Jahr vollzogenen Managementbewertungen werden die Notfall- und Krisensituationen ausgewertet und gegebenenfalls Korrekturmaßnahmen eingeleitet.

8.1.3 Ergebnisqualität

Patientenbeschwerden werden analysiert und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Rehabilitationsmaßnahme wird in Hinblick auf Verbesserungsprozesse erhoben. Zur Analyse von Ergebnisdaten werden seitens der Klinik Katamnesedaten erfasst und regelmäßig in den jährlichen Managementbewertungen analysiert.

8.1.4 Dokumentation

Alle medizinischen und therapeutischen Gespräche und Interventionen werden per EDV dokumentiert. Über die Fallbesprechungen und Fallkonferenzen wird ein Protokoll angefertigt, welches Teil der Patientenakte ist. Der Entlassungsbericht wird mit der Aufnahme der Patientin oder des Patienten begonnen, soweit er nicht durch den Vorlauf in den Kombinationsbehandlungen bereits begonnen wurde, und über die Behandlung fortgeschrieben. Innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung der Patientin oder des Patienten liegt der Bericht der weiterbehandelnden Stelle und/oder dem Leistungsträger vor.

Die Patientenakte wird in einem speziellen Stahlschrank gelagert, nach der Entlassung wird ausschließlich eine elektronische Fassung auf einem mehrfach gesicherten Serverlaufwerk bei den von Bodelschwingschen Stiftungen in Bethel gespeichert.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Klinik wird gemeinsam von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einem Diplom Sozialpädagogen geleitet. Die ärztliche Leitung verantwortet die Qualität der Behandlung der Patientinnen und Patienten, die sozialpädagogische Leitung ist für das Qualitätsmanagement und die Klinikorganisation zuständig. Die vernetzten Strukturen mit den verschiedenen Kooperationspartnern erfordern eine enge Abstimmung und vertragliche Regelungen.

Die Reinigung der Klinik ist über einen Dienstleistungsvertrag mit der Firma Levare GmbH geregelt. Die Servicefirma reinigt das gesamte Gebäude mit Ausnahme der Patientenzimmer, diese reinigt sie nur bei Patientenwechsel. Die Patientinnen und Patienten sind also nicht in die Reinigung der Funktionsbereiche eingebunden, tragen gleichwohl Verantwortung für die Reinhaltung der eigenen Zimmer.

Die Speiseversorgung wird ebenfalls über die Levare GmbH gesichert. Vertraglich wurde eine den Bedürfnissen der Rehabilitation angemessene, abwechslungsreiche Speiseversorgung vereinbart, inklusive der ärztlich verordneten Diäten.

Die rehabilitative Behandlung findet in enger Kooperation mit der Akutklinik, dem Sportstudio Gym80 und verschiedenen Bassumer Betrieben statt. Das interne Behandlungsteam der Fachklinik Bassum setzt sich aus Ärzten der Psychiatrie, approbierten psychologischen Psychotherapeuten, Diplom Sozialpädagogen mit sozialtherapeutischer Weiterbildung, Diplom Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Arzthelferinnen und examiniertem Pflegepersonal zusammen, die in multiprofessionellen Behandlungsteams organisiert sind.

Zur Mitarbeiterschaft zählen darüber hinaus die Verwaltungskräfte.

10. Notfallmanagement

Im Rahmen des Qualitätsmanagements (Punkt 8) werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter regelmäßig im Umgang mit Krisen- und Notfallsituationen geschult. Inhalt der Schulungen sind auch erste Hilfe Maßnahmen und die Einführung in den Umgang mit dem Defibrillator. Ein Defibrillator und ein Notfallkoffer werden in der Medizinischen Abteilung vorgehalten.

Genauere Anweisungen in Krisen und Notfallsituationen werden in den Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen im Rahmen des Qualitätsmanagements beschrieben und geregelt.

Im Nachtdienst werden ausschließlich examinierte Pflegekräfte eingesetzt, die im Notfall den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Klinik Bassum der Kliniken Landkreis Diepholz GmbH rufen. Per Kooperationsvertrag ist diese Dienstleistung vertraglich geregelt. Eine Lichtrufanlage steht den Patientinnen und Patienten in den Patientenzimmern, den Nasszellen und den Örtlichkeiten, die von ihnen allein aufgesucht werden, im Notfall zur Verfügung. (Siehe Punkt 1.4)

Weiterhin werden Krisen- und Notfallsituation im Rahmen des Qualitätsmanagements systematisch erfasst und einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess unterzogen.

Somatische Komplikationen während der Rehabilitationsbehandlung

Patientinnen und Patienten mit somatischen Komplikationen werden entweder über die niedergelassenen Ärzte in der Region behandelt oder aber zur interkurrenten Behandlung stationär in die Fachabteilungen der örtlichen Akutkliniken verlegt. (Siehe auch die Punkte 2.1 und 2.4)

Psychiatrische Dekompensationen

Patientinnen und Patienten mit akuten psychiatrischen Dekompensationen, die einer psychiatrischen Überwachung oder Akutbehandlung bedürfen, werden in die Psychiatrische Abteilung der Kliniken Landkreis Diepholz verlegt.

11. Fortbildung

Die Fortbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden systematisch geplant und ausgewertet. Schulungen zum Datenschutz, zum Hygienemanagement, der Ersten-Hilfe und dem Management in Notfallsituationen werden regelmäßig durchgeführt und die Teilnahme der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird dokumentiert.

12. Supervision

Die Mitarbeitenden arbeiten in multiprofessionellen Teams und werden durch die ärztliche Leitung begleitet. Regelmäßige Fallbesprechungen und Fallkonferenzen ermöglichen eine umfassende Prozessdiagnostik und adäquate Behandlungsplanung. Die Systematik der Fallkonferenzen, in denen über alle Patientinnen und Patienten zu Beginn, ungefähr zur Mitte und zum Ende der Behandlung konferiert wird, gewährleistet ein optimales Behandlungscontrolling.

Das Behandlungsteam der Fachklinik Bassum lässt die Behandlungs- und Zusammenarbeitsprozesse von einer externen Supervisorin/einem externem Supervisor supervidieren.

Die Teilnahme an der internen und externen Supervision ist für die therapeutisch tätigen Mitarbeitenden obligatorisch.

13. Hausordnung

Wichtige Informationen in Kürze



1. Mahlzeiten

Frühstück findet in Buffetform im Speisesaal in der Zeit von 7.00 Uhr bis 7.45 Uhr; am Sonntag und an Feiertagen von 7.30 Uhr bis 8.15 Uhr statt.

Mittagessen ist in der Zeit von 12.00 Uhr bis 13.00 Uhr und Abendessen von 18.00 Uhr bis 18.45 Uhr. Es ist nicht gestattet, Speisen mit in den Speisesaal zu bringen bzw. aus dem Speisesaal herauszutragen, es sei denn, es wurde mit Ihrem behandelnden Arzt oder Therapeuten etwas anderes vereinbart.



2. Öffnungszeiten

Das Haus wird abends um 22.30 Uhr abgeschlossen, bis zu diesem Zeitpunkt erwarten wir Sie zurück. Melden Sie sich bitte bei den Mitarbeiterinnen im Empfang oder der medizinischen Abteilung ab und an, wenn Sie das Haus für längere Zeit verlassen. Kurzfristige Abwesenheiten zeigen Sie uns bitte über die Magnettafel am Eingang an. Herzlichen Dank dafür.

Mit der Aufnahme im Haus haben Sie einen Zimmerschlüssel mit Tresorschlüssel erhalten, der Safe befindet sich in Ihrem Kleiderschrank. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass wir für den Safeschlüssel ein Pfand von 20,00 € erheben müssen.



3. Kofferaufbewahrung

Damit Sie sich auf Ihrem Zimmer gemütlich einrichten können und kein störendes Gepäck Ihnen im Wege steht, schließen wir Ihre Koffer oder Taschen im Gepäckaufbewahrungsraum für Sie ein.

Bitte räumen Sie Ihr Zimmer am Entlassungstag bis 8.00 Uhr. Nehmen Sie bitte Ihr gesamtes Gepäck mit; zurückgelassene Gegenstände werden von uns nach einem halben Jahr entsorgt.



4. Waschmaschinen und Trockner

In den Wohnetagen befinden sich jeweils ein Wasch- und Trockenraum. Dort können Sie unentgeltlich Ihre persönliche Wäsche waschen und trocknen. Bitte achten Sie darauf, dass Sie die Maschinen zeitnah wieder freiräumen und nicht nach 22.00 Uhr waschen. Bettwäsche wird von uns gewaschen und zur Verfügung gestellt, ein Satz frischer Bettwäsche befindet sich in Ihrem Kleiderschrank.



5. Telefon

Ihr Zimmer ist nicht mit einem Telefon ausgestattet, Sie dürfen aber auf den Zimmern Ihr Handy benutzen. Sollten Sie über kein Handy verfügen, haben Sie die Möglichkeit, gegen 20,00 € Pfand, ein Mobiltelefon am Empfang auszuleihen. Wir bitten Sie, Handys ausschließlich auf den Zimmern zu benutzen.



6. Internet

Im Aufenthaltsbereich im Erdgeschoss steht Ihnen ein Terminal zur Nutzung des Internets zur Verfügung. Hierfür benötigen Sie ein login und ein Passwort, das Sie im Empfang erhalten. Mit Ihrem login und dem Passwort können Sie auch über WLAN mit Ihrem eigenen Laptop auf dem Zimmer das Internet nutzen.

Im weiteren Verlauf dieser Mappe finden Sie die die Allgemeinen Geschäftsbedingungen dazu, die Sie bitte beachten.



7. Notfallklingeln

An Ihrem Bett und im Bad befinden sich Notfallklingeln, im Bedarfsfall können Sie so immer die diensthabenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter um Hilfe bitten. Bitte nutzen Sie die Klingeln nur in Notfällen; Sie können ansonsten die Mitarbeitenden über die Telefone auf den Wohnfluren erreichen.



8. Hygiene

Beim Patientenwechsel wird von uns das Zimmer fachgerecht gereinigt und das Bett frisch bezogen. Während Ihrer Behandlungszeit bitten wir Sie, Ihr Zimmer sauber und in Ordnung zu halten. Staubsauger, Besen, Wischmopp und Reiniger finden Sie im Raum 2.06 in der 2. Etage. Aus hygienischen Gründen bewahren Sie bitte auf Ihrem Zimmer, außer Obst oder kleinen Knabbereien, keine Lebensmittel auf. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich mit Ihren Fragen an Frau Denker.



9. Trinkwasser

Bei der Aufnahme erhalten Sie eine Wasserflasche, Sie dürfen sich an den Wasserautomaten in den einzelnen Etagen gerne mit Wasser bedienen. Bitte füllen Sie in die Flaschen keine Heißgetränke, Tees oder Fruchtsäfte ein und trinken Sie bitte, aus hygienischen Gründen, nicht direkt aus der Flasche. Jeden Montag wechseln wir um 14.00 Uhr die Flaschen und spülen sie fachgerecht. Bitte bringen Sie die Flaschen dazu mit in den Speisesaal.



10. Abfall

Zur Entsorgung Ihres Mülls steht ein Abfallcontainer auf dem Weg vom Raucherpavillon zur Ergotherapie bereit.



11. Brandschutz

In Ihrem Zimmer und in den Aufenthalts- und Therapieräumen befinden sich Fluchtwegepläne. Bitte machen Sie sich mit den Örtlichkeiten vertraut, um im Bedarfsfall angemessen zu reagieren.

Im Sinne des vorbeugenden Brandschutzes ist offenes Feuer und Licht im Krankenhausgebäude verboten.

Das Benutzen von Koch- Kühl- und Wärmegeräten (Kaffeemaschinen, Tauchsieder, Kühlschränke, Heizlüfter) ist nicht gestattet.

Bei Mängeln an den elektrischen Anlagen bitten wir Sie um unverzügliche Mitteilung.

Die an den Brand- und Rauchschutztüren vorhandenen Selbstschließungsvorrichtungen dürfen nicht blockiert oder außer Betrieb gesetzt werden.

Fachklinik Bassum

Rettungswege wie Treppen und Flure bitte stets in voller Breite freihalten.

Löschgeräte dürfen weder verstellt, der Sicht entzogen noch von den vorgeschriebenen Aufstellungsplätzen entfernt werden. Notausgänge müssen jederzeit begehbar bleiben.



12. Empfang

Der Empfang ist in der Regel zwischen 8.00 Uhr und 16.00 Uhr besetzt. Wir bitten Sie, Ihre Angelegenheiten jedoch möglichst in der Zeit zwischen 8.30 Uhr und 12.00 Uhr zu regeln. Frau Nordmann und Frau Wessels sind in dieser Zeit auf Ihren Besuch eingestellt.

Sie haben dann die Gewissheit, nicht unverhofft vor verschlossener Tür zu stehen.

Im Empfang können Sie sich Ihr Geld vom Verwahrgeldkonto auszahlen lassen oder die Fahrtkosten für die Familienheimfahrten abrechnen. Ihre Post bekommen Sie ebenfalls hier. Ein privates Fax senden oder sich eine Kopie anfertigen lassen kostet jeweils 25 Cent.



13. Klinikseelsorge

Gerne vermitteln wir Ihnen einen Kontakt zu den Klinikseelsorgern. Bitte sprechen Sie Ihre Bezugstherapeutin oder Ihren Bezugstherapeuten an. Sie können natürlich auch selbständig Kontakt aufnehmen; Frau Katja Hermsmeyer, ev. Pastorin, ist unter der Rufnummer 04241/81-806 und Herr Valentin Wiczorek, kath. Pastoralreferent, ist unter der Nummer 04243/415-30291 zu erreichen.

Im Kleiderschrank Ihres Zimmers finden Sie auch eine Bibel.



14. Fernsehen

Die Aufenthaltsräume der Tagesklinik stehen für Sie in den Abendstunden zur Verfügung, dort können Sie fernsehen. Bitte beachten Sie, dass Sie tagsüber den Raum ausschließlich den tagesklinischen Patienten überlassen und dass die Aufenthaltsräume im 1. OG ausschließlich für die Damen vorgesehen sind. Danke!



15. Bitte beachten Sie, dass der Flur (Zimmer 1.52 bis 1.70) und der Aufenthaltsraum (1.83) in der 1. Etage zur Nutzung unserer Patientinnen reserviert sind.



16. Rauchen

Die Fachklinik ist rauchfrei. Rauchen dürfen Sie ausschließlich im Raucherpavillon neben der Terrasse.



17. Sport

Die Sporttherapie findet in Kooperation mit dem Fitnessstudio „Gym80“ statt. Von den Mitarbeiterinnen der medizinischen Abteilung erhalten Sie dazu weitere Informationen. Nach einer Einführung können Sie auch außerhalb der verordneten Sporttherapien das Sport- und Fitnessangebot bei „Vitalis“ nutzen. Ihnen stehen dort der Fitnessbereich, die Möglichkeit des Fußballspielens und ein großer Wellnessbereich zur Nutzung zur Verfügung.

Das Sportcenter Gym80 erlaubt aus nachvollziehbaren Gründen ihren Kunden nicht, eigene Getränke mit auf die Trainingsfläche zu nehmen. Eine Ausnahme gilt für unsere Patientinnen und Patienten, wenn sie unsere blauen Trinkflaschen (siehe oben) nutzen.

Fachklinik Bassum

Beachten Sie bitte die dortigen hygienischen Hinweise.

Für die Sporttherapie und die weitere Nutzung erhalten Sie vom Sportstudio eine Karte, für die Sie einen Pfand von 20,00 € hinterlegen müssen. Bitte haben Sie auch dafür Verständnis.

Die Hausordnung des Sportstudios befindet sich am Ende dieser Patientenmappe, wir bitten Sie höflich um Beachtung und Einhaltung.



18. Übernachtungsbesuch

Sie haben nach Absprache mit Ihrer Bezugstherapeutin oder Ihrem Bezugstherapeuten die Möglichkeit, Übernachtungsbesuch zu erhalten. Dieser und die gewünschten Mahlzeiten müssen spätestens drei Tage vorher im Empfang angemeldet und bezahlt werden. Übernachtungen sind nur in Ihrem Zimmer möglich, auf Wunsch erhalten Sie eine Gästeliege.

Die Preise für Übernachtung und Mahlzeiten gestalten sich, wie folgt:

Übernachtung	5,00 €
Frühstück	2,50 €
Mittagessen	3,90 €
Abendessen	3,00 €

Bitte informieren Sie den diensthabenden Mitarbeitenden über die Ankunft Ihres Besuches.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir keine Besuche der Patientinnen und Patienten untereinander auf den Zimmern wünschen.



19. Freizeit

Im Empfangsbüro stehen für Sie Ordner bereit, in dem Sie sich über Freizeitgestaltungsmöglichkeiten in Bassum, Bremen und Umgebung informieren können. Bitte tragen Sie sich bei der Ausleihe in der dafür vorgesehenen Liste ein und bringen Sie den Ordner nach Gebrauch bitte wieder zurück.



20. Beurlaubungen von der Therapie sind nur in wichtigen Fällen möglich. Wochenendbesuche und Familienheimfahrten besprechen Sie bitte rechtzeitig mit Ihrer Therapeutin oder Ihrem Therapeuten. Sie oder er informiert Sie gerne über die verschiedenen Regelungen der Fahrtkostenerstattung Ihres Leistungsträgers.



21. Bitte geben Sie für Zeiten von Beurlaubung (Familienheimfahrt etc.) Ihren Zimmerschlüssel bei dem diensthabenden Mitarbeitenden ab.

Zum Schluss haben wir noch einige Bitten: Nehmen Sie Rücksicht auf Ihre Mitpatientinnen und Mitpatienten und achten Sie mit auf eine angemessene Ordnung und Sauberkeit im Haus.

Bitte tragen Sie im Haus angemessene Kleidung; Trainingsanzüge sollten Sie bitte nur für die Sporttherapie anziehen. Nutzen Sie das Mobiliar und die Ausstattung Ihres Zimmers pfleglich. Sollten Sie etwas entdecken, das defekt oder nicht in Ordnung ist, melden Sie sich bitte.

Achten Sie bitte stets auf die Einhaltung von Zimmerlautstärke an Ihrem Radio.

Sollten Sie weitere Fragen haben, sprechen Sie uns an.

Fachklinik Bassum

Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig. Wöchentlich treffen wir uns mit den Gruppensprechern der Bezugstherapiegruppen, um Ihre Anliegen zu hören und soweit es möglich ist umzusetzen. Ihr Gruppensprecher ist ein weiterer Ansprechpartner für Sie, dem oder der Sie Ihre Sorgen und Nöte auch gerne anvertrauen dürfen.

Am Ende der Behandlung wollen wir Sie mit einem Fragebogen zu Ihrer Behandlungszufriedenheit und ein Jahr nach Ihrer Behandlung zu den Ergebnissen Ihrer Therapie befragen. Es wäre schön, wenn Sie die Bögen ausfüllen und zurückgeben, Sie helfen uns dadurch unsere Qualität weiter zu verbessern.

Wir wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und eine erfolgreiche Behandlung in der Fachklinik Bassum!



Martin Hoppe
Klinikleitung

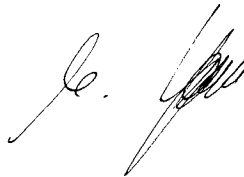


Cigdem Yavuz
Chefärztin

Schlusswort

Das vorliegende Konzept verstehen wir als die Arbeitsgrundlage für unseren Prozess zu vernetzten Behandlungsstrukturen in der Fachklinik Bassum. Diesen Prozess werden wir im Rahmen unseres internen Qualitätsmanagements kontinuierlich überprüfen und in die Konzeption regelmäßig aktualisieren. Rückmeldungen unserer Kooperationspartner und Leistungsträger sind uns herzlich willkommen, Anregungen nehmen wir gerne in die Konzeption auf.

Verantwortlich für diese Konzeption sind:


<p>Cigdem Yavuz Fachärztin für Psychiatrie/ Psychotherapie Chefärztin – Klinikleitung</p>	<p>Martin Hoppe Dipl. Sozialarbeiter/ Sozialpädagoge Sozialtherapeut Klinikleitung - Qualitätsmanagement-</p>	<p>Carolin Tappert- Kretzschmar Psychologische Psychotherapeutin Therapeutische Leitung -Qualitätsmanagement-</p>
--	--	---

Literatur

Amaral et al., Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. 1992

Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeits-
erkrankungen; Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation
Heft 12; Frankfurt. 2006

Arend, H.; Alkoholismus; 1994

Bandura, A.; Principles of behavior modification; 1969

Bauriedl; Zur theoretischen und praktischen Integration von psychoanalytischer
und systemischer Auffassung. 1994

Batra, A.; Wassmann; R.; Buchkremer; G. (Hrsg.); Verhaltenstherapie. 2006

Beck; Ulrich; Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne, Frankfurt
am Main. 1986

Bethel - Gemeinschaft verwirklichen, Unsere Vision und unsere Ziele 2011 bis
2016, v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel. Juni 2011

Beesdo-Baum, A., Zaudig, M., Wittchen, H.-U. (Hrsg.). Strukturiertes Klinisches
Interview für DSM-5® – Persönlichkeitsstörungen. 1. Auflage. (Deutsche Bearbei-
tung des Structured Clinical Interview for DSM-5® – Personality Disorders von Mi-
chael B. First, Janet B. W. Williams, Lorna Smith Benjamin, Robert L. Spitzer). Ho-
greffe. 2019

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) DHS Jahrbuch Sucht 2023, Lengerich. 2023

Deutsche Rentenversicherung Regionalträger Oldenburg-Bremen, Braunschweig-Hannover und Nord Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland. 2009

d2-R | Narrativer Report. Hogrefe Verlag, Göttingen. 03.12.2021

Drilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). Internationale Klassifikation Psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (10. Überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe. 2015

Drogen- und Suchtrat: Teilhabe am Arbeitsleben. 26.09.2016

DVE Pressemitteilung: Hilfe für Menschen mit Suchterkrankung: Ergotherapeuten als Coach für den Weg in ein neues Leben. 2013

Ehlers, A. & Margraf, J. AKV-Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (2. überarb. Aufl.). Göttingen: Beltz Test GmbH. 2001

Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der Medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014

Franke, G. H. Die Symptom-Checkliste-90 R- Standard. Göttingen: Hogrefe. 2014

Gastpar, M., Mann, K., Rommelspacher, H. (Hrsg.) Lehrbuch der Suchterkrankungen. 1999

Gemeinsame Empfehlung über die nahtlose, zügige und einheitliche Erbringung von Leistung zur Teilhabe nach § 12 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 i.V.m. § 13 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 5 SGB IX (Gemeinsame Empfehlung „Einheitlichkeit/ Nahtlosigkeit“) vom 22. März 2004

Gluckman, P.D. u.a.; The developmental origins of adult disease; nach Schubert, Christian; Psychoneuroimmunologie über die Lebensspanne in: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.), Bindung und Psychosomatik Klett-Cotta. 2015

Grawe, Klaus; Neuropsychotherapie; Göttingen • Bern • Toronto • Seattle • Oxford • Prag. 2004

Hartz, Peter und Petzold, Hilarion; Wege aus der Arbeitslosigkeit, Wiesbaden. 2013

Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II). (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Pearson. 2009

Heigl-Evers, A., Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Kassel 1977

Henke, Jutta; Henkel, Dieter; Nägele, Barbara und Wagner, Alexandra; (Re-)Integration von suchtkranken Menschen in die Gesellschaft durch Integration in Arbeit; in: Rausch-Wiener Zeitschrift für Suchttherapie. 4-2018

Hofert, Svenja; Agiler führen; Hamburg. 2018

ICF-Praxisleitfaden, Herausgeber: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR); Frankfurt am Main - 2. überarbeitete Auflage Mai. 2006

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit; Hrsg.: Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. 2005

Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloß, K., Jauernig, G. Hamburger Zwangsinventar- Kurzform (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe. 1993

Konzept für eine vernetzte Versorgungs- und Behandlungsstruktur für Menschen mit Störungen durch den Konsum psychotroper Substanzen in der Region Diepholz

Konzeption Modulare Kombinationsbehandlung bei substanzbezogenen Störungen im regionalen Therapieverbund „Unterweser“. 2007

Kooperationsvereinbarung des regionalen Therapieverbundes zur modularen Kombinationsbehandlung „Unterweser“. 2006

Kooperationsvereinbarung zum Entwöhnungsbehandlung im Verbundsystem

Krystal, H., Raskin, H.A. Drogensucht, Aspekte der Ich-Funktion, Göttingen. 1983

Linden, M., Baron, S. & Muschalla, B. (2015); Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP).

Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber. 2015

Löffler, St.; Wolf, H-D.; Gerlich, Ch.; Vogel, H.; Benutzermanual für Würzburger Screening. 2008

Marlatt, G.A. & Donovan, D.M. (Hrsg.); Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors; New York. 2008

Marlatt G. A. & Gordon, J. R.; Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours; New York. 1985

Mortler, Marlene – Bundesdrogenbeauftragte; Drogen und Suchtbericht. 2015

Prochaska JO u. DiClemente CC, Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. In: Psychotherapy: Theory, Research and Practice (19). 1982

Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Herausgeber: Deutsche Rentenversicherung Bund; 1. Auflage. 7/2007

Reddemann, Luise; Trauma und Traumatherapie. In: Fengler J (Hrsg) Handbuch der Suchtbehandlung. 2002

Rehwald/Reineke/Wienemann/Zinke; Betriebliche Suchtprävention und Suchthilfe. 2011

Rennert, Monika; Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet. 1989

Rost, W.-D.; Psychoanalyse des Alkoholismus; Stuttgart. 2001

Scheiblich, Wolfgang; Gute Arbeit in schlechten Zeiten – Die Rolle der Arbeit und Tagesstruktur bei der Überwindung von Sucht; 37. FDR-Kongress. 2014

Schubert, Christian; Vortrag auf der Fachtagung des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe; Berlin. März 2015

Seitz, H.K.; Lieber, C.S; Simanowski, U.A. (Hrsg.); Handbuch Alkohol, Alkoholismus, alkoholbedingte Organschäden; Heidelberg. 2000

Stavemann, H. Im Gefühlsdschungel. Weinheim: Beltz. 2001

Sucht Aktuell. 1/2005

Suchtgefahren. 3/1989

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 4.Mai 2001

Vereinbarung zwischen der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Niedersachsen (LAG FW), der Niedersächsischen Landesstelle für Suchtfragen (NLS) und der Deutschen Rentenversicherung Braunschweig Hannover und der Deutschen Rentenversicherung Oldenburg-Bremen – Hannover. 20. Juli 2006

Vogt, I; Frauen und psychotrope Substanzen: Konsummuster, Abhängigkeiten und die Suchtkrankenhilfe. Zeitschrift für Frauenforschung. 1996

von Kopp, Diana; Führungskraft-und was jetzt; Heidelberg. 2017

Weber A., Peschkes L., de Boer W.E.L. (Hrsg.), Return to Work – Arbeit für alle; 1. Auflage, Gentner Verlag, Stuttgart. 2015

Wienberg, Günther; (Hrsg.); Die vergessene Mehrheit. - Zur Realität der Versorgung alkohol- und medikamentenabhängiger Menschen. Bonn. 1992

Wienberg, Günther; Driessen, Martin; [Ed.]; Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit - Innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen; Bonn. 2001

Wilms, R.: Sucht. In: Kübny-Lüke, B.: Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie. 2. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart und New York. 2009