Therapiekonzept
der
salus klinik
Lindow

Abhängigkeit
von psychotropen Substanzen

Verantwortlich: Lindenmeyer, J. & Cina, R.
Stand 2019

Änderungshistorie

Seite	Datum	Verantwortlicher
1, 3, 7, 9, 37, 39, 40, 41, 42, 45, 46	15.11.2013	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 9, 41, 45, 67, 72, 74	01.12.2014	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 8, 9, 12, 30, 97, 98	20.10.2015	PD Dr. J. Lindenmeyer
7, 15, 23, 32, 38, 39, 41, 44, 45	27.11.2015	PD Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 9, 10, 15, 16, 20, 21, 23, 28, 37, 40, 43, 45, 46, 48, 52, 53, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 77, 80, 97, 99, 100	20.11.2016	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 15, 23, 37, 39, 42, 55, 56, 80, 96, 99	02.11.2017	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 9, 15, 16, 19, 22, 23, 37, 41, 43, 45, 46, 94, 95, 96, 97, 98	28.10.2018	Prof. Dr. J. Lindenmeyer
1, 2, 3, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 27, 35, 38, 41, 43, 75, 76, 78	01.11.2019	Dipl. Psych. Robert Schöneck

salus klinik Lindow
Straße nach Gühlen 10
16835 Lindow
www.salus-lindow.de
mail@salus-lindow.de

Vorbemerkung

Die salus klinik Lindow ist als medizinische Rehabilitationsklinik seit März 1997 unter Federführung der DRV Berlin-Brandenburg in Betrieb. Seit dieser Zeit wurden ca. 20.000 Suchtpatienten zu Lasten der Rentenversicherung sowie der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt. Die Ergebnisse der Behandlung wurden im jährlichen Qualitätskompass dokumentiert.

Grundlage der Klinikkonzeption ist das im Rahmen der Zertifizierung erstellte Qualitätshandbuch. An der Konkretisierung der Therapieprozesse haben im Rahmen des Qualitätsmanagements MitarbeiterInnen aus allen Abteilungen der salus klinik Lindow mitgewirkt, so dass es sich bei der Rehabilitationsbehandlung in unserem Haus um ein interdisziplinäres Gemeinschaftswerk handelt.

Es gibt gesonderte Konzepte für die Behandlung von Komorbidität und den Schwerpunkt der Berufsorientierten Rehabilitation Abhängiger (BORA).

Prof. Dr. J. Lindenmeyer
Direktor

R. Cina
Leitender Arzt

Gliederung

		Seite
1.	**Die salus klinik Lindow**	**6**
2.	**Wissenschaftliche Grundlagen der Sucht-Behandlung**	**10**
2.1	Beschreibung und Definition von Alkoholabhängigkeit	10
2.2	Störungstheorien und -modelle	15
2.3	Schlussfolgerungen für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit	19
2.4	Komorbidität und therapierelevante Besonderheiten der Suchtkrankheit	22
2.5	Aus der Therapieforschung ableitbare Therapieprinzipien	23
3.	**Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer**	**28**
3.1	Indikationskriterien	29
3.2	Die Indikation zur stationären Behandlung	31
3.3	Behandlungsziele	32
3.4	Behandlungsdauer	36
4.	**Klinik-Management und Struktur der salus klinik**	**38**
4.1	Strukturelle Bedingungen	38
4.2	Organisation des ärztlich-therapeutischen Personals	41
4.3	Raumkonzept / Ausstattung	45
4.4	Notfallmanagement	46
5.	**Organisation und Module der Behandlung**	**48**
5.1	Medizinische Versorgung durch den Bezugsarzt	49
5.2	Medizinische Station	54
5.3	Psychotherapie durch den Bezugstherapeuten	54
5.4	Sozialdienst	70
5.5	Indikatives Therapieangebot	72
6.	**Therapieablauf**	**86**
6.1	Diagnostik-Phase	86
6.2	Selbstreflexionsphase	87
6.3	Veränderungsphase	89
6.4	Erprobungsphase	90
7.	**Evaluation und Qualitätssicherung**	**92**
7.1	Manualisierung der Therapieangebote	92
7.2	Qualitätszirkel	92
7.3	Kontinuierliche Evaluation	92
7.4	Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer	93
7.5	Supervision	93
7.6	Regelmäßige Patientenbefragung	93
7.7	Kooperationspartnerbefragung	93
7.8	Dokumentation mittels EDV	94
7.9	Zertifizierung nach ISO 9001, FVS/DEGEMED, MAAS-BGW und Rauchfreie Krankenhäuser	94
7.10	Kooperation mit Forschung und Wissenschaft	95

Literatur 96

Anlagen
Exemplarischer Wochenplan 99

1. Die salus klinik Lindow

Die Klinik wurde 1913 durch die damalige Reichsversicherungsanstalt als Lungenheilstätte und Klinik für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erbaut. Im 2. Weltkrieg diente die Klinik als Lazarett. Ab 1945 wurde sie als Sanatorium für russische Offiziere genutzt, bis sie 1990 in den Besitz der LVA Brandenburg überging. Nach 1 jähriger Bauzeit betreibt die salus klinik GmbH seit März 1997 hier eine medizinische Rehabilitationsklinik für Sucht und Psychosomatik mit insgesamt 273 Therapieplätzen unter Federführung der DRV Berlin-Brandenburg. Die Gebäude wurden unter Wahrung der Belange des Denkmalschutzes renoviert. Die Anlage wurde durch ein weiteres Bettenhaus (Suchtabteilung), ein Küchengebäude mit Speisesaal sowie ein Sporttherapiegebäude mit Schwimmbad ergänzt.

Der aus dem Lateinischen stammende Name „salus“ kann als Programm und Ziel der Klinik verstanden werden: Zum „umfassenden leiblich-seelischen Wohlergehen“ gehören Selbsterkenntnis und Kompetenz zur Selbstregulation als zentrale Faktoren der Genesung und Stabilisierung. Im SGB IX kommt in §4 ein ähnliches Verständnis von Rehabilitation zum Ausdruck: Die Rehabilitation bzw. die Leistung zur Teilhabe soll nicht nur einer Behinderung vorbeugen, Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit überwinden oder mindern und die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten der Person dauerhaft sichern, sondern die persönliche Entwicklung ganzheitlich fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglichen und erleichtern. Diese Zielorientierung ist im lateinischen Begriff „salus“ enthalten.

Die Klinik liegt ca. 55 km nordwestlich von Berlin unmittelbar an einen See grenzend. Zur Ortschaft Lindow ist es etwa 1 Kilometer. Über den Bahnhof Lindow (1 Km) bzw. Gransee (10 Km über öffentlichen Busverkehr erreichbar) besteht eine günstige Einbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Beispielsweise beträgt die Fahrzeit nach Berlin/Mitte weniger als 1 Stunde. Unmittelbar vor der Klinik gibt es eine öffentliche Bushaltestelle. Durch ausgebaute Bundesstraßen und die Nähe zur Autobahn ist die Klinik auch mittels PKW gut zu erreichen. Allerdings wird Suchtpatienten mit Hinweis auf die Empfehlungen des Gutachtens 'Krankheit und Kraftverkehr' (5. Auflage, 1996) von der Anreise mit dem eigenen PKW ausdrücklich abgeraten. Während der Behandlung ist das Steuern eines PKW aus versicherungstechnischen Gründen untersagt.

Durch die Lage der Klinik bieten sich günstige Möglichkeiten für die Rehabilitation Suchtkranker, um die notwendigen Änderungs-, Adaptions- und Reintegrationsprozesse unter realen Bedingungen durchführen zu können. Andererseits bietet die Lage der Klinik auf einem großen Seegrundstück ideale Möglichkeiten, um in Ruhe und Abstand vom Alltag

über notwendige Veränderungen der bisherigen Lebensweise nachzudenken und diese dann auch wirklich in die Tat umzusetzen.

Die salus klinik Lindow ist eine Fachklinik zur Behandlung von volljährigen Patientinnen und Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen (Alkoholabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit oder polyvalenten Substanzmissbrauch ohne Morphintyp) und für Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, insbesondere Angststörungen, Anpassungsstörungen mit dem Schwerpunkt posttraumatische Belastungsstörungen, depressive Störungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schmerzstörungen und Zwangsstörungen, pathologischem Glücksspiel und pathologischem PC- und Internetgebrauch.

Die salus klinik Lindow verfügt insgesamt über 273 Behandlungsplätze. Um allerdings flexibel auf Konfliktsituationen zwischen PatientInnen in den Zweibettzimmern, medizinische Notfallsituationen oder kurzfristig notwendige Therapieverlängerungen reagieren zu können, wurden einschließlich einer medizinischen Aufnahmestation insgesamt 323 Betten konzessioniert. Die jährliche Auslastung lag bislang zwischen 96% und 99% (bezogen auf 273 Behandlungsplätze).

Seit der Eröffnung der Klinik 1997 haben wir uns konsequent und erfolgreich um eine möglichst starke Integration in die regionalen Suchthilfeangebote in Berlin und Brandenburg bemüht. U. a. ist die Klinik im Vorstand der Suchtakademie Berlin-Brandenburg, mehreren Arbeitskreisen der Landessuchtkonferenz Brandenburg, der Koordinierungsgruppe Sucht der Landesärztekammer und der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen vertreten. Durch diese Vernetzung wurde die Tendenz zu kürzeren stationären Behandlungsdauern gefördert. Im Jahre 2017 lag die durchschnittliche stationäre Verweildauer unserer SuchtpatientInnen bei 73,5 Tagen. Zum Vergleich: Die Deutsche Rentenversicherung Bund nennt als durchschnittliche Verweildauer bei Alkoholabhängigen 93 Tage, bei Mehrfachabhängigen 114 Tage und bei Medikamentenabhängigen 103 Tage.

Die Klinik verfügt über eine Nachsorgeambulanz in Berlin und Potsdam, in der Patienten im Anschluss an ihre Entwöhnungsbehandlung nahtlos in störungsspezifische Nachsorgegruppen für Alkoholabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel und Essstörungen vermittelt werden können. Die Nachsorgeangebote sind von den Leistungsträgern als Nachsorgeangebote akzeptiert.

Die Suchtabteilung verfügt über 181 Behandlungsplätze in einem separaten Bettenhaus. Der ärztliche Leiter der Klinik ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Sozialmedizin. Die Klinik verfügt über eine medizinische Station (20 Betten). Hier erfolgt die medizinische Aufnahmeuntersuchung, die Medikamentenausgabe, in einzelnen Fällen ein

Aufenthalt zur Entzugskontrolle, die Betreuung in Krisensituationen und die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, die eine vorübergehende Isolierung oder engere Betreuung durch das Pflegepersonal erfordern. Die Aufnahmestation verfügt über ein Sonographiegerät mit Farbdoppler, ein EKG und Spirometrie. Für medizinische Notfälle stehen ein Defibrilator und ein Überwachungszimmer zur Verfügung. Die Labordiagnostik erfolgt durch ein externes Labor (Laborgemeinschaft Wittstock), die Medikamentenversorgung erfolgt durch die Apotheke der Ruppiner Kliniken, Neuruppin (tägliche Lieferung). Die Klinik ist rund um die Uhr ärztlich und pflegerisch besetzt und verfügt über alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen, die für die Rehabilitation erforderlich sind.

Die SuchtpatientInnen sind in Zweibettzimmern mit Dusche, WC und Telefonanschluss untergebracht, die wohnlich und zweckmäßig eingerichtet sind. In jeder Nasszelle befindet sich eine Notrufklingel. In jedem Zimmer befinden sich ein Kühlschrank und ein Mini-Tresor zum Verschluss von Wertsachen. Auch hier befindet sich eine Notrufanlage welche mit der Aufnahmestation verbunden ist.

Insgesamt sind in der salus klinik Lindow ca. 135 MitarbeiterInnen beschäftigt. Das interdisziplinäre Behandlungsteam besteht aus ÄrztInnen, PsychologInnen, Sozialarbeiterinnen, Arbeits- und BeschäftigungstherapeutInnen sowie Sport- und PhysiotherapeutInnen. Zur Qualifizierung der therapeutischen MitarbeiterInnen verfügt die Klinik über ein eigenes staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Verhaltenstherapie (SIV) mit angeschlossener Ambulanz.

Alle Mitarbeiterbüros (incl. aller Funktionsbereiche) sind per PC mit dem Intranet verbunden als Voraussetzung für eine elektronische Patientenakte und eine schnelle wie sichere Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen. Leitende MitarbeiterInnen verfügen über einen PC mit externer E-Mail - Verbindung. Alle BezugstherapeutInnen verfügen über eine Videokamera, um Therapiesitzungen zu Supervisionszwecken zu dokumentieren.
Die salus klinik Lindow ist barrierefrei.

Die salus klinik Lindow ist in privater Trägerschaft und verfügt über eine Konzession nach §30 der Gewerbeordnung. Die Belegung der Klinik erfolgt durch Rentenversicherungsträger gemäß den Paragraphen 13, Absatz 1 in Verbindung mit den Paragraphen 15, Absatz 2 SGB VI und durch Krankenversicherungsträger gemäß SGB V. Der federführende Leistungsträger ist die DRV Berlin-Brandenburg. Für Beamte ist die Behandlung beihilfefähig nach den Vorschriften (BhV) des Bundes und der Länder. Auch Selbstzahler werden aufgenommen. Es besteht ein Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen nach §111 SGB V.

Die salus klinik Lindow ist seit Dezember 2005 nach DIN-EN-ISO 9001:2015, den Qualitätsgrundsätzen von DEGEMED und FVS sowie MAAS-BGW zertifiziert. Alle Prozesse von der

Aufnahme bis zur Entlassung und Katamnese sind im Klinikhandbuch in Form von Flussdiagrammen mit Schnittstellen, Verantwortlichkeiten und verwendeten Dokumenten detailliert beschrieben, so dass in diesem Konzept auf Darstellungen mit derartiger Spezifikation verzichtet wird. Die salus klinik Lindow wurde 2014 vom Netzwerk Raucherfreier Krankenhäuser rezertifiziert (Gold Forum Level). Die Behandlung von Essstörungen in unserer Klinik wird von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung empfohlen, die Klinik ist Mitglied im Bundesfachverband Essstörungen

Der Leitende Arzt ist für 24 Monate zur Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie ermächtigt, der Oberarzt der Suchtabteilung für 24 Monate im Gebiet der Inneren Medizin. Die salus klinik ist im Rahmen der Weiterbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten für die praktische Tätigkeit im Rahmen der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 PsychTh-APrV für 12 Monate und gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 PsychThG für 6 Monate anerkannt. Die Klinik ist Mitglied im Fachverband Sucht e.V. (FVS), im Fachverband Glückspielsucht (FAGS) und im Deutschen Netzwerk rauchfreier Krankenhäuser (DNRFK). Außerdem ist die Klinik seit September 2014 Kooperationskrankenhaus und seit 2016 Lehreinrichtung der Medizinischen Hochschule Brandenburg (MHB).

2. Wissenschaftliche Grundlagen der Sucht-Behandlung

Die salus klinik Lindow macht sich keine Suchttheorie zu eigen, die primär in einer psychotherapeutischen „Schule“ begründet ist, sondern sie orientiert sich am aktuellen Stand der Forschung, wie sie beispielsweise in den Lehrbüchern von Lindenmeyer (2016), Gutwinski, Lindenmeyer et al. (2017), Heinz & Batra (2003), Mann et al. (2006) oder in der neuen S3-Leitlinie der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF, 2015) repräsentiert ist.

2.1 Beschreibung und Definition der Alkoholabhängigkeit

Bei einer Alkoholabhängigkeit handelt es sich nicht um ein einheitliches Phänomen, vielmehr kann im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung ein ganz unterschiedliches Trinkverhalten sowie eine Vielfalt von Einschränkungen auf die Aktivitäten und gesellschaftliche Teilhabe eines Betroffenen das klinische Bild dominieren und jeweils spezifische Behandlungsangebote erforderlich machen (Lindenmeyer, 2016).

Körperliche Strukturschäden	**Beeinträchtigte Aktivitäten**	**Beeinträchtigte Teilhabe**
Entzugserscheinungen Krampfanfälle Erhöhtes Krebsrisiko Verstärkte Infektanfälligkeit Adipositas Sexuelle Funktionsstörungen Gelenkschmerzen Leberzirrhose Pankreatitis Kardiomyopathie Bluthochdruck Polyneuropathie Traumen durch Unfälle und Stürze Fettleber Mangelernährung Anämie Gastritis Knochenbrüche Delirium tremens Alkoholhalluzinose Suizidalität	Konzentrationsfähigkeit Verringertes Selbstwertgefühl Selektive Wahrnehmung Distanzlosigkeit Aggressive Entgleisungen Gefühlsschwankungen Gedächtnisstörungen Stressresistenz Kritikfähigkeit Körperliche Leistungsfähigkeit Arbeitsfähigkeit Erwerbsfähigkeit Beziehungsfähigkeit Fahrtüchtigkeit Arbeitsleistung Feinmotorik Gleichgewicht Schlafstörungen Körperliche Attraktivität	Wohnungsverlust Konflikte am Arbeitsplatz Inhaftierung Geldstrafen Arbeitsplatzverlust Arbeitsvermittlungshemmnisse Verlust der Fahrerlaubnis Partnerschaftskonflikte Trennung/Scheidung Schulden Soziale Isolation Stigmatisierung Sozialer Abstieg

In der Bundesrepublik Deutschland wird nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation diagnostiziert, die in der 10. Revision erschienen ist (Dilling, et al., 2014). Danach werden 10 verschiedene alkoholbedingte Syndrome unterschieden. Diese sind zwar nicht gleichwertig, können aber durchaus nebeneinander klassifiziert werden:

Alkoholbedingte Syndrome nach ICD-10

F 10.0	akute Intoxikation (akuter Rausch)
F 10.1	schädlicher Gebrauch
F 10.2	Abhängigkeitssyndrom
F 10.3	Entzugssyndrom (z.B. Tremor, Schweißausbrüche, Angst)
F 10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F 10.5	Psychotische Störung (z.B. Alkoholhalluzinose, alkoholische Paranoia)
F 10.6	Alkoholbedingtes amnestisches Syndrom (z.B. Korsakow-Syndrom)
F 10.7	Alkoholbedingter Restzustand (z.B. auch nach Abstinenz anhaltende Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung)
F 10.8	sonstige alkoholbedingte psychische Verhaltensstörungen
F 10.9	nicht näher bezeichnete alkoholbedingte psychische und Verhaltensstörung

Es können so viele Syndrome benannt werden, wie zur Beschreibung eines Patienten notwendig sind. Für die Diagnose einer Alkoholabhängigkeit müssen nach ICD-10 folgende Kriterien erfüllt sein:

Diagnosekriterien des Abhängigkeitssyndroms (F10.2) nach ICD-10

Zumindest 3 der folgenden Kriterien waren innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden:

1) Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3) Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die alkoholspezifischen Entzugssymptome oder durch die Einnahme von Alkohol oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4) Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch geringere Alkoholmengen erreichten Wirkungen hervorzurufen sind größere Alkoholmengen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6) Anhaltender Alkoholkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung oder Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Die fünfte Stelle dient der weiteren Unterteilung des Alkoholabhängigkeitssyndroms:

F10.20 gegenwärtig abstinent
F10.21 gegenwärtig abstinent, aber in beschützter Umgebung
F10.23 gegenwärtig abstinent, aber in Behandlung mit aversiven oder hemmenden Medikamenten (z.B. Antabus oder Disulfiram)
F10.24 gegenwärtiger Alkoholkonsum
F10.25 ständiger Alkoholkonsum
F10.26 episodischer Alkoholkonsum

Nach dem aktuellen deutschen Suchtsurvey (Pabst et al., 2013) sind etwa 3,4% (1,8 Millionen) der erwachsenen Bevölkerung über 18 Jahren als alkoholabhängig anzusehen, wobei die Prävalenz bei Männern mit etwa 5,3% fast viermal so hoch ist wie bei Frauen (1,2%). Weitere 3,1% (1,6 Millionen) sind als Alkoholmissbraucher einzustufen, deren Alkoholkonsum bereits zu körperlichen, psychischen oder sozialen Schäden geführt hat. Bei weiteren 14,2% (7,3 Millionen) ist ein riskanter Alkoholkonsum dergestalt zu verzeichnen, dass ein erhöhtes Risiko für Folgeschäden besteht. Andere Studien ermittelten eine Lebenszeitprävalenz für Alkoholismus in Deutschland von 13% (Wittchen et al., 1992), die bei Männern etwa 4-mal so hoch liegt wie bei Frauen. Wegen der systematischen Unterschätzung des eigenen Alkoholkonsums durch die Befragten wird die tatsächliche Zahl der Personen mit Alkoholproblemen höher liegen (Stockwell et al., 2004).

Für die Gewährung einer medizinischen Suchtrehabilitation ist entscheidend, dass durch die Alkoholabhängigkeit die Erwerbsfähigkeit eines Betroffenen erheblich gefährdet oder beeinträchtigt ist:

- vermehrte Fehlzeiten: Alkoholabhängige fehlen durchschnittlich 7 mal so häufig am Arbeitsplatz
- Unfälle: 25% aller Arbeitsunfälle sind alkoholbedingt
- Unzuverlässigkeit und Fehlleistungen: Alkoholabhängige kosten ihren Arbeitgeber dadurch durchschnittlich 10.000 EUR pro Jahr.

Während hierdurch bei Erwerbstätigen zunehmend der Arbeitsplatz in Gefahr gerät, kommt es bei arbeitslosen Alkoholabhängigen zu immer gravierenderen Vermittlungshemmnissen.

In repräsentativen Untersuchungen konnte keine Häufung von Alkoholproblemen in Abhängigkeit der sozialen Schicht festgestellt werden. Auch die häufig geäußerte Befürchtung eines zunehmenden Alkoholismus unter Jugendlichen findet keine empirische Bestätigung. Alkoholprobleme sind eine der häufigsten ko-morbiden Störungen bei allen anderen psychischen Störungen. Umgekehrt lässt sich bei 65% der Alkoholabhängigen mindestens eine komorbide, psychische Störung feststellen. Besonders tragisch ist, dass

etwa 80% aller Alkoholabhängigen gleichzeitig tabakabhängig sind, da in diesem Fall das Mortalitätsrisiko um etwa das 50fache erhöht ist.

Ein komplexer Zusammenhang besteht zwischen Alkoholproblemen und Arbeitsbedingungen:

- Überforderung: Heutige Arbeitsplätze sind zunehmend weniger durch körperliche Belastung als vielmehr durch psychischen Stress gekennzeichnet. Viele Beschäftigte sind einem erheblichen Qualifikationsdruck durch immer neue Informationstechnologien, der verstärkten Erwartung zu Flexibilisierung und der zunehmenden Bedrohung durch Arbeitslosigkeit in Form einer „Erosion der Vollzeitarbeitsverhältnisse“ und einer „Fragmentierung stabiler Berufsbiografien“ ausgesetzt (Zielke, 2000). Eine Zunahme an Alkoholproblemen ist insbesondere dann zu beobachten, wenn Beschäftigte auf diese Situation mit einer Verausgabung und einer unökonomischen Aktivität reagieren, der sie vorrangig durch den Einsatz von Alkoholkonsum sozusagen als chemische „Auszeit“ zunächst in der Freizeit und schließlich auch am Arbeitsplatz begegnen.
- Unterforderung: Gleichzeitig ist ein erhöhter Alkoholkonsum an eintönigen und unterfordernden Arbeitsplätzen zu beobachten. Hier dient der Alkohol eher als Kick und Abwechslung sozusagen als „chemisches Abenteuer“.
- Risikoberufe: Bestimmte Berufsgruppen haben ein besonderes Risiko für Alkoholprobleme. Hier sind Berufe mit einer Häufung von problematischem Alkoholkonsum (Baugewerbe, Straßenbau, Gastronomie, chemische Industrie, Ärzte, Manager) von Berufen zu unterschieden, in denen bereits ein geringer Alkoholkonsum aufgrund der besonderen Sicherheitsrisiken vermehrt zu ernsthaften Problemen führt (z.B. Maschinenführer, Fahrer, Polizisten, Piloten).
- Arbeitslosigkeit: In einer Vielzahl von Studien konnte ein verstärktes Auftreten von Alkoholproblemen bei Arbeitslosigkeit festgestellt werden (Henkel, 2007). Allerdings wird das Suchtverhalten wohl weniger durch die Arbeitslosigkeit an sich, sondern durch das Ausmaß des dadurch verursachten Rückgangs an sozialen Ressourcen bestimmt (Puls et al., 2005). Lediglich der Verlust des Arbeitsplatzes ist in der Regel mit einem Anstieg des Alkoholkonsums verbunden.

In Deutschland ist Alkohol das erste Suchtmittel, mit dem ein junger Mensch in der Regel zwischen dem 6. und 10. Lebensjahr in Berührung kommt. Zu einem kritischen Anstieg des Alkoholkonsums kommt es bei 60-80% aller Jugendlichen, wenn sie erstmals das Elternhaus verlassen z.B. während des Studiums, der Berufsausbildung oder bei der Bundeswehr. Allerdings überwinden zwei Drittel aller Jugendlichen diese Alkoholprobleme bis

zum 30. Lebensjahr ohne jede professionelle Hilfe (sog. "mature out"). Ein weiterer Rückgang des Alkoholkonsums ist bei Personen im Alter von über 60 Jahren zu beobachten verbunden mit einer Zunahme des Anteils an abstinent lebenden Personen.

Jährlich sterben ca. 42.000 Menschen in Deutschland an den Folgen ihres Alkoholkonsums. Bezogen auf entsprechende Altersgruppen haben Alkoholabhängige eine Übersterblichkeit von Faktor 4-8. Außerdem kommt es durch Alkohol pro Jahr bei etwa 92.000 Fällen zu Arbeitsunfähigkeit bzw. Invalidität. In 6.500 Fällen pro Jahr ist eine Frühberentung unvermeidlich (Bühringer et al., 2000). Bundesweit wird die volkswirtschaftliche Belastung durch alkoholbedingte Folgekosten auf jährlich 20,6 Milliarden Euro beziffert.

Die Vorstellung von einer Alkoholabhängigkeit als einheitlich verlaufender, chronisch-progredienter Erkrankung, die zwangsläufig zu sozialem Abstieg oder Tod führt, hat sich als falsch erwiesen. In prospektiven Langzeitstudien mit einer Beobachtungszeit von bis zu 40 Jahren konnte neben einer progredienten Verschlechterung auch ein Pendeln zwischen schweren Trinkphasen und kontrolliertem Alkoholkonsum bzw. Abstinenz festgestellt werden. Die Spontanremissionsrate betrug als Jahresprävalenz etwa 20% (Wittchen et al., 1998). Entgegen dem häufigen Vorurteil ist für die Wahrscheinlichkeit einer Spontanremission weniger die Schwere der Suchterkrankung als vielmehr das Ausmaß an sozialen Ressourcen, über die Betroffene verfügen, entscheidend. Allerdings weisen die meisten Studien erhebliche methodologische Schwächen auf. Gut dokumentiert ist lediglich, dass die Suchtentwicklung ebenso wie die körperlichen Folgeschäden durch Alkohol bei Frauen signifikant schneller eintreten als bei Männern (sog. Teleskopeffekt).

Für den Verlauf einer Alkoholabhängigkeit ist bestimmend, dass die Betroffenen das Gesundheitswesen in ineffektiver Weise nutzen. Wichtigste Ursache hierfür sind die mangelnde Problemsicht und die illusionäre Kontrollüberzeugung der Betroffenen. Es zeigt sich aber auch auf Seiten der Behandler eine mangelnde Motivation bzw. Fähigkeit Alkoholprobleme frühzeitig zu identifizieren und die Betroffenen einer Suchtbehandlung zuzuführen. So haben etwa 70% aller Alkoholabhängigen mindestens einmal im Jahr Kontakt zu einem Arzt, ohne dass dort die Alkoholabhängigkeit entdeckt bzw. angesprochen würde. Entsprechend findet sich eine besondere Häufung von Alkoholabhängigen mit 7-19% bei Patienten in psychiatrischen Einrichtungen, Abteilungen für Innere Medizin und traumatologischen Abteilungen (John et al., 1996). Jährlich werden etwa 24% aller Alkoholiker in internistischen oder chirurgischen Kliniken ohne spezifische Angebote zur Suchtbehandlung aufgenommen. Nur etwa 2,5% aller Alkoholabhängigen kommen als Notfall in eine psychiatrische Klinik. Eine Entwöhnungsbehandlung treten lediglich etwa 1,7% aller Alkoholabhängigen an (Wienberg, 2001). Im Schnitt vergehen dadurch 11,8 Jahre von den ersten Alkoholproblemen eines Menschen bis eine stationäre Alkoholbehandlung angetreten wird (Bachmeier et al., 2005).

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihrer Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist der ICD-10 durch das internationale Klassifikationssystem of Functioning (ICF) der WHO (2001) ergänzt worden. Gegenstand des ICF sind nicht mehr vorrangig die Symptome einer Erkrankung (Komponenten Körperfunktion und Aktivität) sondern die sich daraus ergebende Behinderung im Alltag der Betroffenen (Komponente Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen). Entsprechend beschränkt sich das Ziel einer Behandlung auch nicht mehr auf die Beseitigung von Krankheitssymptomen, dies ist bei chronischen Erkrankungen einschließlich einer Alkoholabhängigkeit häufig nicht mehr möglich. Vielmehr richten sich die Behandlungsmaßnahmen darüber hinaus auf die Überwindung der durch eine Erkrankung entstehenden Beeinträchtigung des Betroffenen hinsichtlich seiner Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben, wie dies zum Beispiel mit Einführung des SGB IX im Jahre 2001 bereits für alle Rehabilitationsmaßnahmen vorgeschrieben wurde.

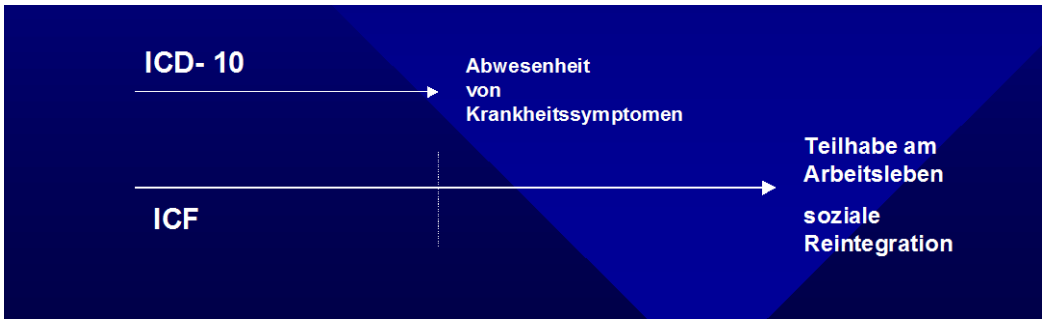


Abb. 1: Der erweiterte Gegenstand von Suchtbehandlung: Ziel des SGB IX ist nicht mehr nur die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen nach ICD-10 sondern die Überwindung/Kompensation der durch sie bedingten sozialen Behinderung nach ICF.

Als behandlungsbedürftige Krankheit ist nur die Abhängigkeit, nicht der schädliche Gebrauch, anerkannt. Da die Erwerbsfähigkeit auch infolge schädlichen Gebrauchs bzw. Missbrauchs erheblich gefährdet sein kann, z.B. wenn der Versicherte einen Beruf hat, bei dem hohe Anforderungen an Sicherheit und Verlässlichkeit gestellt werden, sollte es für die Gewährung einer Rehabilitationsmaßnahme eigentlich nicht entscheidend sein, wie die Diagnose lautet. Aber für die Ziele und Inhalte der Maßnahme ist die Diagnose von erheblicher Bedeutung, so dass wir in diesem Konzept nur auf die Sucht eingehen. In der salus klinik Lindow sind alkoholabhängige PatientInnen die absolut dominierende Population: 88,8% sind alkoholabhängig (Qualitätskompass 2018). In unseren weiteren Ausführungen beziehen wir uns deshalb meistens auf Alkoholabhängigkeit, wenn wir von Konsum, Missbrauch, Sucht oder Abhängigkeit sprechen.

2.2 Störungstheorien und –modelle

Bislang existiert kein einheitliches Störungsmodell für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit. Es ist angesichts der Komplexität aber auch nicht verwunderlich, dass eindimensionale Modelle nur widersprüchliche empirische Bestätigung fanden (z.B. Persönlichkeit, genetische Faktoren, Herkunftsfamilie), sondern ein bio-psycho-soziales Modell am ehesten geeignet erscheint, die Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholabhängigkeit zu beschreiben. Danach sind für das Suchtgeschehen v. a. drei Teufelskreise entscheidend.

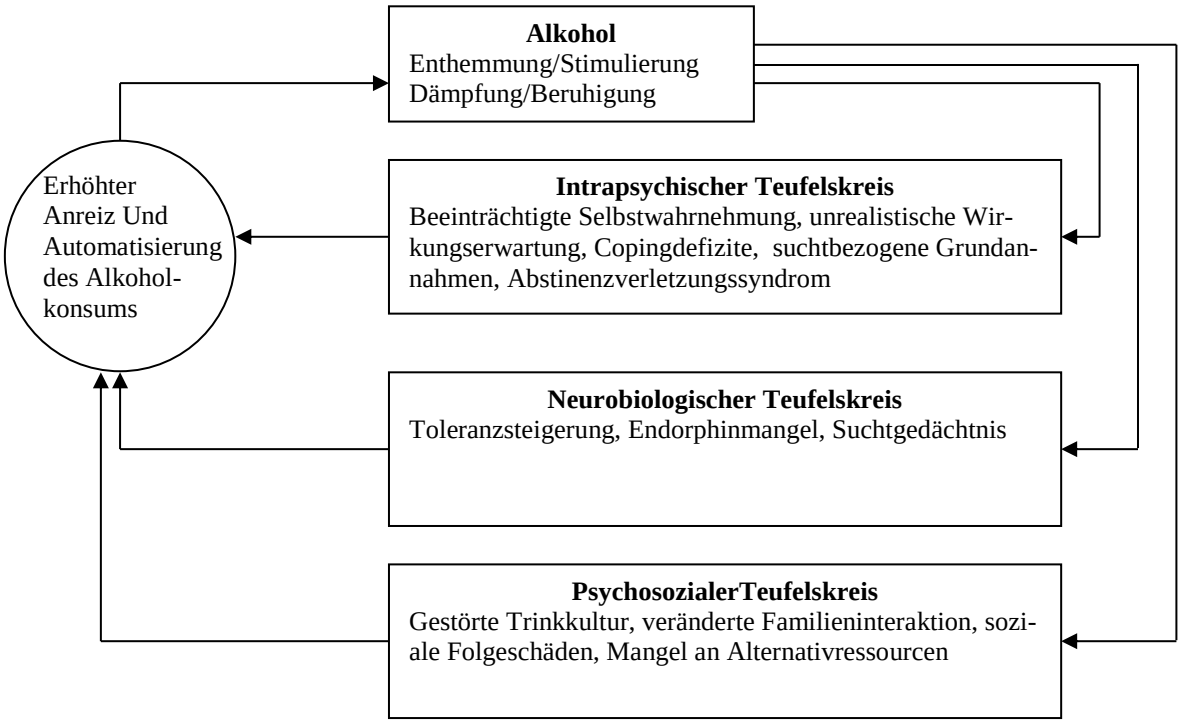


Abb. 2: Teufelskreismodell der Sucht (in Anlehnung an Küfner & Bühringer, 1996)

Bei der Behandlung eines Patienten ist jeweils im konkreten Einzelfall zu entscheiden, welcher Stellenwert den verschiedenen Teufelskreisen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Alkoholabhängigkeit zukommt. Für alle drei Teufelskreise wurden eine Reihe von spezifischen Modellen und Theorien entwickelt, die bei der Entwicklung eines individuellen Erklärungsmodells herangezogen werden können.
Bezüglich der aktuellen neurophysiologischen und psychologischen Erklärungsmodelle sei auf die Darstellung von Gutwinski, Lindenmeyer et al. (2016) und Lindenmeyer (2016) verwiesen. Hier sollen dagegen lediglich 2 Suchtmodelle dargestellt werden, die für eine teilhabebezogene Behandlungsperspektive bei Alkoholabhängigen besonders bedeutsam sind:

Das verhaltensökonomische Suchtmodell

Längsschnittstudien deuten auf den starken Einfluss von sozialen Rahmenbedingungen auf die Entstehung und v. a. den Verlauf einer Alkoholabhängigkeitsentwicklung hin. Typischer Weise ist im Verlauf der Suchtentwicklung eine sog. „Abwärtsspirale" dergestalt zu verzeichnen, dass es zu einer schleichenden Abnahme an sozialen Ressourcen kommt, die ihrerseits wiederum eine Verfestigung der Abhängigkeit angesichts von fehlenden Alternativressourcen bewirkt. Das verhaltensökonomische Suchtmodell von Vuchinic (1999) ist besonders geeignet, die Bedeutung der sozialen Ressourcen für die Entstehung einer Alkoholabhängigkeit aber auch für ihre Behandlungschancen zu verdeutlichen.

Danach wird der Alkoholkonsum einer Person von dem Verhältnis der Verfügbarkeit von Alkohol im Vergleich zur Verfügbarkeit von anderen Ressourcen (z.B. Partnerschaft, soziale Kontakte, beruflicher Erfolg) zur Befriedigung seiner Grundbedürfnisse bestimmt. Entscheidend ist hierbei neben dem Umstand, in welchem Umfang eine Person über alternative Ressourcen anstelle von Alkohol verfügt, auch die zeitliche Nähe dieser Verfügbarkeit. Während Alkohol in der Regel sofort verfügbar ist, stehen alternative Ressourcen oft erst mit erheblicher zeitlicher Verzögerung zur Verfügung. Für die Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen ist besonders bedeutsam, dass nach dem verhaltensökonomischen Modell von Vuchinic bei abstinent lebenden Alkoholabhängigen das Rückfallrisiko im Anschluss an die Behandlung dadurch bestimmt wird, wie hoch, wie sicher und wie kurzfristig die sozialen Vorteile der Abstinenz für die Betroffenen im Vergleich zu Alkohol sind. (vgl. Abbildung 3).

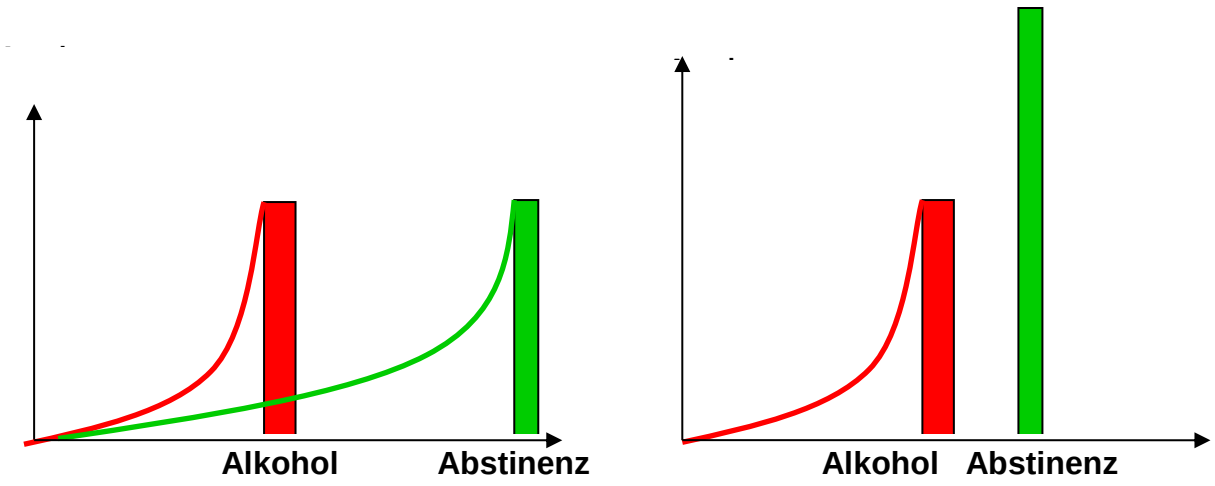


Abb. 3: Das Rückfallrisiko nach dem verhaltensökonomischen Suchtmodell von Vuchinic (1999) Im linken Diagramm besteht ein sehr hohes Rückfallrisiko: Die Vorteile von Abstinenz überwiegen nicht gegenüber der positiven Wirkung von Alkohol, v. a. aber sind sie lediglich langfristig und werden vom Betroffenen als unsicher erlebt. Entsprechend liegt die rote Anreizkurve für Alkohol stets über der grünen Anreizkurve für Abstinenz. Im rechten Diagramm besteht daher ein eher geringes Rückfallrisiko: Die Vorteile von Abstinenz sind gegenüber der positiven Alkoholwirkung deutlich erhöht und sie sind außerdem für den Betroffenen relativ kurzfristig erreichbar und werden als sicher erlebt. Entsprechend liegt die grüne Anreizkurve für Abstinenz fast immer über der roten Anreizkurve von Alkohol.

Modell der Veränderungsphasen

Einen wesentlichen Impuls hat die Behandlung von Alkoholabhängigen durch das Modell der Veränderungsphasen von Prochaska und DiClemente (1986) erhalten. Die beiden Autoren haben vier Veränderungsphasen in der Behandlung von Personen mit Suchtmittelproblemen postuliert, bei deren Übergang jeweils spezifische Motivationshürden zu überwinden sind. Danach können die Betroffenen ein jeweils individuell unterschiedliches Ausgangsniveau hinsichtlich ihres Problembewusstseins, ihrer Bereitschaft zu einer Beendigung ihres Konsums, ihrer diesbezüglich bereits durchgeführten Veränderungen und ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz haben, für die jeweils eine unterschiedliche Form der therapeutischen Beziehungsgestaltung geeignet ist.

- Precontemplation: Der Betroffene sieht keinerlei Anlass seinen Alkoholkonsum zu verändern, lediglich Angehörige oder Kollegen machen sich Sorgen. Oftmals hat er in seinem hohen Konsum von Alkohol in Übereinstimmung mit seiner Umwelt lange Zeit lediglich eine harmlose Angewohnheit gesehen und dabei nicht bemerkt, dass sich hieraus mit der Zeit eine Abhängigkeit entwickelt hat. Später sträuben sich viele Alkoholabhängige mit einer für Außenstehenden unbegreiflichen Hartnäckigkeit dagegen, sich ihr Suchtproblem einzugestehen. Sie fühlen sich in ihrem Selbstgefühl derart bedroht, dass sie solange irgend möglich die Augen vor der Tatsache ihrer Abhängigkeit verschließen. Durch immer geschicktere Abwehrmechanismen versuchen viele Betroffenen stattdessen, sich selbst und ihre Umwelt weiter von der Harmlosigkeit ihres Alkoholkonsums zu überzeugen.
- Contemplation: Der Betroffene beginnt, sich mit seinem Alkoholkonsum kritisch auseinanderzusetzen. Allerdings bedeutet die wachsende Einsicht noch keine konkrete Veränderungsbereitschaft. Im Vordergrund stehen vielmehr zunächst Abwägungsprozesse, in deren Verlauf der Betroffene entscheidet, wie er sich in Zukunft verhalten möchte, welche Veränderungsschritte er gegebenenfalls vornehmen will und schließlich welche Hilfestellungen er hierfür in Anspruch nehmen wird. Hierbei geht es um vielfältige Kosten-Nutzen-Analysen. Den Betroffenen beschäftigen z.B. Fragen wie die Möglichkeit von kontrolliertem Trinken, die Notwendigkeit einer körperlichen Entgiftung, die Dauer und Art einer möglichen Entwöhnungsbehandlung sowie schließlich die Entwicklung persönlicher Therapieziele. Infolge aufkommender Schuld- und Versagensgefühle besteht immer wieder die Versuchung, sich der belastenden Selbstreflexion durch vorschnelle oder oberflächliche Lösungsversuche zu entziehen.
- Action: Der Betroffene hat einen ernsthaften Abstinenzvorsatz gefasst bzw. strebt konkrete Veränderungen seines Alkoholkonsums an und versucht nun, dies auch in die Tat umzusetzen. Durch Versuchs-Irrtumslernen oder die Unterstützung von pro-

fessionellen oder nichtprofessionellen Helfern gilt es, persönlich geeignete Veränderungsstrategien zu entwickeln. Misserfolge oder Durstrecken stellen hierbei die Veränderungsabsichten des Betroffenen immer wieder auf eine harte Probe.

– Maintenence: Patienten in dieser Veränderungsphase haben bereits konkrete Abstinenzversuche gestartet, sehen sich aber immer wieder mit belastenden Versuchungssituationen konfrontiert. Auch bei kleineren Rückfällen ist ihre Abstinenzzuversicht bedroht. Zusätzlich wird die Situation durch Misstrauen bzw. Resignation ihrer Bezugspersonen belastet.

Auch wenn insbesondere die hierarchische Abfolge der oben genannten Veränderungsphasen in empirischen Studien nicht einheitlich nachgewiesen werden konnte und das Modell wiederholt heftig kritisiert wurde (vgl. West, 2005), so konnte doch gezeigt werden, dass die einzelnen Phasen von jeweils unterschiedlichen psychischen Prozessen und Handlungsweisen auf Seiten der PatientInnen gekennzeichnet sind, die ein entsprechend phasengerichtetes Therapeutenverhalten und spezifische Interventionsformen erfordern.

2.3 Schlussfolgerungen für die Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Aus den dargestellten Suchtmodellen lassen sich mehrere Maxime für die medizinische Rehabilitationsbehandlung von Alkoholabhängigen ableiten:

- Realitäts- und Zukunftsorientierung: Die Therapieangebote dürfen sich nicht auf die Überwindung der Alkoholproblematik und möglicher komorbider psychischer Störungen beschränken. Vielmehr muss ein teilhabebezogener, ressourcenorientierter Abstinenzentwicklungsprozess angestoßen werden, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht. Angesichts der beschränkten zeitlichen und finanziellen Behandlungsressourcen kann dies aber nur bedeuten, dass eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung zu Lasten der psychotherapiedominierten bzw. rückwärtsgerichteten Auseinandersetzung mit dem eigenen Suchtgeschehen bzw. mit den aktuellen Interaktionsprozessen innerhalb des Therapieprozesses zu erfolgen hat (vgl. Abbildung 4, Lindenmeyer 2016).

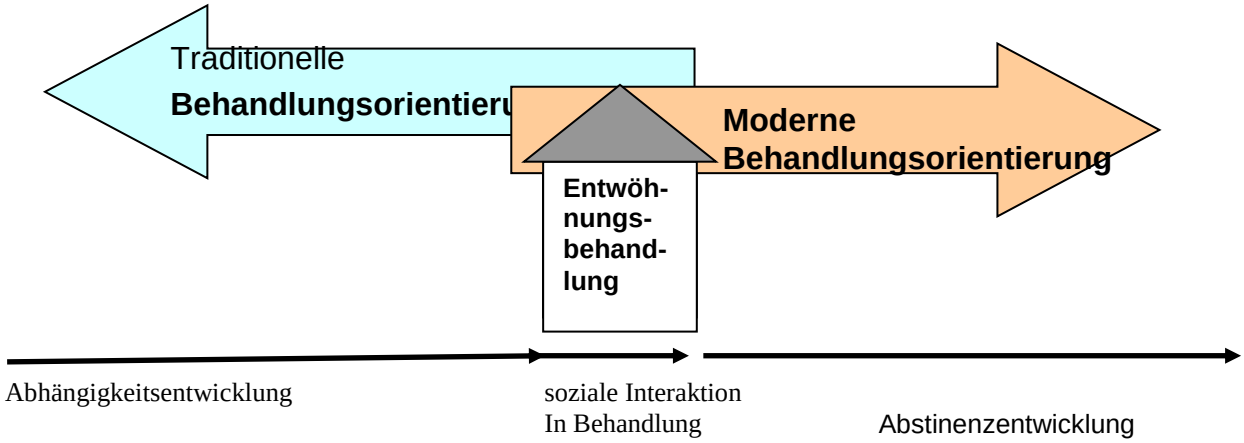


Abb. 4: Veränderte Behandlungsorientierung: Die Schwerpunkte der Suchtbehandlung lagen früher auf der Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitsentwicklung und dem aktuellen Interaktionsverhalten der Patienten im Rahmen der Therapie. Heute liegt der Behandlungsschwerpunkt auf der teilhabeorientierten Abstinenzentwicklung, die weit über die eigentliche Therapie hinausreicht.

Konkret erfordert dies eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber rein psychotherapeutisch ausgerichteten Therapieangeboten.

- Nahtlosigkeit: Insbesondere bei Suchtpatienten mit geringen sozialen Ressourcen hängt der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der Nahtlosigkeit der einzelnen Therapie- und Nachsorgemaßnahmen sowie der sonstigen Unterstützungsangebote ab (vgl. Abbildung 5, Lindenmeyer, 2005b).

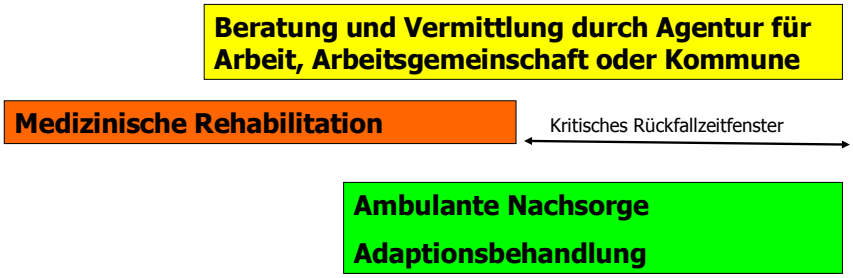


Abb. 5: Die erforderliche Überlappung der verschiedenen Therapie- und Unterstützungsangebote für Alkoholabhängige.

Beispielsweise ist bei einer stationären Rehabilitationsbehandlung anzustreben, dass Vereinbarungen zur ambulanten Weiterbehandlung dadurch einen möglichst hohen Verbindlichkeitscharakter erhalten, dass sie frühzeitig beantragt und genehmigt werden und dass bereits aus der stationären Behandlung heraus erste am-

bulante Termine wahrgenommen werden können. Entsprechend sollte bei arbeitslosen Suchtkranken die Beratungs- und Vermittlungstätigkeit der Arbeitsverwaltung bereits während der medizinischen Rehabilitation beginnen.

– Veränderungsphasengerechte Differenzierung der Behandlung: Bei der Auswahl des Therapiesettings und der Therapieschwerpunkte sollte neben den individuellen Problembereichen eines Patienten immer auch die Veränderungsphase hinsichtlich seiner Bewältigungsbemühungen Berücksichtigung finden, so dass sich insgesamt ein zwei-dimensionales Modell der Therapieindividualisierung ergibt (Lindenmeyer, 2016).
Die Horizontale bestimmt die indizierten inhaltlichen Schwerpunkte der Behandlung und die hierfür erforderliche Ausstattung der Therapieeinrichtung.
Die Senkrechte bestimmt dagegen die hierbei indizierte therapeutische Interaktionsform und das Behandlungssetting in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft eines Patienten: Bei PatientInnen mit großer Veränderungsambivalenz

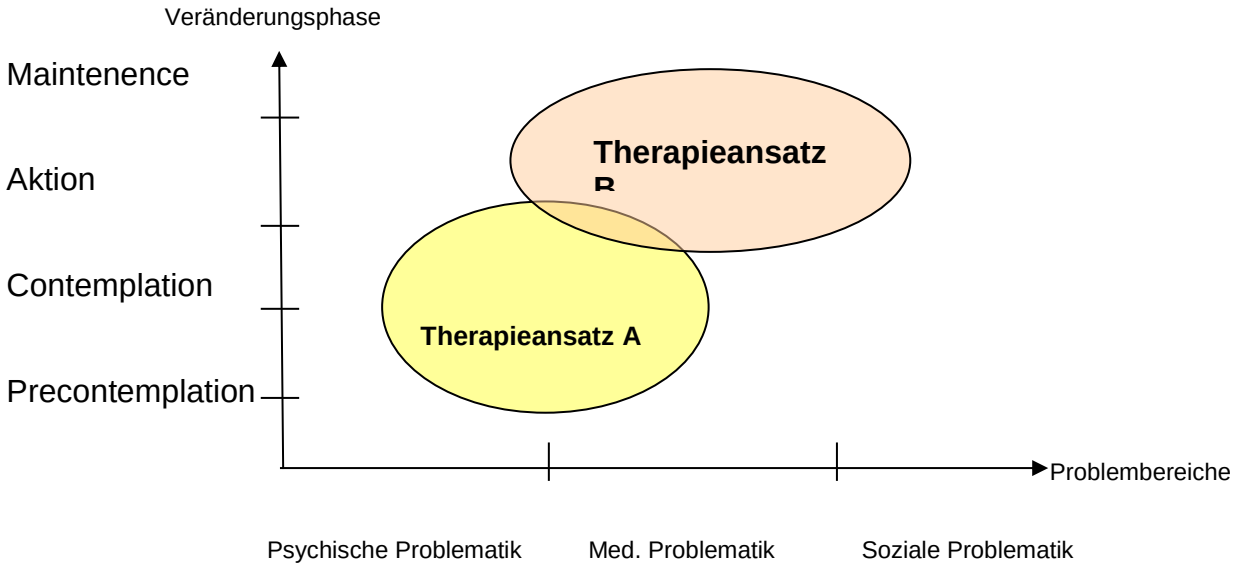


Abb. 6: Zweidimensionale Differenzierungsmöglichkeit von Therapieangeboten im Suchtbereich (Lindenmeyer, 2016)

in der Precontemplationphase werden durch konfrontatives bzw. direktives Therapeutenverhalten häufig Widerstand und Reaktanz auf Seiten des Patienten erzeugt, bis hin zum Therapieabbruch oder Rückfall. Hier haben sich stattdessen

eine dosierte, das Selbstkonzept des Patienten nicht bedrohende Informationsvermittlung und die spezifischen Interaktionsstrategien des Motivational Interviewing (Miller und Rollnick, 2015) bewährt. Bei PatientInnen in der Phase von Contemplation ist ein sorgsamer Umgang mit Ambivalenz hinsichtlich einer Veränderung des Alkoholkonsums entscheidend. Häufig muss der Behandler die Ambivalenz des Patienten von sich aus bewusst machen, anstatt sich mit angepassten Äußerungen des Patienten zufrieden zu geben. Am wirkungsvollsten ist es hierbei, wenn es dem Behandler gelingt, von sich aus mögliche Einwände und Härten der einzelnen Behandlungsvorschläge vorwegzunehmen noch bevor der Patient sie ausgesprochen hat. Dagegen erfordert die therapeutische Anleitung von änderungsbereiten Patienten in der Aktionsphase ein eher direktives Therapeutenverhalten, um z.B. beim Kompetenztraining in Rollenspielen oder bei der Einstellungsveränderung durch kognitive Umstrukturierung einen möglichst deutlichen Erfolg zu erzielen. Bei Patienten in der Maintenance-Phase ist v. a. die Förderung von Abstinenzzuversicht entscheidend. Hier kommt es im Rahmen einer effektiven Vorbereitung auf die Zeit nach der Behandlung (Rückfallprävention) darauf an, durch immer stärkere therapeutische Zurückhaltung bei immer schwereren Therapieaufgaben unter Alltagsbedingungen eine möglichst stabile internale Attribuierung der Veränderungserfolge durch den Patienten zu erzielen (Lindenmeyer 2018).

2.4 Komorbidität und therapierelevante Besonderheiten der Suchtkrankheit

Die Abhängigkeit von Substanzen ist eine eigenständige Krankheit, für deren Entstehung keine spezifische Persönlichkeitseigenschaft oder -störung erforderlich ist. Süchtige können dependent, sozial unsicher, depressiv, zwanghaft, schizoid, narzisstisch, histrionisch, antisozial oder emotional instabil vom Borderline-Typ sein. Diese Erlebens- und Verhaltensmuster können eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit spielen, aber sie in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Entstehung einer Abhängigkeit zu bringen, ist meistens eher spekulativ als zwingend geschlussfolgert.

Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass Alkoholabhängige eine Lifetime-Prävalenz zusätzlicher psychiatrischer Störungen in Höhe von 78-80% und eine aktuelle Prävalenz von ca. 65% aufweisen. Allerdings variieren die Angaben aufgrund methodologischer Probleme und Stichprobeneffekte erheblich. Insbesondere ist bei der Erhebung der aktuellen Komorbidität in den ersten Wochen nach dem Entzug nur schwer zu entscheiden,

ob eine psychopathologische Symptomatik nicht lediglich unmittelbare Folge des Entzugs ist.

Komorbiditätsrate bei Alkoholabhängigen	
Angststörungen	1 - 69%
Affektiven Störungen	20 - 73%
Schizophrenie	2 - 8%
Einmalige psychotische Symptome, ohne dass allerdings die Kriterien für eine Schizophrenie erfüllt waren	43%
Borderlinestörung	13 - 54%.
Antisoziale Persönlichkeitsstörung	14 - 53%
Suizidversuche	25 - 35%
Nikotinabhängigkeit	64 - 85%
Medikamentenmißbrauch/-abhängigkeit	13 – 29%
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	0,5 –7,5%

Es ergeben sich hinsichtlich der Komorbidität bei Alkoholabhängigen deutliche Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede. Alkoholabhängige Frauen zeigen ein höheres Komorbiditätsniveau bei Angst- und affektiven Störungen, während alkoholabhängige Männer häufiger eine antisoziale Persönlichkeitsstörung aufweisen. Schließlich ist die Komorbiditätsrate bei Frauen insgesamt höher als bei Männern.

Neben der Komorbidität im engeren Sinn sind prinzipiell folgende Zusammenhänge zwischen einer Alkoholabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen möglich:

- psychische Störungen können unmittelbar durch den Konsum von Alkohol verursacht werden,
- psychopathologische Symptome können im protrahierten Entzug auftreten,
- psychopathologische Symptome können eine Reaktion auf suchtbedingte psychosoziale Veränderungen sein,
- die Einnahme von Alkohol stellt einen Bewältigungsversuch von psychopathologischen Symptomen (Selbstmedikation) dar,
- Alkoholabhängigkeit und psychische Störung werden durch einen gemeinsamen dritten Faktor verursacht.

Um auszuschließen, dass es sich bei einer psychopathologischen Symptomatik nicht nur um Folgen des Entzugs handelt, sollte die Diagnose einer psychischen Störung bei Alkoholabhängigen nur gestellt werden, wenn die Symptomatik auch bei mehrwöchiger Abstinenz fortbesteht.

Zum therapeutischen Umgang mit komorbiden Störungen bei Suchtpatienten haben wir ein eigenständiges Therapiekonzept entwickelt, auf das wir an dieser Stelle lediglich verweisen (Lindenmeyer & Cina 2018).

2.5 Aus der Therapieforschung ableitbare Therapieprinzipien

Das Therapiekonzept der salus klinik Lindow für Psychosomatik und Sucht orientiert sich an folgenden Therapieprinzipien der Verhaltensmedizin:

2.5.1 Ganzheitlicher Therapieansatz

Entscheidend für die Chronifizierung von Suchterkrankungen sind weniger die ursprünglichen Entstehungsbedingungen, als vielmehr die Entwicklung von psychophysiologischen Regelkreisen sowie ein zunehmendes Vermeidungsverhalten und schließlich eine wachsende Demoralisierung der Betroffenen:

- Betroffene und ihre Bezugspersonen reagieren auf eine Suchtentwicklung nicht einfach passiv, sondern suchen aktiv nach Linderung oder Bewältigung. Durch ein sich gegenseitiges Aufschaukeln von kognitiven Bewertungsprozessen, Wahrnehmungsveränderungen und physiologischer Erregung können hierbei sog. „Teufelskreise" entstehen, die dann ihrerseits wiederum die Symptomatik verschlimmern.
- Viele SuchtpatientInnen flüchten sich in Abwehrmechanismen, um ihr Suchtverhalten vor sich selbst oder vor ihrer Umwelt zu verharmlosen. Langfristig wird aber dieses Abwehr- bzw. Vermeidungsverhalten selbst zum wesentlichen Bestandteil der Störung, indem die Betroffenen dadurch keine korrigierenden Erfahrungen mehr machen und ihr Alltagsleben immer stärker beeinträchtigt wird.
- Erfolglose Bewältigungsversuche der Betroffenen im Umgang mit ihrer Problematik sowie die zunehmende Beeinträchtigung des Alltagslebens durch ihr Sucht- bzw. Vermeidungsverhalten führen oftmals zu Demoralisierung und Depression bis hin zu suizidalen Handlungen.

Entscheidend für den Therapieerfolg ist eine konzentrierte und unmittelbare Überwindung dieser chronifizierenden Bedingungen mittels eines ganzheitlichen Therapieansatzes. Entsprechend erfolgt in der *salus klinik Lindow* eine Integration moderner medizinisch-pharmakologischer, psychologischer und sozialtherapeutischer Behandlungsansätze in einem interdisziplinären Team. Die Größe der Klinik ermöglicht eine besondere Breite der spezifischen Therapieangebote. Gleichzeitig eröffnet die entsprechend umfangreiche und qualifizierte Ausstattung der verschiedenen Abteilungen die Möglichkeit einer möglichst hohen Verdichtung der stationären Behandlung, um einerseits die Erfolgserlebnisse und das Kompetenzerleben von PatientInnen zu intensivieren und andererseits die Ausfallzeiten der Betroffenen in Beruf und Familie auf ein Minimum zu reduzieren.

2.5.2 Störungsspezifische Intervention

Zur Ermöglichung eines optimalen Therapieerfolgs ist eine Rehabilitationsbehandlung der individuellen Problematik der PatientInnen, ihrer Gedankenwelt, ihren sozialen Umweltbedingungen und Beziehungsstrukturen sowie ihren Lebenszielen und Werthaltungen anzupassen. Entsprechend werden in der salus klinik Lindow keine Standardprogramme mit einem Schwerpunkt auf störungsübergreifender Gruppentherapie durchgeführt. Grundlage für die Planung der Therapie jeder/s einzelnen Patientin/en sind vielmehr die Ergebnisse einer mehrtägigen Diagnostikphase. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf einer störungsspezifischen Einzel- bzw. Kleingruppentherapie. Der zeitliche Umfang einzelner Therapiemaßnahmen und die Dauer der Gesamtbehandlung werden im Rahmen der Kostenzusagen der Leistungsträger individuell und gemeinsam mit den PatientInnen abgestimmt. Angestrebt wird ein möglichst einfacher und gradliniger Gesamtbehandlungsplan nach dem Prinzip der minimalen Intervention. So wird verhindert, dass zu komplexe, aus vielen Komponenten bestehende Therapieprogramme sich negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung der PatientInnen und den Therapieerfolg auswirken.

2.5.3 Transparenz / Eigenverantwortung

Häufig befinden sich PatientInnen mit Suchtproblemen in einem Ambivalenzkonflikt zwischen einem ausgeprägten Änderungsbegehren und dem Bedürfnis nach Bewahrung vorhandener Einstellungen, Gewohnheiten und Verhaltensweisen. Dies kann den Erfolg einer Behandlung besonders dann in Frage stellen, wenn die eigene Furcht vor Veränderung den Betroffenen nicht ausreichend bewusst ist. Der Erfolg einer Rehabilitationsmaßnahme hängt wesentlich davon ab, ob es gelingt, vorhandene Ambivalenzkonflikte möglichst vor Beginn der eigentlichen Interventionen offen anzusprechen. Vor diesem Hintergrund wird die Bedeutung der informierten und freiwilligen Therapieentscheidung der PatientInnen („informed consent“) deutlich: Nur PatientInnen, die sich informiert und freiwillig dafür entscheiden, etwas Unangenehmes zu tun, werden im Sinne von Dissonanzreduktion diese Entscheidung aufwerten und damit langfristig für richtig halten. In verschiedenen Studien konnte eindrucksvoll gezeigt werden, dass auch im Suchtbereich konfrontatives Therapeutenverhalten wenig effektiv ist.

Unsere therapeutische Grundhaltung ist das Verhandeln von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen mit unseren PatientInnen. Wir sehen es als unsere Aufgabe an, PatientInnen zur aktiven und selbstgewollten Teilnahme an den indizierten Therapiemaßnahmen zu motivieren. Gemeinsam mit den PatientInnen wird auf der Grundlage einer umfangreichen medizinischen und psychologischen Diagnostik das Für und Wider verschiedener Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten detailliert erörtert und schließlich ein konkreter Behandlungsplan vereinbart. Grundlage der therapeutischen Zusammenarbeit ist eine exakte Protokollierung aller therapeutischen Aktivitäten durch die PatientInnen in ei-

nem persönlichen Therapiebuch. Die PatientInnen tragen während des Tages ihre Vorhaben und deren Erledigung ein. Außerdem werden hier alle medizinisch-therapeutischen Vereinbarungen festgehalten.

2.5.4 Alltagsnähe

Suchterkrankungen werden durch chronisches Krankheitsverhalten sowie gelernte Hilflosigkeit und eine geringe Selbstwirksamkeitsüberzeugung verfestigt. Der Erfolg einer Therapie ist somit weniger das unmittelbare Ergebnis von Selbsterkenntnis und Einsicht, sondern entsteht erst durch die konsequente und situationsangemessene Umsetzung dieser Erkenntnisse in gezielte Patientenaktivität.

Um einen möglichst stabilen Transfer der Therapieerfolge im Alltag der PatientInnen zu gewährleisten, sind alle Behandlungsangebote der salus klinik Lindow darauf ausgerichtet, PatientInnen zur Erprobung von konkreten Verhaltensänderungen in typischen Alltags- und Versuchungssituationen anzuregen. Der Behandlungsschwerpunkt liegt auf gezielten Übungsaufgaben für die PatientInnen in der Realität im Sinne einer Expositionsbehandlung in vivo. Entsprechend sind die zeitliche Therapieorganisation und Heimfahrtregelungen darauf ausgerichtet, die PatientInnen unter Beachtung der jeweiligen Regelungen der Leistungsträger während der Behandlung möglichst wenig räumlich bzw. sozial zu isolieren.

2.5.5 Case Management

Suchterkrankungen sind aufgrund ihrer Komplexität in der Regel nur im interdisziplinären Team behandelbar. Dabei besteht die Gefahr, dass die Vielfalt der nebeneinander bestehenden therapeutischen Beziehungen PatientInnen überfordert bzw. verwirrt. Ein Durchlaufen mehrerer Abteilungen im Rahmen einer Behandlung mit immer neuen Ansprechpartnern und erneuter Befragung ist außerdem aufgrund des enormen Informationsaustauschbedarfs aller Beteiligten nur wenig ökonomisch. Entsprechend erfolgt die interdisziplinäre Behandlung in der salus klinik Lindow unter der Gesamtverantwortung des Leitenden Arztes nach dem Case-Management-Prinzip:

- Während der gesamten Behandlungszeit hat jede(r) Patient(in) eine(n) feste(n) Bezugsärztin/arzt, durch die/den eine kontinuierliche Überwachung des gesamten Rehabilitationsprozesses erfolgt.
- Ein(e) feste(r), während der gesamten Behandlung zuständige(r) Bezugstherapeut(in) (DiplompsychologIn oder MasterpsychologIn) für jede(n) Patientin/en koordiniert alle Therapiemaßnahmen, klärt Schwierigkeiten und ist in ihrer/seiner Verantwortlichkeit für die/den Patientin/en unmittelbar greifbar.

- Der/die Bezugstherapeut(in) begrüßt seine/ihre PatientInnen, übernimmt die Eingangsdiagnostik ebenso wie die Therapieplanung; er/sie begleitet die gesamte Therapie sowie die Einleitung der Weiterbehandlung/Nachsorge; bei einer Wiederaufnahme ist er/sie wieder Ansprechpartner der/s Patientin/en und der Angehörigen.

Damit dieses „Monitoring" intern erfolgreich, transparent und mit wenig Aufwand erfolgen kann, bedienen sich der Bezugsarzt/-therapeut und alle übrigen am Behandlungsprozess Beteiligten einer selbst entwickelten EDV-Dokumentation (Pado), in der alle relevanten Daten für die Berechtigten verfügbar sind, von der Medikation bis zur Leistungseinschätzung und den Verlaufsdaten.

2.5.6 Entpathologisierung von Rückfällen

Die meisten Alkohol- und Medikamentenabhängigen reagieren auf einen Rückfall mit erheblicher Ambivalenz hinsichtlich weiterer Abstinenz- bzw. Veränderungsmotivation und Resignation, die durch konfrontatives Therapeutenverhalten noch verstärkt werden können.

Von daher haben Rückfälle während der Behandlung in der salus klinik Lindow keine disziplinarische Konsequenz, wenn sich ein konstruktiver Ansatzpunkt für eine Weiterbehandlung ergibt. In diesem Fall sind alle Maßnahmen zu allererst darauf gerichtet, ein mögliches Resignieren der Betroffenen zu verhindern bzw. zu überwinden und ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung in zukünftige Abstinenz bzw. Veränderung wieder herzustellen. Gemeinsam mit den PatientInnen und ihren Angehörigen wird nach konkreten Möglichkeiten gesucht, um einen Rückfall möglichst kurzfristig und einfach wieder aufzufangen.

Etwa die Hälfte aller Alkohol- und Medikamentenabhängigen wird nach einer Behandlung erneut rückfällig. Langzeitstudien belegen allerdings eindrucksvoll, dass Rückfälle in der Regel kein prinzipielles Scheitern der Betroffenen bedeuten. Sie stellen vielmehr normale Vorgänge auf dem Weg zu lebenslanger Abstinenz dar und sind in erster Linie Ausdruck kurzfristiger Überforderung in konkreten Risiko- und Belastungssituationen.
Entsprechend stellt der Rückfall einen Hauptgegenstand der Behandlung in der salus klinik Lindow dar. Die PatientInnen werden gezielt ermutigt, sich ihren wichtigsten Rückfallrisikosituationen in der Realität auszusetzen und eine abstinente bzw. symptomfreie Bewältigung zu üben. Gleichzeitig werden die PatientInnen angeleitet, gemeinsam mit ihren Angehörigen gezielte Maßnahmen für den Fall eines künftigen Rückfalls zu vereinbaren.

2.5.7 Teilhabebezogene Behandlung

Aufgabe einer Rehabilitationseinrichtung ist es, über eine Krankenbehandlung hinaus schädigungsbedingte Funktionsstörungen, die nicht nur vorübergehender Natur sind, sowie drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben zu vermeiden, zu beseitigen, zu bessern oder zumindest deren Verschlimmerung zu verhüten. In §1 des SGB IX wird die Förderung der Selbstbestimmung und der gleichberechtigten Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen als grundlegendes sozialpolitisches Ziel hervorgehoben. Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wozu an vorderer Stelle das Arbeitsleben zählt, hat der Gesetzgeber mit dem SGB IX zum Gegenstand des Leistungsrechtes gemacht. Für den unmittelbaren Therapieerfolg sind beruflicher Status, Wohnsituation, finanzielle Situation, das Ausmaß an sinnvoller Freizeitgestaltung, soziale Bindungen und die Integriertheit der PatientInnen als soziale Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung.
Die salus klinik Lindow trägt durch eine umfangreiche Ausstattung spezifischer sozialmedizinischer und sozialtherapeutischer Diagnostikverfahren und Behandlungsangebote der Tatsache Rechnung, dass gerade angesichts struktureller Arbeitslosigkeit der Region die Vermittlung von spezifischen emotionalen und sozialen Fertigkeiten und Problemlösestrategien zur Erlangung einer regulären Erwerbstätigkeit bei einer Vielzahl der PatientInnen entscheidende Bedeutung zukommt (Lindenmeyer, 2008). Klinikeigene Werkstätten, die Möglichkeit zur Arbeitserprobung im Rahmen von Betriebspraktika, spezifische Trainings- und Unterstützungsangebote bei der Arbeitssuche, Schuldenberatung und Finanzschulung, Haushaltsführung, Selbstorganisation, Computerlehrgänge und schließlich umfassende Freizeitanregungen bieten die Möglichkeit, soziale Reintegration und (Wieder)-Teilhabe am Arbeitsleben zum unmittelbaren Schwerpunkt des Behandlungsplans einer/s Patientin/en zu machen.

2.5.8 Wissenschaftlichkeit

Das Behandlungskonzept der salus klinik Lindow integriert auf der Basis einer verhaltensmedizinischen Grundorientierung ausschließlich Behandlungsmethoden, die sich empirisch besonders bewährt haben und folgt damit den AWMF-Leitlinien (AWMF, 2015). Es erfolgen eine intensive Grundlagen- und Begleitforschung in Kooperation mit mehreren Universitäten sowie routinemäßige Katamneseuntersuchungen zur Evaluierung des Gesamtkonzepts und einzelner Therapiebausteine. Die kontinuierliche Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts orientiert sich an den Ergebnissen dieser Untersuchungen. Die MitarbeiterInnen der Klinik werden im Rahmen von „Qualitätszirkeln“ zur Mitwirkung an der Optimierung und Weiterentwicklung des Behandlungsangebots ermutigt und bei der Durchführung wissenschaftlicher Untersuchungen unterstützt. Die Klinik hat mehrere drittmittelfinanzierte Forschungsprojekte initiiert bzw. ist an solchen maßgeblich beteiligt.

2.5.9 Servicehaltung

Die salus klinik Lindow versteht ihre Arbeit als Dienstleistung gegenüber den PatientInnen. Bei der Entwicklung der Therapieorganisation wurde besonders darauf Wert gelegt, das beeinträchtigte Selbstwertgefühl der PatientInnen nicht durch therapeutische Bevormundung und Einschränkungen noch weiter zu schwächen. Ein wesentliches Anliegen der Supervision aller therapeutischen MitarbeiterInnen der Klinik ist es, sie bei der Abstimmung ihres Interaktions- und Beziehungsverhaltens auf die Bedürfnisse ihrer PatientInnen und bei der Gestaltung einer Veränderungsmotivation fördernden Atmosphäre zu unterstützen. Alle organisatorischen Abläufe der Klinik orientieren sich an der Würde und Selbstverantwortlichkeit der PatientInnen. Diese Haltung ist aber nicht zu verwechseln mit einer willfährigen Wunscherfüllung. Wir verhandeln mit unseren PatientInnen das Fordern und Fördern auf Gegenseitigkeit. Das heißt zum Beispiel, dass eine erwartbare und vereinbarte Mitwirkung auch eingefordert wird, und es wird kenntlich gemacht, wo wir Differenzen zwischen dem wahrnehmen, was der Patient möchte und was er unserer Meinung nach braucht.

3. Indikation, Behandlungsziele und Behandlungsdauer

Aufgrund der größenbedingten Vielfältigkeit der Therapieangebote der salus klinik Lindow kann ein weites Spektrum von Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen sachgerecht und individuell behandelt werden. Die Behandlungsdauer und die Behandlungsschwerpunkte werden entsprechend nach Indikation und entsprechend der im Vorfeld getroffenen Entscheidung in Form der Bewilligungsbescheide individuell vereinbart.

3.1 Indikationskriterien

Aufgenommen werden volljährige substanzabhängige Frauen und Männer (F10.2x, F13.2x, F15.2x nach ICD-10) mit vorliegendem Bewilligungsbescheid der Rentenversicherungsträger bzw. mit Kostenzusage oder als Privatzahler. Mehrfachabhängige Patientinnen und Patienten (F19.2x nach ICD-10) können ebenfalls aufgenommen werden, sofern die primäre psychotrope Substanz nicht aus dem Bereich der illegalen Drogen kommt.
In Kooperation mit dem Substitutionsarzt können auch substituierte Opiatabhängige aufgenommen werden, deren Compliance durch weitere Suchtprobleme (z.B. mit Alkohol) gefährdet ist. In diesem Fall beschränkt sich die Behandlung in der salus klinik Lindow auf die zusätzlichen Suchtprobleme, während das Substitutionsmittel entsprechend der Verordnung durch den Substitutionsarzt gegeben wird.

Erwünscht ist ein vorangegangener, möglichst stabiler Kontakt zu einer Beratungsstelle, in dessen Verlauf ein Sozialbericht erstellt wurde, oder das Durchlaufen einer qualifizierten Entzugsbehandlung. Außerdem hilft ein vorheriger Besuch einer Selbsthilfegruppe bei der Motivierung und späteren Nachsorgevorbereitung. Dagegen ist Abstinenzmotivation keine Voraussetzung für die Aufnahme. Wir betrachten die Erzeugung bzw. Förderung von Abstinenzmotivation als integralen Bestandteil des Behandlungsprozesses in der Klinik.

Falls es aus medizinischer Sicht erforderlich ist, sollte eine körperliche Entzugsbehandlung zeitnah vor dem Antritt der Behandlung durchgeführt worden sein. Ein erneuter Alkoholkonsum nach einer körperlichen Entgiftung unmittelbar vor der Aufnahme stellt keine Kontraindikation dar, da der erneute körperliche Entzug auf unserer medizinischen Station überwacht werden kann. Falls ein Entzug mit Komplikationen zu erwarten ist, kann eine kurzfristige Verlegung in die Ruppiner Kliniken in Neuruppin (15 Km entfernt) nötig werden. Die Verlegung erfolgt je nach medizinischer Indikation mit dem klinikeigenen Bus oder mittels angefordertem Krankentransport.
Die salus klinik Lindow verfügt über spezifische Therapieangebote für alkohol- und medikamentenabhängige PatientInnen (F10.2, F13.2, F15.2, F19.2 nach ICD-10),

- die nach einer selbstgewollten Abstinenzphase wieder rückfällig wurden (*Rückfallbehandlung*)
- die ihre gegenwärtige Abstinenz gefährdet sehen *(Festigungsbehandlung)*
- die eine gemeinsame Behandlung mit ihrem Partner wünschen (*Paarbehandlung*)
- aus dem Polizeidienst
- die durch Gewalttätigkeit bzw. Aggressivität aufgefallen sind
- mit Leistungsverantwortung (u. a. ist die Klinik ist vom Luftfahrtbundesamt für die Behandlung von Piloten und Flugbegleitern anerkannt und in das Hilfeprogramm für Ärzte mit Suchtproblemen der LÄK Brandenburg eingebunden)
- bei denen gleichzeitig eine Essstörung (F50.x nach ICD-10) vorliegt
- die ein pathologisches Glücksspielverhalten (F63.0 nach ICD-10) aufweisen

Für alle PatientInnen gibt es zusätzliche Therapieangebote bei folgenden komorbiden Störungen:

- Angst- und Zwangserkrankungen (F40.x, F41.x, F42.x,)
- Reaktionen auf schwere Belastungen (F43.x)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10),
- Depression (F3x.x nach ICD-10)
- nicht-organische Schlafstörungen (F51.x)
- Nikotinmissbrauch und -abhängigkeit (F17.1, F17.2x nach IDC-10)
- chronische Schmerzsyndrome (F45.8, G.43.x, G.44.x nach ICD-10)
- pathologische Glücksspiel (F 63.0 nach ICD-10)
- pathologischer PC- und Internetgebrauch (F 68.8 nach ICD-10)

- Essstörungen (F50,x nach ICD-10)

Für folgende suchtbedingte körperliche Erkrankungen gibt es besondere Behandlungsangebote:

Diabetes mellitus,
Leberschäden,
Pankreatitis,
Polyneuropathie,
Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (F1x.5 nach ICD-10).

Kontraindikationen für eine Aufnahme sind akute Suizidalität und akutes psychotisches Geschehen, ausgeprägte hirnorganische Störungen (Korsakow-Syndrom) sowie ansteckende körperliche Krankheiten, die eine Gefährdung für MitpatientInnen darstellen, sowie durch Ansteckung gefährdete körperliche Krankheiten. Rollstuhlfahrer, permanent gehunfähige oder bettlägerige Patienten können nicht aufgenommen werden.

Voraussetzung für die Behandlung ist in jedem Fall die in der Regel durch den Leistungs- bzw. Kostenträger festgestellte Rehabedürftigkeit, Rehafähigkeit und ausreichend günstige Rehaprognose einer/r PatientIn. Entsprechend ist die Behandlungsgrundlage entzogen, wenn sich im Verlauf der Behandlung Hinweise ergeben, die begründete Zweifel hieran aufkommen lassen.
Eine fragliche Behandlungsindikation kann in Absprache mit dem Vorbehandler bzw. dem Leistungsträger durch ein Vorgespräch in der Klinik abgeklärt werden.

3.2 Die Indikation zur stationären Behandlung

Die üblichen Diagnosegruppen geben keine oder nur grobe Orientierungshilfen für die Entscheidung zur stationären oder ambulanten Behandlungsform, da sie keine therapiebezogenen Entscheidungen zur Verfügung stellen. Neben der Ausprägung und Schwere des individuellen Störungsbildes stellen die Kontextfaktoren – sicherheitsrelevanter Arbeitsplatz, familiäre Situation, Wohnumgebung etc. – sowie das Wunsch- und Wahlrecht des Versicherten stets einen weiteren erheblichen Einflussfaktor für die Wahl der Behandlungsmodalität dar. Die in der Anlage 3 zur „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ über die Zusammenarbeit von Krankenkassen und Rentenversicherungsträgern vom 04.05.2001 genannten Kriterien berücksichtigen dies. Einer zumindest anfänglich stationären Rehabilitation wird Vorrang eingeräumt, wenn eines oder mehrere der folgenden Merkmale vorliegen:

- Die Befreiung aus einer aktuell belastenden, schwer erträglichen oder gar pathogenen Lebenssituation ist nötig oder zumindest günstig (z.B. Gewalt, destruktive Beziehungen; keine Wohnung, instabile Wohnsituation).
- Der Genesungsprozess wird durch starke Befindlichkeitsschwankungen und häufige Krisen so erschwert, dass eine ambulante Therapie nicht regelmäßig stattfinden kann bzw. kein Einsatz am Arbeitsplatz möglich ist.
- Die subjektive Sicherheit des Patienten bezüglich der Kontrolle des Problemverhaltens ist gering: Abbau der Demoralisierung, Stärkung der Hoffnung auf Erfolg und Motivierung sind vitale Themen.
- Die Bildung formeller und informeller Gruppen ist ambulant nicht möglich, aber die Aktivierung derartiger Wirkfaktoren ist von entscheidender Bedeutung.
- Mehrere spezifische Therapieangebote, die komplexe Probleme auf mehreren Ebenen gleichzeitig bearbeiten (z.B. bei Multimorbidität), sind erforderlich.
- Es ist viel Stützung und Sicherheit beim Experimentieren mit neuen, subjektiv ungewohnten Verhaltensweisen sowie bei dem systematischen Aufbau der Abstinenzhaltung empfehlenswert.
- Das soziale Umfeld hat so wenig unterstützende Funktion für Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, dass dies durch ambulante Hilfen nicht kompensiert werden kann.
- Es gibt Schwierigkeiten in der Beurteilung und Diagnose, denen nur durch die Möglichkeit zur zeitlich umfassenden und detaillierten Beobachtung und durch häufigen Kontakt begegnet werden kann.
- Die Fähigkeiten zur Bewältigung des täglichen Lebens sind so beeinträchtigt, dass die Belastungen aus Beruf und Familie nicht kompensiert werden können.

Je mehr Problembereiche vorliegen, desto dringlicher wird die Indikation zu einer stationären Therapie(phase), die mit einer hohen Dichte an verschiedenen Maßnahmen und mit stabilisierenden Rahmenbedingungen die notwendige Unterstützung gewährleistet.

3.3 Behandlungsziele

In einer Veröffentlichung der WHO – Europa (1987) wurde Gesundheit definiert als die Fähigkeit, ein sozial und wirtschaftlich aktives Leben zu führen. Dies betrachten wir als realistisches Ziel für eine Medizinische Rehabilitation. Zusätzlich gilt es in den industrialisierten westlichen Nationen als Ziel jeder Suchtbehandlung, den Betroffenen zu einem Leben zu verhelfen, das in möglichst geringem Ausmaß von Störungen durch psychotrope Substanzen beeinträchtigt wird. Eine langwierige oder gar lebenslange medikamentöse Be-

handlung und eine dauerhafte soziale Aufsicht sind weitgehend zu vermeiden. Die nachhaltige und selbst bestimmte Abstinenz-Fähigkeit gilt als erstrebenswertestes Ziel der Suchtbehandlung.

Nachdem die Sucht in Deutschland im Jahre 1968 als eigenständige Krankheit anerkannt wurde, haben sich die Sozialversicherungsträger darauf geeinigt, dass der körperliche Entzug von psychotropen Substanzen in den Bereich der Versorgung in Akutkrankenhäusern gehört und die eigentliche Behandlung der Sucht, die so genannte Entwöhnung, in den Bereich der Rehabilitation, für den überwiegend die Rentenversicherungsträger zuständig sind. Entsprechend der aktuellen S3-Leitlinie stellt Abstinenz das primäre Behandlungsziel der Behandlung dar (AWMF, 2015). Neben die Abstinenz setzt die Rehabilitation die Behebung körperlicher und seelischer Störungen sowie die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft (s. Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen", VDR 2001).

Die folgende Unterteilung in Zieldimensionen und Zielbereiche erfolgt an Anlehnung an die Systematik der Abteilung für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (U. Koch) für das Peer-Review-Verfahren im Qualitätssicherungsprogramm der Gesetzlichen Rentenversicherung.

Zielsetzungen auf psychosozialer Ebene

1. Motivierung zur aktiven Teilnahme und Änderung
1.1 Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses
1.2 Wissen um Rolle und Aufgaben des Patienten in der stationären Rehabilitation
1.3 Aufbau einer stabilen Psychotherapiemotivation
1.4 Klärung von Werten und Zielen
1.5 Vermittlung eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses
1.6 Vermittlung eines Erklärungsmodells für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik

2. Konsum von psychotropen Substanzen
2.1 Klärung problematischer Konsummuster
2.2 Vermittlung von Informationen zu psychotropen Substanzen
2.3 Kenntnisse von Alternativen zum bisherigen Konsum
2.4 Zielvereinbarung klären (Reduktion des Konsums; bedingte Abstinenz; nachhaltige Abstinenz)

3. Kompetenzen zur Stabilisierung der Einstellungsänderung
3.1 Erwerb eines konstruktiven Rückfallverständnisses
3.2 Kenntnisse über einen ausgewogenen, bedürfnisorientierten Lebensstil
3.3 Differentieller Abbau von Vermeidungsverhalten
3.4 Angebote konsequent und sozial verträglich zurückweisen können
3.5 Verbesserung der Selbstkontrolle in Risikosituationen
3.6 Tagesstrukturierung durch gute Routinen
3.7 Antriebssteigerung
3.8 Abbau von Rückzugsverhalten; Beteiligung am sozialen Leben
3.9 Langeweile aushalten bzw. in der Erlebnisqualität verändern

3.10 Konstruktiver Umgang mit Ärger / Ungeduld
3.11 Förderung der Genussfähigkeit
3.12 Aktivierung von Ressourcen
3.13 Vorbereitung / Planung von Nachsorgemaßnahmen

4. Psychische Stabilisierung

4.1 Ruhe und Erholung
4.2 Verbesserung der psychischen Belastbarkeit
4.3 Förderung der Entspannungsfähigkeit
4.4 Erwerb von Kenntnissen über Stressentstehung und -bewältigung
4.5 Erwerb von Stressbewältigungsfähigkeiten

5. Veränderung / Bearbeitung emotionaler Aspekte

5.1 Emotionale Entlastung und Stabilisierung
5.2 Abbau von Schuldgefühlen / Scham
5.3 Verbesserung des Umgangs mit Ärger, Wut, Aggression
5.4 Unterstützung eines adäquaten Trauerprozesses
5.5 Stimmungsaufhellung
5.6 Abbau von Versagensängsten
5.7 Verarbeitung erlebter Kränkungen
5.8 Verbesserung der Impulskontrolle
5.9 Verbesserung der Affekttoleranz
5.10 Verbesserung in der Verarbeitung und im Ausdrücken von Affekten

6. Bearbeitung kognitiver Aspekte

6.1 Verringerung von Bagatellisierung, Leugnung und Verantwortungsdelegation
6.2 Veränderung irrationaler Ideen und „Denkfehler“
6.3 Verbesserung der Problemlösefähigkeiten
6.4 Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit
6.5 Kognitive Umstrukturierung
6.6 Bearbeitung der Ambivalenz in Bezug auf die Abstinenzentscheidung

7. Soziale Kompetenz

7.1 Sozial erfolgreiches Kommunikationsverhalten
7.2 Selbstsichere Verhaltensweisen zur Wahrnehmung persönlicher Rechte
7.3 Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Beziehungsmuster

8. Intrapsychische Aspekte

8.1 Verbesserung Konfliktwahrnehmung, Konflikttoleranz, Konfliktbewältigungskompetenz
8.2 Bearbeitung grundlegender intrapsychischer Konflikte (z.B. Autonomie – Abhängigkeit) von Schuld, Scham

9. Selbstbild / Selbstverantwortung

9.1 Entwicklung eines realistischen Selbstbildes (Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl)
9.2 Wahrnehmung eigener Ziele, Wünsche und Bedürfnisse
9.3 Steigerung der Selbstverantwortung / Eigenmotivation

10. Akzeptanz und Realität

10.1 Erarbeiten einer Krankheitseinsicht
10.2 Wahrnehmung und Akzeptanz von Belastungsgrenzen
10.3 Körperakzeptanz
10.4 Erhöhung der Frustrationstoleranz

11. Bearbeiten biographisch relevanter Ereignisse

11.1 Bewältigung einer vorangegangenen Trennung oder eines Verlustes
11.2 Bearbeitung traumatischer Lebensereignisse

11.3 Bearbeitung der biographischen Hintergründe der Symptomatik
11.4 Bearbeitung der Beziehungen zur Herkunftsfamilie

12. Sexualität

12.1 Kenntnis der Zusammenhänge zwischen dem Konsum psychotroper Substanzen und Libido bzw. Sexualität
12.2 Besserung spezifischer Störungen

13. Änderung sonstiger Störungen

13.1 Reduktion der Angstsymptomatik
13.2 Verbesserung der Angstbewältigungskompetenzen
13.3 Abbau von Vermeidungsverhalten
13.4 Reduktion der depressiven Symptomatik
13.5 Verbesserung der Depressionsbewältigungskompetenzen
13.6 Aktivitätssteigerung
13.7 Verbesserung der Tagesstrukturierung
13.8 Abbau des Rückzugsverhaltens
13.9 Verbesserung der Schmerzbewältigungskompetenzen
13.10 Normalisierung des Essverhaltens

Zielsetzungen auf somatischer Ebene

1. Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit

1.1 Besserung der körperlichen Fitness (Kondition, Beweglichkeit, Kraft und Koordination)
1.2 Kräftigung der Rückenmuskulatur
1.3 Verbesserung der Körperwahrnehmung

2. Reduzierung von Risikofaktoren / -verhalten

2.1 Gewichtsreduktion
2.2 Gewichtszunahme
2.3 Tabakabstinenz / -reduktion
2.4 Blutdruckeinstellung
2.5 Diabeteseinstellung
2.6 Senkung der Blutfettwerte
2.7 Verbesserung der Leberwerte
2.8 Verbesserung eventueller Krebsfrühstadien

3. Linderung spezifischer Störungen

3.1 Lockerung der muskulären Anspannung
3.2 Verbesserung der kardiopulmonalen Belastbarkeit
3.3 Linderung von Beschwerden des Gastrointestinaltrakts
3.4 Linderung von Schmerzen im Wirbelsäulenbereich
3.5 Linderung von Gelenkbeschwerden
3.6 Linderung von Kopfschmerzen
3.7 Reduktion von Schlafstörungen
3.8 Stuhlgangregulierung von Abführmittel

4. Optimierung der Medikation

4.1 Reduktion / Absetzen von Psychopharmaka
4.2 Ansetzen einer adäquaten Medikation
4.3 Verbesserung der Compliance bzgl. der Medikation

5. Diagnostische Abklärung des somatischen Zustandsbildes

Zielsetzungen auf der Ebene der Aktivitäten und Partizipation

1. Wiederherstellung / Erhalt der Arbeitsfähigkeit
1.1 Sicherung des bestehenden Arbeitsplatzes
1.2 Klären belastender Faktoren am Arbeitsplatz
1.3 Verbesserung des beruflichen Leistungsvermögens
1.4 Klärung der quantitativen und qualitativen Leistungsfähigkeit
1.5 Erhöhung von Vermittlungschancen am Arbeitsmarkt
1.6 Erweiterung berufsbezogener Kompetenzen
1.7 Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

2. Verbesserung von Problemen im interpersonellen Bereich
2.1 Stärkung sozialer und interpersoneller Ressourcen für den beruflichen Bereich
2.2 Stärkung von interpersonellen Ressourcen in der Partnerschaft bzw. im sozialen Umfeld

3. Erarbeiten von Zukunftsperspektiven
3.1 Klärung der weiteren beruflichen Zukunft
3.2 Erarbeiten von Zukunftsperspektiven im sozialen Bereich

4. Verbesserung der Freizeitgestaltung
4.1 Erarbeiten einer sinnvoll erlebten Zeitstruktur
4.2 Erarbeiten und Stärken von Interessen
4.3 Erproben subjektiv zufrieden stellender Aktivitäten

5. Verbesserung der Alltagsbewältigung
5.1 Klärung häuslicher Belastungen
5.2 Klärung und Verbesserung der finanziellen Situation / Umgang mit Geld
5.3 Verbesserung der Wohnsituation
5.4 Stärkung der Eigenständigkeit bzgl. Haushaltsführung

Eine zentrale therapeutische Aufgabe im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung liegt darin, sich gemeinsam mit der/dem PatientIn aus diesem Zielkatalog auf persönlich relevante und realistische Therapieziele zu verständigen. Mit Hilfe des „Goal-Attainment-Scaling" (Kiresuk & Lund, 1978) wird in einem 2. Schritt jedes operationalisierte Ziel in fünf Ausprägungen definiert („viel besser als erwartet", „besser als erwartet", „erwartetes Ziel", „schlechter als erwartet", viel schlechter als erwartet"), um so den Behandlungsfortschritt für PatientIn und TherapeutIn transparent überprüfen zu können. Die so vereinbarten Therapieziele werden gemeinsam im Therapiebuch des Patienten und in der elektronischen Patientenakte (PADO) fixiert, um allen an der Behandlung beteiligten MitarbeiterInnen stets präsent zu sein.

3.4 Behandlungsdauer

In der Regel wird für die salus klinik Lindow von den Leistungs- und Kostenträgern eine Entwöhnungsbehandlung von 12 Wochen bewilligt. Bei Festigungs- bzw. Rückfallbehandlungen liegen die bewilligten Behandlungsdauern zwischen 4 und 8 Wochen. Entsprechend

den Regelungen der Leistungsträger kann die Behandlungsdauer dem tatsächlichen Behandlungsbedarf nach oben oder nach unten angepasst werden:

- Bei den meisten Leistungsträgern kann eine Verlängerung von bis zu 2 Wochen ohne Beantragung lediglich durch Anzeige erfolgen. In diesem Fall ist diese Verlängerung im Rahmen sogenannter Budgetreglungen durch entsprechende Behandlungsverkürzung bei anderen Patienten auszugleichen.
- Bei einigen Leistungsträgern und allen Kostenträgern ist eine Verlängerung schriftlich zu beantragen.

Gründe für eine Verkürzung der bewilligten Behandlung können darin liegen, dass die Therapieziele des Patienten bereits ausreichend erreicht werden konnten oder hierfür eine ambulante Weiterbehandlung ausreichend erscheint.

Folgende Gründe können dagegen eine Verlängerung der ursprünglich bewilligten Behandlungsdauer erforderlich machen:

- Aufwändige Differentialdiagnostik zu Behandlungsbeginn
- Verzögerte Herstellung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung
- Verzögerter Aufbau von Veränderungsmotivation
- Rückschläge bzw. Rückfälle im Behandlungsverlauf
- Verlangsamte Therapiefortschritte
- Therapieausfall durch interkurente Erkrankungen
- Schwerwiegende Veränderungen im sozialen Umfeld des Patienten (z.B. Trennung, Kündigung, Wohnungslosigkeit)
- Nicht ausreichende Stabilisierung von Behandlungsfortschritten bzw. drohende Rückfallgefahr.

Seit Jahren liegen wir mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer ca. 81,7 Tagen (Qualitätsbericht 2018) bei den regulär entlassenen Patienten deutlich unter dem ursprünglich bewilligten Behandlungskontingent sowie unter dem Bundesdurchschnitt in der Entwöhnungsbehandlung von Alkoholabhängigen.

4. Klinik-Management und Struktur der salus klinik

4.1 Strukturelle Bedingungen

Unter Strukturqualität werden die Charakteristika eines Leistungserbringers verstanden, die im Zeitablauf relativ konstant sind. Dazu gehören die dem Leistungserbringer zur Verfügung stehenden Mittel und Ressourcen und die Bedingungen der physischen und organisatorischen Umgebung. Dies betrifft also die technischen und organisatorischen Voraussetzungen der Arbeit ebenso wie die Art und Anzahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation. Die Strukturqualität soll die Bedingungen herstellen, die notwendig und hinreichend sind, um die Ziele einer geforderten Leistung ökonomisch und sicher zu erreichen.
Grundsätzliche Anforderungen hinsichtlich der sächlichen und personellen Ausstattung von Rehabilitationseinrichtungen zur Behandlung Suchtkranker sind zuletzt am 04.05.2001 in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ mit ihren vier Anlagen von der Kranken- und Rentenversicherung festgeschrieben worden. Darin werden außerdem das Verfahren bei der Bewilligung von Leistungen, deren Finanzierung, Ziele der Leistungen, Anspruchsvoraussetzungen für die „Gewährung“ von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen und die Zuständigkeiten von KV und RV geregelt.
Die salus klinik Lindow wird hinsichtlich der Einhaltung der Strukturvoraussetzungen regelmäßig durch den federführenden Leistungsträger im Rahmen des Qualitätssicherungsprogramms der DRV überprüft (u. a. regelmäßige Visitationen, halbjährliche Personalstandsmeldung)

4.1.1 Personelle Struktur

Träger der salus klinik Lindow ist die Salus-Klinik GmbH & Co. Lindow KG, Sitz der Gesellschaft: Lindow, eingetragen: Amtsgericht Neuruppin, HRA 722 NP, Steuernummer: 052/163/00140, persönlich haftender Gesellschafter: Salus-Klinik GmbH, Sitz: 50354 Hürth (eingetragen: Amtsgericht Köln, HRB 44457) Geschäftsführer: Dr. Julia Domma-Reichart, Ralf Schneider, Rodolfo Esteban Baumbach. Die Geschäftsleitung in Lindow liegt bei dem Direktor Prof. Dr. Johannes Lindenmeyer und der Verwaltungsleiterin Frau Andrea Lucke. Der Rehabilitationsprozess liegt in der Gesamtverantwortung des leitenden Arztes Reto Cina, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialmedizin.

Das Organigramm der gesamten Klinik ist in schematischer Darstellung (die Zahlen in den Abteilungskästchen beziehen sich auf die Anzahl der Rehabilitationsplätze) als Organigramm wiedergegeben. In diesem Konzept wird im Weiteren nur noch auf die Suchtabteilung eingegangen.

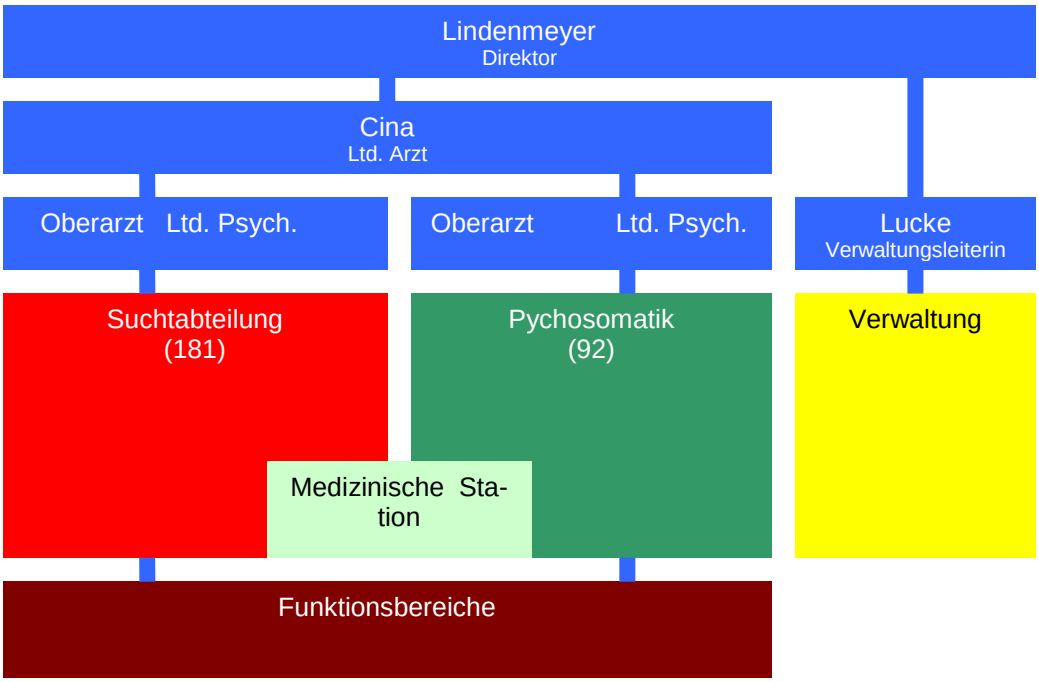


Abb. 7: Organigramm der salus klinik Lindow

Die Suchtabteilung nutzt die Medizinische Station sowie die Funktionsbereiche gemeinsam mit der Psychosomatischen Abteilung. Entsprechend werden die dort tätigen MitarbeiterInnen im Stellenplan der Suchtabteilung lediglich entsprechend dem Anteil der SuchtpatientInnen an der Gesamtpatientenschaft (mit einem Faktor von 181:273 = 0,66) berechnet. Bei den Oberärzten ist zu beachten, dass einer der Oberärzte der Suchtabteilung als Facharzt für Innere Medizin für internistische Konsile auch in der Psychosomatikabteilung zur Verfügung steht. Schließlich besteht wöchentlich die Möglichkeit zur Durchführung eines orthopädischen Konsils durch eine niedergelassene Fachärztin für Orthopädie in den

Räumen der Klinik, mit der ein fester Vertrag besteht. Ansonsten sind beide Kliniken personell und räumlich voneinander separiert. Gemeinsame Veranstaltungen gibt es für die Patienten außerhalb der Freizeit lediglich bei der Nutzung von indikativen Therapieangeboten.

Die Suchtabteilung besteht aus 1 Oberarzt (Facharzt für Innere Medizin), 2 Ltd. PsychologInnen, 4 BezugsärztInnen, 19 BezugstherapeutInnen sowie 3 Sozialarbeiterinnen. Die BezugstherapeutInnen arbeiten in einem festen Tandemsystem, so dass bei Krankheit bzw. in Urlaubszeiten immer ein den PatientInnen bekannter Vertreter anwesend ist. Das Organigramm 2 zeigt die hierarchische Struktur, die inhaltliche Spezialisierungen einzelner Bezugsgruppen sowie die Zuordnung der BezugsärztInnen zu den Bezugsgruppen in der Suchtabteilung.

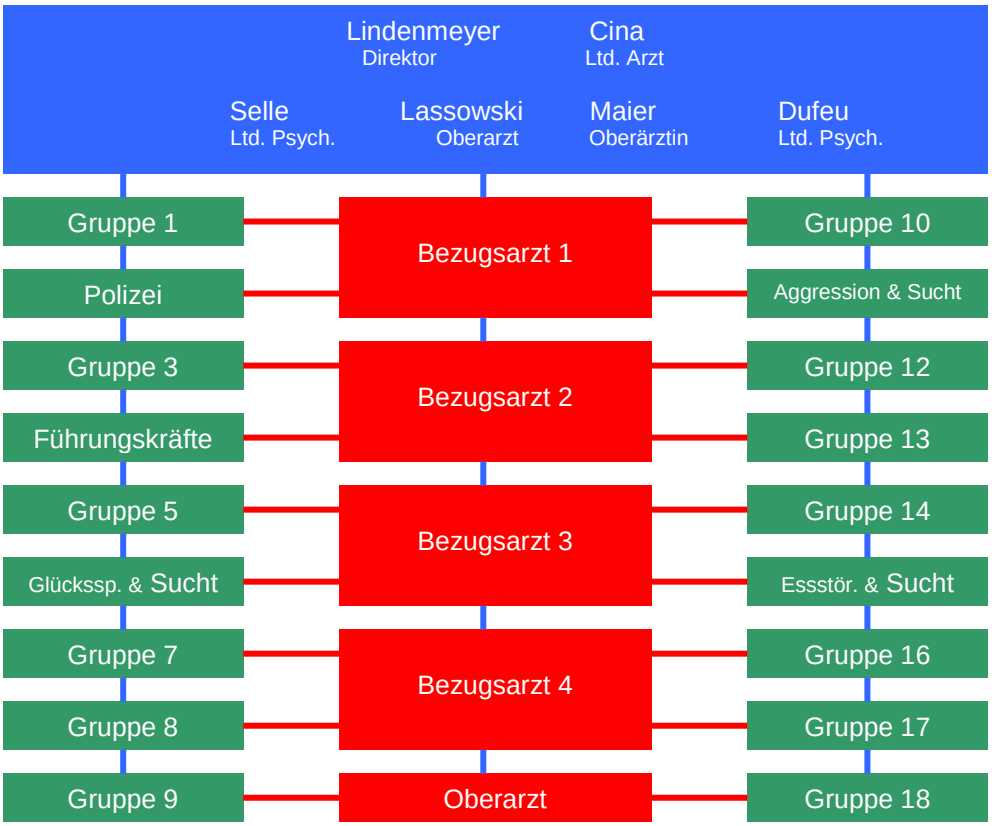


Abb. 8: Organigramm der Suchtabteilung

Abbildung 9 fasst zusammen, welche Abteilungen zu den Funktionsbereichen und welche zur Verwaltung zählen. Bis auf einen Teil der Physiotherapie (Massage) und ein einzelnes Angebot der Sporttherapie (nordic walking) werden alle Leistungen durch das Personal der salus klinik Lindow erbracht. Die von unseren ÄrztInnen verordneten Massagen werden in den Räumen der Klinik durch Angestellte einer benachbarten Praxis durchgeführt, mit der ein fester Vertrag besteht.

Unter dem Dach der Verwaltung finden sich die Küche, die Haustechnik und die Hauswirtschaft, die alle mit eigenem Personal betrieben werden. Die Klinik wird von unserem Hauswirtschaftsbereich gereinigt. Die PatientInnen sind nur für das Sauberhalten ihres eigenen Zimmers verantwortlich. Die Endreinigung bei der Entlassung bzw. bei einem Zimmerwechsel übernimmt das Hauspersonal.
Die Küche wurde an einen Caterer übergeben. Dessen Köche sind diätgeschult und arbeiten eng mit der Diätassistentin der Klinik.

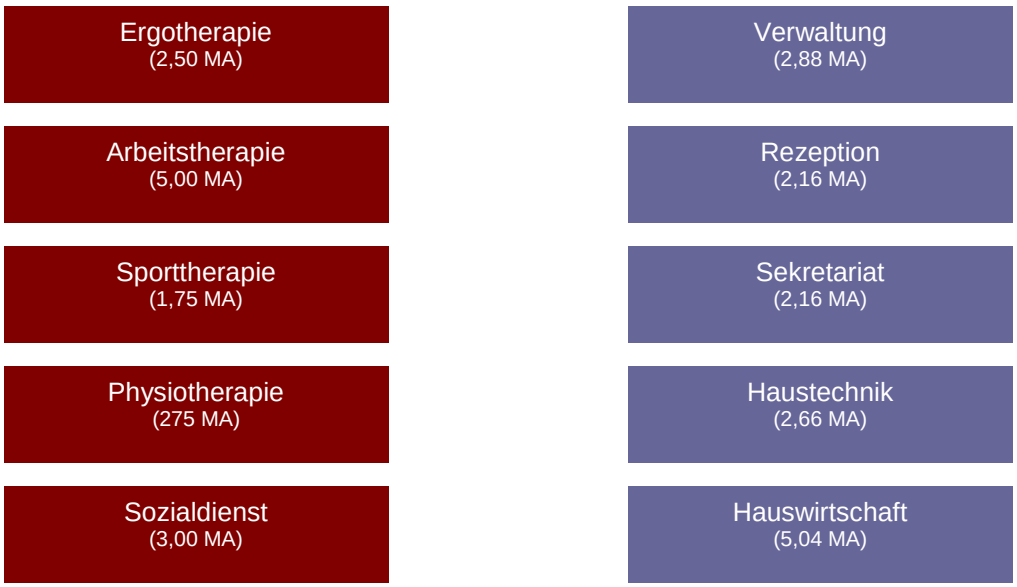


Abb. 9: Organigramm der Funktionsbereiche. Bei den angegebenen Mitarbeiterzahlen (MA) ist zu beachten, dass die tatsächliche Mitarbeiterzahl aufgrund der Mitnutzung durch die Psychosomatikabteilung um den Faktor 0,66 verringert wurde.

4.2. Organisation des ärztlich-therapeutischen Personals

Das multiprofessionelle Team und seine gesamte multimodale Arbeit unterstehen dem Direktor und dem Leitenden Arzt.
Die für die unmittelbare Behandlung der PatientInnen zentralen Personen sind die/der BezugstherapeutIn, die/der die Funktion eines Case-Managers ausübt, und die/der Bezugsarzt/ärztin in folgendem Zahlenverhältnis:

- Ein(e) BezugstherapeutIn der Suchtabteilung betreut durchschnittlich 10 PatientInnen in ihrer/seiner Bezugsgruppe. Außerdem beteiligt sie/er sich mit 1-2 weiteren KollegInnen an der Durchführung einer 4-5 mal pro Woche stattfindenden indikativen Therapieangebot
- Ein(e) Bezugsärztin/arzt betreut durchschnittlich 40 PatientInnen.

Ergänzend sind Fachtherapeuten der Funktionsbereiche und das Personal der Medizinischen Station im Behandlungsprozess gemäß ihrer jeweiligen Funktion beteiligt.
Der aktuelle Personalstellenplan wird kontinuierlich mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt (siehe Anlage).

4.2.1 Aufgaben der Mitarbeiter

Ziel der Organisation ist es, mit möglichst flachen Hierarchien zu arbeiten, also den BezugstherapeutInnen und –ärztInnen ein Arbeiten mit so viel Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum zu ermöglichen, wie es die psycho- und sozialtherapeutische Behandlung der Sucht erfordert, und lediglich hierarchisch bedingte Arbeitszeitbeanspruchungen so gering wie möglich zu halten. Zugleich verlangen die ärztliche Verantwortung und das Qualitätsmanagement aber auch eine Kontrolle der Therapie, welche die Einhaltung der Standards prüft und gegebenenfalls Anleitung und Hilfe bereitstellt. Diesen beiden Zielen sind die Verteilung der Aufgaben und Funktionen sowie die Struktur der Kommunikation unter den MitarbeiterInnen verpflichtet.

Bereich / Funktion	Grundqualifikation	Zusatzqualifikation	Aufgaben
Direktor	Dipl.-Psych. M.Sc.	Approbation als Psych.Psychotherapeut Supervisor VT	Klinikmanagement Konzeptentwicklung Supervision
Leitender Arzt	FÄ für Psychiatrie u. Psychotherapie	Supervisor VT Sozialmedizin und Rehawesen	Ärztlich-therapeutische Leitung: Therapiecontrolling, Supervision, Berichtswesen
Oberarzt	FA für Innere Medizin	Sozialmedizin und Rehawesen	Fachärztliche Supervision; Vertretung des Ltd. Arztes
Oberärztin	FA für Psychiatrie		Fachärztliche Supervision, Medikation
Leitende PsychologInnen	Dipl.-Psych. Psych.PsychotherapeutIn	SupervisorIn VT	Psych. Supervision; Diagnostik; Therapieorganisation; Konzeptentwicklung
Bezugstherapeuten	Dipl.-Psych. M.Sc.	Approbation als (in Ausbildung zum) Psychotherapeut;	Case-Management, Diagnostik, Therapieplanung, Einzel- u- Gruppentherapie; Indikationsgruppen, Abend- und Wochenenddienste
Bezugsärzte	FA für Innere Medizin, FÄ für Allgemeinmedizin, Assistenzarzt		Medizinische Versorgung in Diagnostik und Therapie, 24-Std. -Bereitschaft, Indikationsgruppen, Dienste
Fachtherapeuten der Funktionsbereiche	Sozialarbeiter Ergotherapeuten Sportlehrer Physiotherapeuten Arbeitstherapeuten	Fachkunde Suchtpsychologie MELBA Schulung EFL Schulung Tai Chi Lehrer	Sozialdienst Sporttherapie Physiotherapie (incl. EFL) Ergotherapie Arbeitstherapie (incl. MELBA) Indikationsgruppen
Medizinische Station	Krankenschwestern, -pfleger; Arzthelferin		24-Std. pflegerische Versorgung, Pflegedokumentation
Verwaltung	Leitung: Betriebswirtin		Aufnahmesekretariat; Buchhaltung; Rezeption / Zentrale; Berichtsversand u. Dokumentationsverwaltung; Personalwesen; Buchhaltung; Haustechnik; Hauswirtschaft; Küche; EDV / QM.

4.2.2 Kommunikationsstrukturen

Die patientenorientierte Kommunikation der Mitarbeiter innerhalb der salus klinik Lindow verläuft kontinuierlich auf verschiedenen Ebenen:

- EDV – gestützte Patientendokumentation (Pado):
  Täglich werden über jede/n Patient/in die relevanten Verlaufsdaten aus Medizin – Pflege – Therapie und Behandlungsplanung bzw. -korrektur eingetragen. Durch ein EDV-Netzwerk, mit dem alle MitarbeiterInnen im medizinisch-therapeutischen Bereich verbunden sind, stehen die aktuellen Daten über die PatientInnen allen MitarbeiterInnen gemäß ihren Benutzerrechten jederzeit zur Verfügung, so dass auch in Vertretungssituationen kein Informationsdefizit entsteht.
- EDV – Intranet:
  Ins Netzwerk werden täglich die Protokolle der aktuell relevanten Tagesereignisse gestellt, die allen MitarbeiterInnen zugänglich sind. Die diensthabenden MitarbeiterInnen werden über alle Sonderregelungen, die einzelne PatientInnen betreffen, unterrichtet; Substanzkontrollen werden angeordnet und deren Ergebnis zeitnah rückgemeldet usw. Tägliche Treffen aller MitarbeiterInnen zur ausschließlichen Weitergabe von Sachinformationen sind deshalb nicht nötig, und die wichtigen Informationen erreichen so sicher und unverfälscht ihr Ziel.

Regelbesprechungen	Teilnehmer	Vorgabe/ grundsätzliche Inhalte	Zyklus	Dokumentation
Leitungskonferenz	• Dir. • LA • OA PS • LP PS • OA SU • LP SU	• Qualitätsmanagement • Öffentlichkeitsarbeit/ Marketing • Personalführungsfragen • Grundsätzliche Strategie • Konzeptentwicklung Nach vorheriger Festlegung	• Wöchentlich Do. 08.00 – 09.30 Uhr	• Maßnahmeliste (Outlook)
Qualitätszirkel	• Nach vorheriger Festlegung durch Leitungsteam	• Nach vorheriger Festlegung bzw. Vorgabe durch Leitungsteam	• Nach Bedarf	• Protokoll/ Vortrag (vor Leitungsteam)
Klinikkonferenz	• Ärztl.-therap. Ltg. • Alle therap. MA • PDL	• Info über wesentliche Kennzahlen des Unternehmens • Qualitätssicherung bzw. Qualitätsmanagement • Weiterentwicklung der Klinik • Gegenseitige Vorstellung neuer Konzepte • Bekanntgabe neuer MA • Fallvorstellung „journal club“	• 14-tägig Mi. 08.00 – 09.00 Uhr	• Protokoll Outlook
Haustreff	• Alle VW-Bereiche • KL • VWL • PDL	• Investitionen • Abarbeiten von Patientenanregungen und –beschwerden • Personalführung • Qualitätssicherung • Ergebnisse aus wöchentlicher HW-Begehung • Ergebnisse aus jährlicher Klinikbegehung (KL/ VWL/ TL/ HWL) • Aktuelles	• Wöchentlich Do. 13.30 – 14.30 Uhr	• Protokoll Outlook

Supervision	• SV • Betroffene therap. MA	• Diagnostik • Therapieplanung und –optimierung • Krisenintervention	• Nach Bedarf Ø 1x pro Wo.	• PADO

4.2.3 Supervision

Je nach Ausmaß der Berufserfahrung der BezugstherapeutInnen besteht die Supervision in unterschiedlicher Gewichtung aus folgenden Elementen: Vermittlung praxisbezogener theoretischer Kenntnisse, Hilfe oder Zweitsicht bei der Therapieplanung, Anleitung zur Durchführung von speziellen Techniken, Reflexion der Therapeut-Patient-Beziehung und „Monitoring" des Therapieverlaufes. Die/der Supervisor/in vermittelt die Haltung, dass therapeutische Arbeit als ein ständiges Lernen von neuen Fertigkeiten, Einstellungen, Bewertungen, emotionalen Reaktionen und professionellem Handeln zu begreifen ist (Kanfer et al., 1996).

In stationärer Therapie müssen auch die spezifischen Regeln, die Organisation und das Leitbild der Klinik berücksichtigt werden. Ein/e hausinterne/r Supervisor/in hat den Vorteil, die Struktur und die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik zu kennen, und als Mitverantwortliche/r für den Therapieprozess und das Behandlungsergebnis hat sie/er Zugriff zu allen Informationen über die PatientInnen, ist also nicht nur auf den subjektiven Bericht der Supervisanden angewiesen. Außerdem kann manchmal ein akutes Eingreifen notwendig sein, z.B. bei Rückfälligkeit, Abbruchtendenzen, disziplinarischen Problemen oder drohender Suizidalität. Hier sind kurzfristig Hilfestellungen durch eine/n jederzeit verfügbare/n interne/n Supervisor/in möglich, die von externen Supervisoren nicht geleistet werden können. Vor diesem Hintergrund wird in der salus klinik Lindow das Modell „hausinterne Supervision" bevorzugt.

Um eine möglichst kurzfristige Supervisionsmöglichkeit (innerhalb 1 Tages) zu sichern und die Supervisionsressourcen optimal an den unterschiedlich hohen Supervisionsbedarf jeder/s Mitarbeiterin/s anpassen zu können, geben alle 4 SupervisorInnen der Suchtabteilung Supervisionszeiten frei, die dann von den behandelnden MitarbeiterInnen nach Bedarf gebucht werden können. Dadurch kann das Ausmaß der Supervision bei jeder/m Mitarbeiter/in stark variieren, im Schnitt erhalten therapeutische MitarbeiterInnen aber 60 Minuten Einzel- bzw. Teamsupervision pro Woche. Die Inhalte der Supervision werden in der elektronischen Patientenaktie fixiert. Außerdem erfolgt die Supervision entsprechend den Grundsätzen der Weiterbildungsinstitute videounterstützt. D.h. mit vorheriger Zustimmung der PatientInnen werden die Therapiesitzungen aufgenommen, die Aufnahmen bilden dann die Grundlage der Supervision. Außerdem besteht die Möglichkeit der Nutzung von Einwegscheiben zur Supervision von gruppentherapeutischen Angeboten.

In der Supervision stehen das Behandlungsanliegen der PatientInnen und die darauf gerichtete Optimierung des Therapeutenverhaltens im Mittelpunkt. Der Supervisionsprozess

wird in Anlehnung an die verschiedenen anerkannten Supervisionsmodelle (vgl. Lindenmeyer, 1997; Lohmann, 2000) gestaltet. Ähnlich wie in der Selbstmanagement-Therapie, die Therapie als Problemlöseprozess betrachtet, wird auch die Supervision als ein Prozess zur Identifikation von Lösungen für konkrete Probleme betrachtet.

4.3 Raumkonzept / Ausstattung

Die Suchtabteilung der salus klinik Lindow stellt ein 2 stöckiges Gebäude (Haus D) dar. In ihm befinden sich 98 Patientenzimmer, 24 Mitarbeiterbüros und 11 Gruppentherapieräume (teilweise mit Videoausrüstung bzw. Einwegscheibe), 1 PC-Trainingsraum mit Internetzugang, 1 Vortragsraum, 2 Fernsehräume, 1 Aufenthaltsraum sowie eine Patientenbibliothek.

Die Medizinische Station erstreckt sich über 2 Stockwerke (Haus B). Sie verfügt über 18 Betten (8 2-Bettzimmer, 1 Einzelzimmer, 1 Überwachungszimmer), 1 Stationszimmer, 4 Behandlungs- bzw. Untersuchungszimmer, 6 Arztzimmer, 1 Sekretariat und 2 Aufenthaltsräume. Im Erdgeschoss stehen den PatientInnen zwei Internetterminals und ein Infoterminal zur Verfügung.

Die Sporttherapie verfügt über 1 Hallenschwimmbad (25 m), 1 Turnhalle (incl. Volleyballnetz, Tischtennisplatten und Bogenschießplatz), 1 Ergometertrainingsraum (6 Plätze), 1 Fitnessraum mit Chipkartengesteuerten Trainingsgeräten, 1 Gymnastikraum, 1, Ruhe- und Entspannungsraum, 1 Sauna, 1 Kegelbahn und ein Mitarbeiterbüro. Den PatientInnen stehen entsprechende Umkleideräume mit Dusche und Schließschränken zur Verfügung.

Die Physiotherapie umfasst 3 Behandlungsräume für Einzel- bzw. Kleingruppenbehandlung sowie 1 großen Übungsraum zur Evaluation funktioneller Leistungen (EFL) mit 23 Arbeitsstationen.

Die Ergotherapie verfügt über 2 große Gruppenräume, 1 Materialraum, 1 Brennofen und 1 Mitarbeiterbüro.

Die Arbeitstherapie umfasst eine Schreinerei (1 Werkraum, 1 Maschinenraum), eine Gärtnerei (umfangreiche Außenanlagen, 1 Gewächshaus, 1 Schulungsraum, 1 Mitarbeiterbüro), eine therapeutische Übungsfirma (23 EDV Arbeitsplätze, 1 Lagerraum 1 Mitarbeiterbüro), die Übungsfirma „cafe salü“ sowie eine Fahrradwerkstatt.

Der Cafeteriabereich verfügt über 2 große Aufenthaltsräume mit Musikanlage, 1 Kiosk, 1 Wasserzapfanlage, 1 Kaffeemaschine, 1 Billardtisch und 1 Klavier. Angrenzend befindet sich die Waschküche für Patienten mit 4 Maschinen, 4 Trocknern sowie Bügeleisen.

Auf dem Klinikgelände befinden sich 1 Sportplatz, 1 Minigolfanlage, mehrere Außenschachspiele, 1 Bocciaplatz, 1 Badestelle mit Steg, 1 Liegewiese, 1 Grillplatz sowie 1 Fußlehrpfad. Die Klinik verfügt über 100 Fahrräder, die von PatientInnen gegen ein Pfand kostenlos ausgeliehen werden können.

In allen Klinikräumen und auf dem gesamten Klinikgelände herrscht Rauchverbot. Es wurden mehrere Raucherpavillons errichtet.

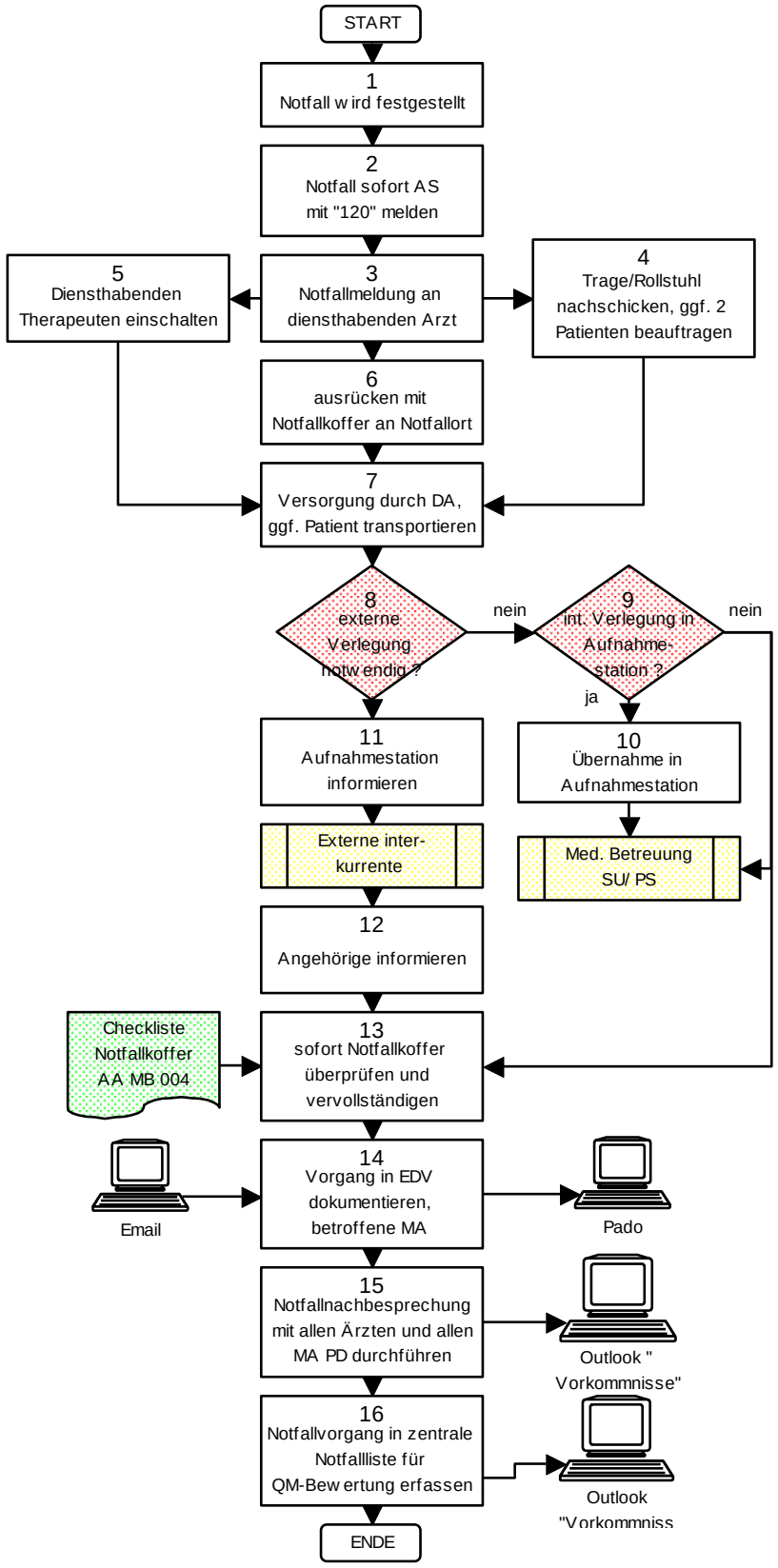
Alle Mitarbeiterbüros (incl. alle Funktionsbereiche) sind per PC mit dem Intranet verbunden als Voraussetzung für eine elektronische Patientenakte und eine schnelle wie sichere Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen. Leitende MitarbeiterInnen verfügen über einen PC mit externer E-Mail - Verbindung. Alle BezugstherapeutInnen verfügen über eine Videokamera, um Therapiesitzungen zu Supervisionszwecken zu dokumentieren.

4.4 Notfallmanagement

Die medizinische Station ist rund um die Uhr mit einer Schwester besetzt, die die Station nie verlässt, um immer telefonisch erreichbar zu sein. Außerdem ist rund um die Uhr ein Diensthabender Arzt in der Klinik, der ständig durch ein Funkgerät erreichbar ist.
Schließlich ist rund um die Uhr ein ärztlicher Hintergrunddienst (alternierend Ltd. Arzt bzw. 3 Oberärzte) bestimmt, der über Haustelefon (während der Arbeitszeit) bzw. Diensthandy (außerhalb der Arbeitszeit) erreichbar ist.
Notrufe gehen immer direkt auf der medizinischen Station ein. Das weitere Notfallprocedere ist im Qualitätshandbuch beschrieben. Für verschiedene Notfallsituationen (Intoxikation/Rückfall, Zwangseinweisung, Verlegung in Akuthaus, Feueralarm, Evakuierung der Klinik im Katastrophenfall) existieren darüber hinaus ausführlichere, im Rahmen des Qualitätsmanagements gelenkte Handlungsanweisungen.

Verant-wortungen

Verfahrensablauf Teil 1 von 1



1-2
jeder MA/
jeder Patient

3-5
PD

6-9
DA

10
PD/ DA

11-12
DA

13
PD

14
DA

15-16
LA/ OÄ

Bemerkungen

2
- 1: Wo ist es passiert ?
- 2: Was ist passiert ?
- 3: Wer ist betroffen ?

3
Sprechfunk

4
sofern keine 2. Schwester auf Station

6
- inkl. Defi
- der Notfallkoffer befindet sich im Schwesternzimmer der Aufnahmestation
- regelmäßige Kontrolle durch PD

7
- der ranghöchste Arzt vor Ort übernimmt die Verantwortung, alle anderen MA haben ihn zu unterstützen
- der Arzt bleibt so lange bei dem Verletzten, bis die weitere Versorgung durch Fachkräfte sichergestellt ist
- Verletzte müssen durch den DA auch psychologisch betreut werden
- Patient durch Körperkontakt und - nähe, z. B. Knien neben dem Patienten, beruhigen
- Patienten ausschließlich mit der Trage/Rollstuhl transportieren !

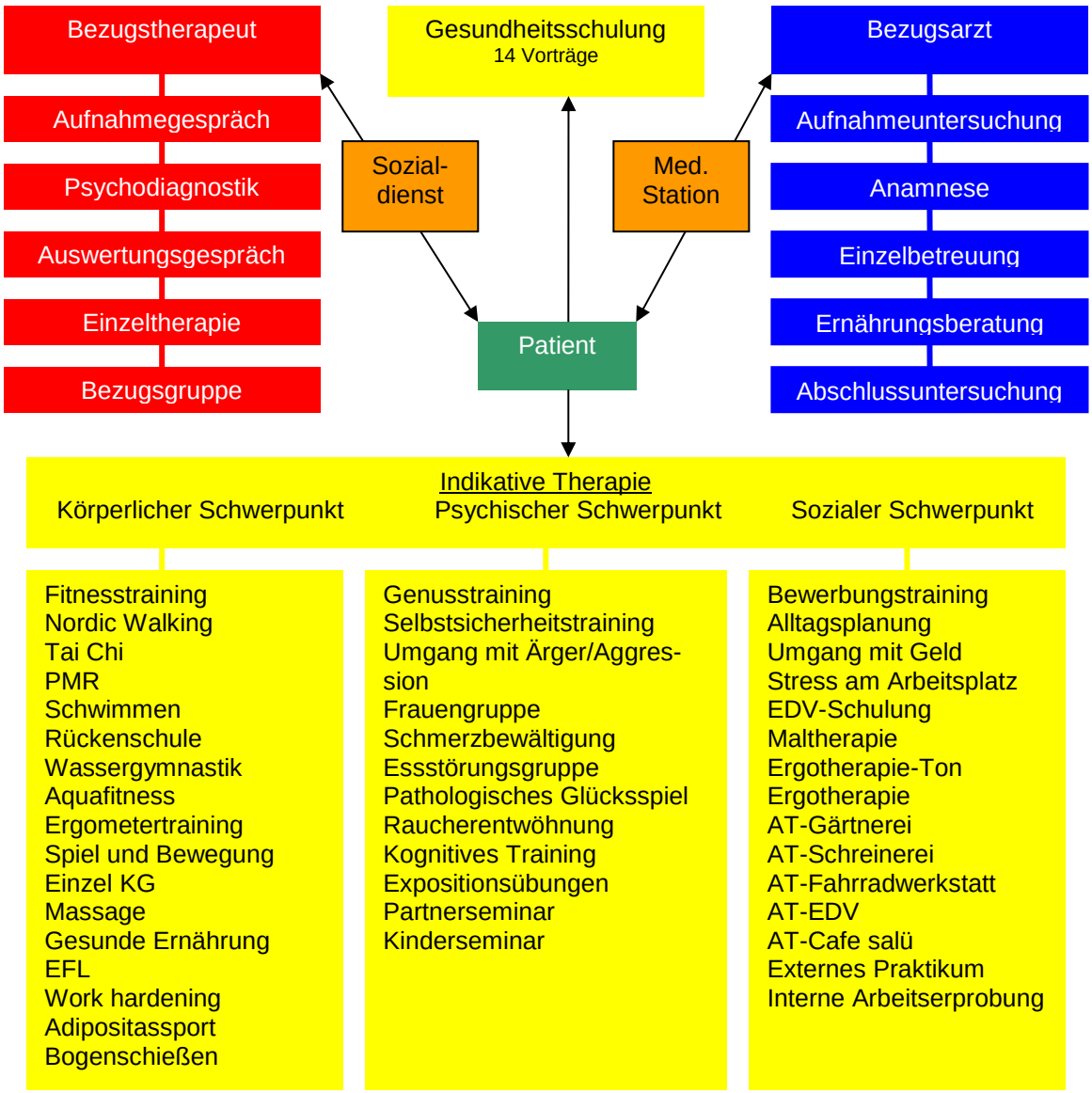
8
z.B.: Verlegung
- in ext. Krankenhaus
- auch §10

13
die Überprüfung des Notfall-koffers durch die PDL erfolgt nach jeder Benutzung sowie zusätzlich regelmäßig einmal im Monat

14
ggfs. ext. Vordruck der Berufsgenossenschaft " Unfallmeldung" ausfüllen. Wenn zur Weiterbehandlung Taxikosten angefallen sind, ist das Formblatt FB MB 020 Taxi-RG. Freigabe vom PD zu verwenden.

15
Die Mitarbeiter werden bzgl. Erstmaßnahmen im Rahmen der med. Notfallversorgung in der internen Weiterbildung halbjährlich geschult

5. Organisation und Module der Behandlung



In der Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen sind in den letzten Jahren wichtige Fortschritte gemacht worden. Stationäre Suchtbehandlungseinrichtungen haben sich insbesondere der Tatsache zu stellen, dass eine Vielzahl von wissenschaftlich erprobten Behandlungsangeboten die Komplexität sowie den hohen Zeit- und Kostenaufwand traditioneller Langzeitbehandlungen für viele Alkohol- und Medikamentenabhängige fraglich erscheinen lassen.

Gleichzeitig wird immer deutlicher, dass es „die“ Abhängigkeit nicht gibt. Daher sind Suchtbehandlungseinrichtungen aufgerufen, anstelle von Standardbehandlungen den enormen Unterschieden zwischen Suchtmittelabhängigen durch zeitliche und inhaltliche

Differenzierungsmöglichkeiten gerecht zu werden. Weil somit die inhaltlichen Schwerpunkte und die Dichte an Therapieangeboten bei PatientInnen stark variieren können, so dass keine allgemeinen Wochenpläne für alle PatientInnen entstehen. Vielmehr bekommt jede Patientin und jeder Patient durch die elektronische Patientenakte einen individuellen Therapieplan ausgedruckt. Beispiele für unterschiedliche Pläne finden sich im Anhang.

Wesentlich für das Verständnis der Behandlungsplanung ist, dass die Rehabilitanden die gebotene Vielfalt nicht als „therapeutischen Supermarkt" missverstehen, aus dem man so viel wie möglich kostenlos mitnimmt, sondern dass in der gemeinsamen Therapieplanung die Prioritäten so gesetzt werden, dass vor allem diejenigen Methoden in Anspruch genommen werden, die für einen nachhaltigen Rehabilitationserfolg notwendig und sinnvoll sind.

Als Lotsen bei der Zusammenstellung des individuellen Therapieplans fungieren dabei die Bezugsärztin/der Bezugsarzt und die Bezugstherapeutin/der Bezugstherapeut im Sinne von Case Managern. Sie nehmen die PatientInnen auf, führen die erforderlichen diagnostischen Untersuchungen durch und entwickeln auf dieser Grundlage gemeinsam den PatientInnen einen Therapieplan von indikativen Therapieangeboten. Durch regelmäßige Einzelgespräche begleiten sie die PatientInnen während der gesamten Behandlung und passen hierbei die indikativen Behandlungsangebote ständig den Veränderungsfortschritten der Patientin/des Patienten an. Der Bezugstherapeut leitet während der gesamten Therapiezeit die Bezugsgruppe seiner Patienten. Bezugsarzt und Bezugstherapeut leiten gemeinsam mit dem Patienten die erforderlichen Weiterbehandlungen bzw. eine Nachsorge ein. Beide verfassen schließlich gemeinsam den Entlassbericht des Patienten.

Im Folgenden werden zunächst die Tätigkeit des Bezugsarztes und des Bezugstherapeuten beschrieben. Im Anschluss erfolgt ein Überblick über das indikative Therapieangebot der salus klinik Lindow.

5.1 Medizinische Versorgung durch den Bezugsarzt

Die organmedizinische Versorgung unserer PatientInnen ist geprägt von einer salutogenetischen Herangehensweise, orientiert an einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell. Die Ärzte unserer Klinik verstehen sich als Coach, der den PatientInnen hilft, einen eigenverantwortlichen Umgang mit ihrer Gesundheit zu finden. Dieses Vorgehen entspricht dem unserer Therapie zugrunde liegenden Selbstmanagement-Therapiekonzept.

5.1.1 Aufnahmeuntersuchung

Die PatientInnen erhalten direkt nach der Klinikaufnahme eine gründliche, körperliche Untersuchung einschließlich der Erhebung des aktuellen neurologischen und psychischen Status. Weiterhin werden umfangreiche standardisierte laborchemische Untersuchungen von Blut und Urin durchgeführt. Bei speziellen Fragestellungen sind gezielte Laboruntersuchungen vorgesehen. Alle PatientInnen erhalten eine elektrokardiografische Untersuchung (EKG) und im weiteren Verlauf der Diagnostikphase eine farbkodierte dopplersonografische Untersuchung des Abdomens (Ultraschall), eventuell bei gegebener Fragestellung auch der Schilddrüse, des Herzens (Echokardiografie), sowie der extrakraniellen und der peripheren Gefäße. Alle Ergebnisse werden unmittelbar in unserer elektronischen Patientenakte festgehalten, um allen an der Behandlung der PatientInnen beteiligten Mitarbeitern zur Verfügung zu stehen.

Eine körperliche Entzugsbehandlung soll bereits vor Antritt der Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt worden sein. Trifft ein Patient trotz unserer schriftlichen Aufforderung, entgiftet zur Aufnahme zu kommen, alkoholisiert bzw. medikamenten- oder drogenintoxikiert in unserer Klinik ein, erfolgt zunächst eine Beobachtung des Patienten auf der Medizinischen Station. Sollte eine (erneute) Entzugsbehandlung notwendig werden, wird der Patient in die Ruppiner Kliniken (Neuruppin) verlegt. Der Transport erfolgt je nach ärztlicher Anordnung durch den Klinikbus oder als Krankentransport. Bis zur Rückübernahme des Patienten in unsere Klinik wird sein Therapieplatz frei gehalten.

5.1.2 Anamnese

Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfangreiche medizinische Anamnese, die durch die elektronische Patientenakte geleitet folgende Bereiche umfasst:

- Eigenanamnese
- Aktuelle Beschwerden
- Familienanamnese
- Vegetative Anamnese
- Gynäkologische Anamnese

Alle Angaben des Patienten werden unmittelbar in der elektronischen Patientenakte dokumentiert, um als Grundlage für die weitere Behandlungsplanung zur Verfügung zu stehen.

5.1.3 ärztliche Einzelbetreuung

Einleitung einer verhaltensmedizinischen Perspektive: Angesichts der somatischen Fixierung vieler PatientInnen mit psychischen bzw. psychosomatischen Störungen werden bei der Diagnostik entsprechend der Methode des „Trojanischen Pferdes" zunächst in erster Linie organische Aspekte aufgegriffen und ggf. Biofeedback und andere psychophysiologische Untersuchungsmethoden eingesetzt, um den PatientInnen zu vermitteln, dass auch in der Psychotherapie die organischen Beschwerden einen hohen Stellenwert haben. Ausgehend von organischen Untersuchungen werden sukzessive immer mehr psychische Inhalte eingebaut.
Konsiliardienst: Durch entsprechende Vereinbarungen mit den Ruppiner Kliniken, dem Ärztezentrum Neuruppin sowie mehreren Fachärzten in der näheren Umgebung besteht die Möglichkeit, jede Konsiliaruntersuchung kurzfristig durchführen zu lassen. Die Fahrten werden durch einen Transportdienst der Klinik durchgeführt.

Absetzen von nichtindizierter Medikation: Bei PatientInnen mit psychischen Störungen erfolgt häufig eine symptomatische, medikamentöse Therapie über einen längeren Zeitraum. Entsprechend kommt ein erheblicher Anteil der PatientInnen mit Medikamenten, die sie längerfristig eingenommen haben, die aber wenig erfolgreich waren, zur Behandlung in eine psychosomatische Klinik, verbunden mit häufigen Missbrauchs- und Sucht-, aber auch Complianceproblemen. Vor diesem Hintergrund erfolgt das Ausschleichen bzw. Absetzen von nicht indizierter Medikation als integrierter Bestandteil der Gesamtbehandlung.
Überwindung von Risikoverhalten: Das bei Medikamentenabhängigen häufig zu beobachtende chronische Krankheitsverhalten ist gekennzeichnet durch zunehmende Passivität und Hilflosigkeit der Betroffenen, eine übermäßige Inanspruchnahme medizinisch-diagnostischer Maßnahmen des psychosozialen Versorgungssystems, körperliches und soziales Schonverhalten sowie eine sozial und familiär stabilisierte Krankenrolle. Viele SuchtpatientInnen zeigen gleichzeitig ein gesundheitsschädliches Risikoverhalten in Form von weitgehender Missachtung körperlicher Warnsymptome (Ernährung, Rauchen, Arbeitsschutz, Sport) und mangelnder Compliance bei medizinischen Maßnahmen. Schwerpunkte der verhaltensmedizinisch orientierten Behandlung sind daher:
- die Vermittlung eines adäquaten, handlungsleitenden Krankheitsverständnisses,
- die Veränderungen von Schon- und Krankheitsverhalten,
- die Vermittlung eines konstruktiven Umgangs mit Schmerzen und anderen Körpersymptomen anstelle von Bagatellisierung bzw. Aggravierung,
- der Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen (z.B. systematische Selbstbeobachtung oder Physiotherapie),
- ein konstruktiver Umgang mit medizinischen Hilfen und Medikamenten (u.a. die Erhöhung von Compliance bei notwendiger Dauermedikation, medikamentöser Neueinstellung, Handhabung bzw. Umstellung von Bedarfsmedikation),

- Abbau von unmittelbar gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährungsgewohnheiten).

5.1.4 Ernährungsberatung

Die moderne Ernährungswissenschaft geht davon aus, dass Selbstmanagement-Methoden einen wichtigen Stellenwert in der Ernährungsberatung darstellen. Dieser Vorstellung fühlen wir uns verpflichtet und haben unser Konzept danach ausgerichtet, die Patientinnen und Patienten darin anzuleiten, eine gesunde Ernährung in ihre eigenen Hände zu nehmen. Bei der Aufnahme in unserer Klinik werden anhand einer ausführlichen Diagnostik mit Aufnahmeuntersuchung und Anamneseerhebung, Laboruntersuchung, Abdomen-Sonographie und Bestimmung des Body-Maß-Index die Risikofaktoren erfasst. Bezugsarzt und Bezugstherapeut motivieren den Patienten und bestärken ihn zu einer aktiven Einflussnahme auf seine Risikofaktoren. Zusätzlich erhalten alle Patienten eine einführende Ernährungsberatung durch unsere Diätassistentin. Selbstverständlich ist uns eine geeignete medikamentöse ständig ärztlich überwachte Einstellung einer vorhandenen Hypertonie oder eines Diabetes mell. mit der Verordnung einer entsprechenden Diabetes Diät, die von unserem Diätkoch in Zusammenarbeit mit dem internistischen Oberarzt zusammengestellt wird.

Bei Unverträglichkeitsreaktionen können die PatientInnen in einem gemeinsamen Gespräch mit dem Küchenchef, dem Diätkoch und dem internistischen Oberarzt einen individuellen Speiseplan zusammenstellen, der entsprechende Wünsche berücksichtigt.

Ausgehend von Empfehlungen der DGE servieren wir dreimal in der Woche Fleisch und einmal Fisch. Des Weiteren werden für alle Mahlzeiten eine Nährstoffzusammensetzung und Kalorienangabe veröffentlich, sowie für die angebotenen Nahrungsmittel Fett- und Kalorientabellen.

Durch die behandelnden Bezugsärzte wird bei einer festgestellten Cholesterinerhöhung, bei Übergewicht und Bluthochdruck oder anderen Folgeerkrankungen von Übergewicht eine individuelle Ernährungsberatung angeboten.

Bei entsprechender Indikation nehmen die PatientInnen täglich an spezifischen Angeboten zur Unterstützung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen und zur Gewichtsabnahme in unserer Sporttherapie teil (Adipositasgruppe, Ergometer-Training, Fitness-Training). Spezielle Angebote für essgestörte Patientinnen und Patienten sind die Gruppe Gesundheit und Ernährung für adipöse PatientInnen und die Essgestörtengruppe für Anorexia N. und

Bulimie. Um das Essverhalten zu optimieren nehmen diese Patienten ihre Mahlzeiten auch an einem therapeutisch-begleiteten Tisch ein.

Einmal wöchentlich findet durch unseren internistischen Oberarztes eine Diabetes-Sprechstunde statt, in der die medikamentöse Einstellung besprochen wird, Ernährungspläne ausgearbeitet werden und die Kontrolle der Blutzucker-Werte sowie des Gewichts gewährleistet ist.

5.1.5 Medizinische Abschlussuntersuchung

Jeder Patient erhält vor der Entlassung eine ausführliche Abschlussuntersuchung einschließlich einer Routinelaboruntersuchung. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden mit dem Patienten besprochen, besonders im Hinblick auf die weiteren notwendigen medizinischen Maßnahmen nach der Entlassung aus unserer Klinik.

Sozialmedizinische Begutachtung: Die Sicherung bzw. Wiederherstellung eines mindestens 6-stündigen Leistungsvermögens ist das vorrangige Ziel jeder Rehabilitationsmaßnahme. In der Zusammenschau

- der körperlichen Untersuchungen,
- des psychopathologischen Befundes,
- der testpsychologischen Ergebnisse,
- der labordiagnostischen und technischen Befunde,
- fachärztlicher Befunde,
- eines Fähigkeitenprofils in Anlehnung an MELBA (siehe Kap. 6.13.3.2),
- eventueller externer Belastungserprobungen und
- des Fitness-Profils

wird eine sozialmedizinische Leistungsbeurteilung vorgenommen und mit den PatientInnen besprochen. Sollten Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig erscheinen, wird in diesem Forum darüber entschieden und evt. die Vorstellung bei der Reha-Beraterin der Deutschen Rentenversicherung Bund eingeleitet, die regelmäßig in zweiwöchigem Abstand zu Beratungen in die Klinik kommt. Notwendige Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden bereits während des stationären Aufenthaltes eingeleitet, sofern keine gravierenden Hindernisse dies unmöglich machen.

Jeder stationäre Rehabilitationsaufenthalt in unserer Klinik endet mit der Erstellung eines ärztlichen Entlassungsberichtes, welcher unter anderem die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens hat. In diesem Bericht werden somit alle sozialmedizinisch relevanten Befunde zusammengefasst und in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung bewertet.

5.2 Medizinische Station

Die Medizinische Station ist Dreh- und Angelpunkt des organmedizinischen Handelns. Sämtliche technischen Untersuchungen und medizinischen Behandlungsmaßnahmen werden von hier aus organisiert.
Die Medizinische Station ist rund um die Uhr an allen Tagen des Jahres mit Krankenschwestern besetzt, die im Schichtdienst arbeiten. Der diensthabende Arzt übernachtet ebenfalls auf der Aufnahmestation, um in Krisenfällen kurzfristig erreichbar zu sein. Damit sind die Mitarbeiter der Medizinischen Station gemeinsam mit dem diensthabenden Arzt die zentrale Anlaufstelle für PatientInnen außerhalb des Regelbetriebs der Klinik. Die wesentlichen Aufgaben der Mitarbeiter der Medizinischen Station bestehen in der Begrüßung, der Einführung und der pflegerischen Aufnahme neuer PatientInnen, in Vitalzeichenkontrollen, im Ausarbeiten der Patientenkurven, im Stellen und in der Ausgabe von Medikamenten, in der Durchführung von Alkohol- und Drogenkontrollen, in der Unterstützung der Ärzte bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie in der Durchführung von entlastenden Gesprächen bei PatientInnen in krisenhaften Zuständen.
PatientInnen, die aufgrund einer psychischen oder somatischen Krise überwacht werden müssen, werden aus dem Therapiebereich auf die Medizinische Station verlegt.

5.3. Psychotherapie durch den Bezugstherapeuten

Die Psychotherapeutischen Angebote des Bezugstherapeuten unterscheiden sich danach, in welcher Phase sich Alkohol- und Medikamentenabhängige hinsichtlich ihrer Abstinenzbemühungen befinden. Der Schwerpunkt der Behandlung liegt auf einem individuell unterschiedlichen Ausmaß an kontinuierlicher einzeltherapeutischer Betreuung durch die/den Bezugstherapeutin/en (mindestens 1 Einzelgespräch pro Woche) sowie an regelmäßiger Gruppenpsychotherapie innerhalb der Bezugsgruppe.

5.3.1 Aufnahmegespräch

Das Aufnahmegespräch dient zur Abklärung und der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Informierung der PatientInnen über das weitere Vorgehen, sowie der selektiven Indikationsstellung. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jeder/s Patientin/en geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase sie/er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit ihrer/seiner Störung befindet. Schließlich wird die Notwendigkeit sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren) abgeklärt. Alle Angaben der PatientInnen werden unmittelbar in der elektronischen Patientenakte dokumentiert, um für die weitere Behandlungsplanung allen beteiligten MitarbeiterInnen zur Verfügung zu stehen.

Aus Sicht der PatientInnen stellt das Aufnahmegespräch sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der PatientInnen schaffen helfen. Die PatientInnen werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

5.3.2 Psychodiagnostik

Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der PatientInnen. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der TherapeutInnen.

Die psychologische Diagnostik umfasst im Einzelnen:
- strukturiertes, störungsübergreifendes Interview (CIDI),
- störungsübergreifende Fragebogen (RMK)

- AUDIT
- SCL-9
- Fragebogen zur Lebenszufriedenheit FLZ
- BDI
- Angstfragebogen STAI
- Fagerström Test
- Fragebogen zum Essverhalten FEV
- Soziale Unterstützung SOZU
- Stressfragebogen SF12
- Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster AVEM
- Selbstwirksamkeitserwartung SWE
- Bewältigungsfertigkeiten COPE
- Lebenszufriedenheit SOEP
- Rückfallgefährdung und Abstinenzzuversicht AASE

- Fakultative Diagnostik
  Bei Verdacht auf kognitive und intellektuelle Leistungsstörungen wird eine neuropsychologische Abklärung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfähigkeit, des Gedächtnisvermögens sowie der allgemeinen kognitiven Flexibilität (v.a. Alertness, geteilte Aufmerksamkeit, selektive Aufmerksamkeit) in Form einer computergestützten Testbatterie (TAP - Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung) durchgeführt. Aufmerksamkeits-Belastungs-Test (d2), Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis und Aufmerksamkeitsstörungen (SKT), Diagnostikum für Cerebralschädigung (DCS) und Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest (MWT-B) sind weitere sinnvolle Instrumente.

5.3.3 Auswertungsgespräch

Eine gezielte und qualifizierte Rückmeldung der Diagnostikergebnisse stellt eine wichtige und effektive Intervention bei der Motivierung von Alkoholabhängigen dar. Der Therapeut sollte hierbei lange und komplexe Ausführungen vermeiden, und auf einfache Formulierungen und logische Stringenz seiner Erklärungen achten. Er sollte insbesondere auf

Skepsis oder Einwände der PatientInnen eingehen. Das Auswertungsgespräch umfasst folgende Punkte:

Rückmeldung allgemeiner Diagnostik-Ergebnisse

Der Therapeut beginnt mit der Rückmeldung in Bezug auf mögliche psychische oder körperliche Problembereiche des Patienten Es geht dabei darum, die z.T. sehr vielschichtige individuelle Problematik eines Patienten glaubhaft auf den Ansatz einer Abhängigkeitsbehandlung zu konzentrieren.

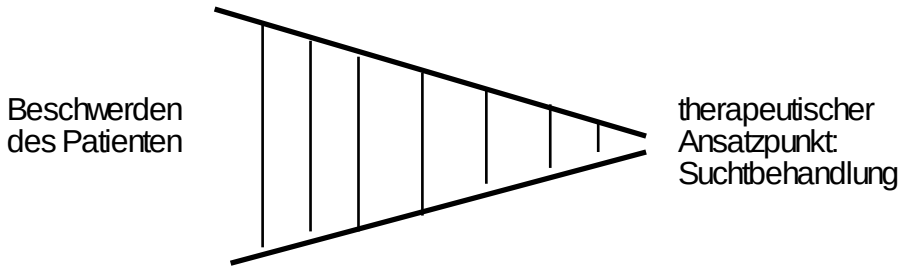


Abb. 10: Rückmeldung allgemeiner Diagnostikergebnisse

Nach Möglichkeit ist eine Aneinanderreihung mehrerer Diagnosen zu vermeiden, sondern eine der folgenden 4 Rückmeldungen zu wählen:

- Beruhigung: „alles normal“
- Probleme als Folge der Sucht
- Alkohol als Problemlöser für ...
- unabhängig von Alkohol bestehendes Problem

Rückmeldung vorläufiger Suchtdiagnostik-Ergebnisse

Insbesondere folgende Informationen können geeignet sein, um eine kritische Selbstreflexion des Patienten hinsichtlich seines Alkoholkonsums anzustoßen bzw. zu bestärken:

- In welcher Hinsicht unterscheidet sich der Alkoholkonsum des Patienten von einem harmlosen, sozial integrierten Alkoholkonsum?
- Welche negativen Auswirkungen gesundheitlicher oder sozialer Art sind durch den Alkoholkonsum bereits eingetreten?
- Welche Indizien sprechen für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit?

Hauptanliegen ist es, dem Patienten ein Abhängigkeitsmodell zu vermitteln, dass anstelle einer einheitlichen, von der Normalität klar abgrenzbaren Krankheit („Bin ich Alkoholiker oder nicht?“) das Konzept einer „individuellen Abhängigkeit“ akzentuiert („In welchen Momenten bin ich versucht, Alkohol zu trinken und in welchen nicht?“):

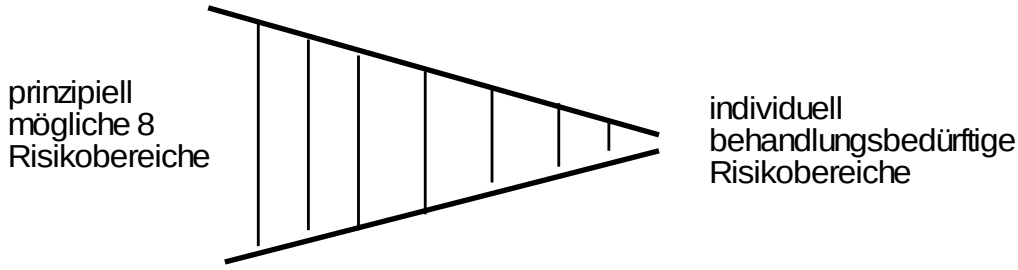


Abb. 11: Rückmeldung suchtspezifischer Diagnostikergebnisse

Hierzu können insbesondere die Ergebnisse der Psychodiagnostik zusammen mit den Angaben des Patienten zu einem optischen Risikoprofil in Form eines Balkendiagramms zusammengefügt werden.

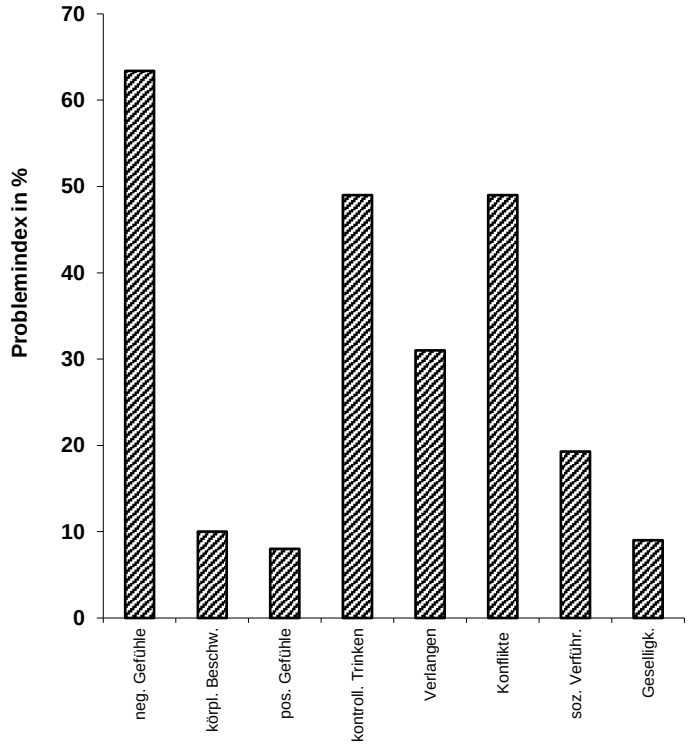


Abb. 11: Beispiel für das Rückfallrisikoprofil eines Alkoholabhängigen

Erläuterung der individuellen Therapieindikation

Die Schlussfolgerungen aus der Rückmeldung zur Suchtproblematik für die weitere Behandlungsplanung sind jeweils anders akzentuiert je nachdem, in welcher Veränderungsphase der Patient sich in der Auseinandersetzung mit seinem Alkoholproblem befindet.
- Precontemplation: Bei Patienten in der Precontemplationphase geht es bei der Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik darum, die Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung des Patienten zu markieren. Zur Vermeidung von Reaktanz bzw. in-

teraktionellem Widerstand sollten bei Widerspruch des Patienten allerdings keine weiteren Überzeugungsversuche gemacht werden. Entsprechend benötigen die Patienten in der Precontemplationphase im weiteren Therapieverlauf v.a. Informationen, die es ihnen unter Wahrung ihres Selbstwertgefühls erlauben, ihre bisherige Einstellung zu ihrem Alkoholkonsum aufzugeben. Sie benötigen gleichzeitig interaktionellen Freiraum, um sich selbst entscheiden zu können.

- Contemplation: Für Patienten in der Contemplationphase geht es im weiteren Therapieverlauf in erster Linie darum, sie in ihrer kritischen Selbstreflexion gegenüber ihrem Suchtmittelkonsum zu bestärken und mit emotional „eindrucksvollen" Informationen zu versorgen, die ihre Kosten-Nutzen-Analysen in Richtung künftige Abstinenz gehen lassen. Gleichzeitig ist aber auch ihre Ambivalenz bezüglich möglicher Therapieziele und Veränderungsschritte zu entpathologisieren und ernst zu nehmen.

- Action: Die Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik zielt bei Betroffenen in der Action-Phase darauf ab, die Betroffenen in ihrer Änderungsbereitschaft zu würdigen und gezielte Möglichkeiten der Veränderung, voraussehbare Schwierigkeiten sowie der therapeutischen Unterstützungsmöglichkeiten bei ihrer Überwindung aufzuzeigen. Zunächst sollte die Selbstdiagnose der PatientInnen bestätigt und möglichst viele beschämende/beunruhigende Details als normale Aspekte einer Abhängigkeit entpathologisiert werden. Anstelle internal stabiler Zielvariablen wie Motivation, Charakter, Willen sollte die Steigerung von Bewältigungsfertigkeiten von persönlich relevanten Risikosituationen als Ansatzpunkt für eine Suchtbehandlung herausgestellt werden.

- Maintenence: Ziel der Rückmeldung der suchtspezifischen Diagnostik bei Patienten in der Maintenence-Phase ist es, anstelle eines Alles-oder-Nichts-Denkens („ich habe es geschafft vs. ich bin wieder rückfällig") Rückfälle als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses zu vermitteln. Hierzu sollten die PatientInnen in ihren trotz eines Rückfalls bereits bestehenden Ressourcen bestärkt und die noch fehlenden Fähigkeiten situativ eingegrenzt werden.

5.3.4 Einzeltherapie

In den letzten Jahren hat die Einzeltherapie einen immer größeren Stellenwert in der Behandlung von Suchtkranken bekommen. Anstelle des früheren Primats der Gruppentherapie (der Wunsch eines Patienten nach einem Einzelgespräch wurde als Vermeidungsverhalten gewertet) erwiesen sich regelmäßige Einzelkontakte unabdingbar bei dem Versuch, die Therapiemaßnahmen und die Therapiedauer individuell auf die Problematik des einzelnen Patienten abzustimmen. Um allerdings einerseits angesichts der beschränkten zeitlichen Ressourcen der Behandler in Suchttherapieeinrichtungen zielgerichtet arbeiten zu können und andererseits zu verhindern, immer wieder durch überraschende Rückfälle

in einer kontinuierlichen Therapie unterbrochen zu werden, haben die Einzelgespräche folgende Ablaufstruktur (Lindenmeyer, 2016):

- Begrüßung
- Gab es Suchtmittelkonsum/Beinahekonsum oder Situationen, in denen der Patient Verlangen verspürt hat? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Gab es sog. "therapieschädigendes Verhalten" z.B. Nichtteilnahme, Nichterledigen von Aufgaben, Regelverstöße, negative Äußerungen über Therapie, kritische Rückmeldungen von therapeutischen Mitarbeitern? (wenn ja, vorrangig bearbeiten)
- Besprechung der Therapieaufgabe des Patienten aus der letzten Sitzung.
- Thema der Stunde
- Erneute Therapieaufgabe bzw. Wochenplanung für den Patienten

Die Frequenz der Einzeltherapie richtet sich nach der individuellen Indikation jedes Patienten. Bei vielen PatientInnen ist 1 Einzelgespräch pro Woche ausreichend. PatientInnen mit psychischer Komorbidität benötigen dagegen 2-3 Einzelgespräche pro Woche. BorderlinepatientInnen haben in der ersten Therapiehälfte täglich ein Einzelgespräch, um selbstschädigendes Verhalten nicht durch entsprechend vermehrte Einzeltherapietermine ungewollt zu verstärken.

Verhaltensanalyse des Suchtmittelkonsums

Eine Verhaltensanalyse ist bei Suchtproblemen in der Regel schwieriger als in anderen Störungsbereichen:

- Die meisten Fragen sind den Betroffenen äußerst unangenehm, da sie sich auf peinliches bzw. schuldhaftes Verhalten beziehen.
- Der Konsum von Suchtmitteln ist oftmals weitgehend automatisiert, so dass den Betroffenen kaum noch Einzelheiten bewusst sind. Außerdem können die persönlichen Motive des Suchtmittelkonsums durch soziale Anlässe bzw. Rituale verdeckt sein (sog. „soziale Maskierung“).
- Oftmals sind Gedächtnis und Konzentrationsfähigkeit bei SuchtpatientInnen aufgrund ihres Suchtmittels beeinträchtigt.

Entsprechend stellt die Verhaltensanalyse in der Behandlung von Suchtkranken häufig eine erhebliche motivationale Hürde dar. Sie impliziert eine veränderte Sichtweise des eigenen Suchtmittelkonsums und ein erhebliches Maß an kritischer Selbstreflexion, die am Behandlungsbeginn keinesfalls vorausgesetzt werden kann.

Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells

Für eine kognitive Verhaltenstherapie bei Suchtproblemen ist entscheidend, dass den PatientInnen ein einfaches, auf den Einzelfall abgestimmtes Erklärungsmodell vermittelt wird, aus dem unmittelbare Interventionen abgeleitet werden können.

Anstelle von traitorientierten Begriffen wie „Kontrollverlust“, „Willensschwäche“ oder „Suchtcharakter“ lässt sich mit Hilfe der 2 folgenden Suchtmechanismen ein verhaltenstheoretisches Modell mit den PatientInnen erarbeiten, das die situative Einbettung des Suchtmittelkonsums betont:

- Zwei-Phasen-Wirkung von Suchtmitteln: Unmittelbar im Anschluss an die kurzfristig angenehm erlebte Suchtmittelwirkung treten langfristig aversive Zustände ein, die wiederum Auslöser für die erneute Einnahme des Suchtmittels werden. Hierdurch kann gemäß dem Paradigma der operanten Konditionierung die immer größere Attraktivität des Suchtmittels für den Betroffenen erklärt werden. Es wird vom Einzelfall abhängen, ob bei den aversiven Zuständen eher intrapsychische Folgen des verstärkten Suchtmittelkonsums (z.B. negatives Selbstbild, Coping-Defizite, Resignation nach einem Rückfall), somatische Veränderungen (z.B. Toleranzsteigerung, Entzugserscheinungen) oder negative psychosoziale Auswirkungen (z.B. Konflikte) im Vordergrund stehen.
- Automatisierung des Suchtmittelkonsums: Im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung wird der Suchtmittelkonsum allerdings immer mehr zu einer situativ automatisch ausgelösten und ritualisierten Handlung, die einer rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich ist. Über Prozesse der klassischen Konditionierung (cue reactivity), der Entwicklung automatisierter Suchtkognitionen („Jetzt brauche ich einen Schluck“) bzw. eine Sensitivierung des Belohnungssystems entsteht im Verlauf der Suchtentwicklung das sogenannte „Suchtgedächtnis“ in Form einer immer engeren Koppelung von neuronaler Aktivität an suchtmittelbezogene Stimuli, die selbst dann nur schwer zu löschen ist, wenn gar keine subjektiv angenehme Suchtmittelwirkung mehr erlebt wird. Entsprechend haben SuchtpatientInnen mitunter wenig Bewusstheit darüber, warum sie immer wieder zu ihrem Suchtmittel greifen. Hierdurch können auch plötzlich auftretendes Verlangen und scheinbar unerklärliche Rückfälle bei Suchtmittelabhängigen selbst nach längeren Abstinenzphasen erklärt werden.

Behandlung von psychischer Komorbidität

Den BezugstherapeutInnen stehen ausgearbeitete Behandlungsmanuale zur Behandlung von folgenden komorbiden Störungen auf verhaltenstherapeutischer Grundlage zur Verfügung (siehe separates Behandlungskonzept, Lindenmeyer & Cina 2016):

- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Zwangsstörungen
- Somatoforme Störungen
- Essstörungen
- Pathologisches Glücksspiel

Rückfallprävention

Die Entstehung eines Rückfalls lässt sich als Folge von mangelnder Selbstwirksamkeitsüberzeugung und unzureichenden Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen in individuell relevanten Risikosituationen beschreiben. Zusätzlich werden die Bewältigungsfähigkeiten und Selbstwirksamkeitsüberzeugung der Betroffenen in Risikosituationen sowohl durch klassisch konditionierte Reaktionsweisen, als auch durch ein selbst nach langfristiger Abstinenz sofort aktivierbares alkoholbezogenes semantisches Netzwerk (sog. „Suchtgedächtnis„) beeinträchtigt. Übereinstimmend kommen alle Rückfallstudien zu dem Schluss, dass hierbei die Zeit der größten Rückfallgefährdung innerhalb des ersten Jahres nach Abschluss einer Behandlung besteht.

Ein zentrales Anliegen der Rückfallprävention ist eine systematische Vorbereitung der PatientInnen auf die kritische Zeit des ersten Jahres nach Abschluss der stationären Behandlung sowie die Erhöhung der Bewältigungskompetenzen von individuell relevanten Rückfallrisikosituationen. Um künftig in realen Risikosituationen sicher abrufbar zu sein, müssen Bewältigungsstrategien in Übungssituationen mit tatsächlichem Versuchungscharakter trainiert werden. Außerdem führt die erfolgreiche Bewältigung einer von den Betroffenen wirklich als kritisch eingeschätzten Versuchungssituation zu einer Erhöhung ihrer Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Schließlich hat sich ein Höchstmaß an Realismus der Expositionsübungssituationen als erforderlich erwiesen, um eine Entkoppelung der rückfallbegünstigenden physiologischen und kognitiven Automatismen von Suchtmittelabhängigen zu bewirken.

Behandlungsmaßnahmen zur Rückfallprävention (Lindenmeyer, 2016)

Ablehnungstraining

Immer wieder fühlen sich abstinent lebende Alkoholabhängige von Außenstehenden dazu gedrängt, Alkohol (mit)zutrinken. In derartigen sog. "sozialen Verführungssituationen" kommt es darauf an, die Aufforderung der Umwelt selbstsicher ablehnen zu können, ohne sich in eine längere Diskussion verwickeln zu lassen. Entsprechende Risikosituationen werden im Rollenspiel möglichst realistisch durchgespielt und dabei die eigenen Verhaltensmöglichkeiten schrittweise verbessert. Unter anderem gilt es in diesem Zusammenhang zu überlegen, in welchen Situationen die Betroffenen beim Ablehnen offen zu ihrer Alkoholabhängigkeit stehen wollen und in welchen dies eher nicht angezeigt ist. Relevante Übungssituationen sind Besuch von früheren Trinkkumpanen, Ablehnen von Alkoholangeboten bei Familienfeiern oder Partys, Ablehnen von Alkoholangeboten bei einer Verabredung / Flirt, Ablehnen von Alkohol am Arbeitsplatz (Beförderung, Vertragsabschluss, Einstand, Messebesuch, Geschäftsessen).

Bewältigungstonbänder

Der Patient entwirft ein möglichst anschauliches Szenario einer möglichen Rückfallsituation und beschreibt, wie er diese Situation gerade noch rechtzeitig abstinent bewältigt. Er spricht das so entstandene Skript auf Tonband, das er sich im Sinne einer selbstgeleiteten Vorstellungsübung regelmäßig anhört. Ziel ist es, alkoholbezogene Assoziationsmuster und automatisierte Trinkgewohnheiten durch

gezielte Bewältigungsstrategien und Abstinenzgedanken nach dem Paradigma der Verdeckten Kontrolle zu überschreiben.

Expositionsübungen

Patienten konfrontieren sich mit persönlich relevanten Auslösebedingungen (z.B. die unmittelbare Konfrontation mit alkoholischen Getränken, Stimmungsinduktion durch Musik, gezielte Erinnerungen, das Aufsuchen bestimmter Örtlichkeiten oder Personen), um die abstinente Bewältigung von erheblicher Versuchung Alkohol zu trinken in vivo zu üben. Bei der ersten Expositionsübung erfolgt eine genaue Instruktion durch den Therapeuten.

AntiAlkoholtraining AAT

Mithilfe des computerbasierten AntiAlkoholtrainings AAT lernen die Patienten innerhalb von 6x15 minütigen Sitzungen, ihre automatisierte Alkoholannäherungstendenz zu überwinden.

Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen

Da in der Regel ein Rückfall selbst bei bester Prognose eines Patienten niemals mit Sicherheit auszuschließen ist, sollte jeder Patient auf die Möglichkeit eines Rückfalls vorbereitet werden. Ziel ist es hierbei, Rückfälle, wenn sie schon nicht verhindert werden konnten, im Sinne einer Schadenbegrenzung möglichst rasch beenden zu lernen. Aufgrund des drohenden Rückfallschocks kommt es hierbei darauf an, dass der Patient und – falls möglich - Angehörige über einen einfachen und vor allem fest eingeprägten sog. "Notfallplan" verfügen. Ein Notfallplan sollte folgende Elemente enthalten:
Wer ist der geeignete Ansprechpartner bei einem Rückfall?
Festlegung der geeigneten Reihenfolge von Maßnahmen,
Wiedergewinnung von Abstinenzzuversicht.

Es geht hierbei nicht darum, für jede Risikosituation eine optimale Bewältigungsreaktion zu finden. Dies würde die kognitive und emotionale Stressbelastung der Betroffenen in Risikosituationen nur weiter erhöhen. Entscheidend für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist vielmehr, dass die Betroffenen selbst bei zunächst erfolglosen Bewältigungsbemühungen ausreichend Selbstwirksamkeitsüberzeugung behalten, um selbst starkem Verlangen nach Suchtmitteln in einer Risikosituation standhalten zu können. Das subjektive Erleben der Expositionsübungen durch die PatientInnen, der zeitliche Verlauf des Suchtmittelverlangens sowie die Auswirkungen auf ihre Abstinenzzuversicht werden laufend thematisiert. Beispielsweise ist der Tendenz mancher Betroffener entgegenzuwirken, eine erfolgreich bewältigte Übungssituation gewissermaßen als einen für allemal bestandenen Härtetest misszuverstehen und damit die Möglichkeit künftiger Rückfälle in fahrlässiger Selbstüberschätzung völlig auszuschließen. Andererseits ist von therapeutischer Seite die drohende Demoralisierung von PatientInnen und ihren Angehörigen bei erneuter Suchtmitteleinnahme in Übungssituationen aufzufangen.

Umgang mit Rückfällen

Rückfälle während der Behandlung gehören zum Alltag einer Suchtklinik. In zahlreichen Studien konnte gezeigt werden, dass eine disziplinarische Entlassung der betroffenen PatientInnen in den wenigsten Fällen hilfreich ist. Stattdessen erscheint ein differenzierter, einzelfallorientierter Umgang mit Rückfällen während der Behandlung indiziert:

- Ein Rückfall kann eine mangelnde Eignung des bisherigen therapeutischen Vorgehens bei einer/m Patientin/en bedeuten.
- Ein Rückfall kann eine momentane Überforderung einer/s Patientin/en in einer Versuchungssituation darstellen.
- Ein Rückfall kann Ausdruck einer generellen Abstinenzunwilligkeit der/s Patientin/en sein.
- Ein Rückfall kann Bestandteil eines interaktionellen Konflikts zwischen PatientIn und TherapeutIn sein.

Entsprechend ist unsere Reaktion auf den Rückfall einer/s Patientin/en auch nicht von der bisherigen Anzahl ihrer/seiner Rückfälle abhängig, sondern erfolgt nach der jeweils vorliegenden medizinischen und therapeutischen Indikation. Hauptziel ist hierbei, den PatientInnen bei einer möglichst raschen Überwindung ihres Rückfalls zu helfen.

Mit jeder/m Patientin/en wird bereits in den ersten Tagen der Behandlung die Möglichkeit eines Rückfalls während der Behandlung ausführlich besprochen, und es wird ein konkreter Notfallplan für diesen Fall ausgearbeitet. Von den Diagnostikergebnissen, dem Ausmaß an Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut hinsichtlich dieser Ergebnisse und der Kooperation der PatientInnen hinsichtlich des Themas Rückfall hängt es ab, welche Ausgangsregelung der Therapeut für die ersten Behandlungswochen vorschlägt.

Ein selbst gemeldeter Rückfall hat in der Regel keine disziplinarische Konsequenz. Er hat allerdings sehr wohl Auswirkungen auf das weitere therapeutische Vorgehen: Bei Rückfällen innerhalb der ersten Behandlungswochen ist eher eine Vermeidung von Risikosituationen durch Ausgangsbeschränkung indiziert. Bei Rückfällen in der zweiten Therapiehälfte geht es v.a. darum, dass die/der Betroffene durch gezielte therapeutische Maßnahmen (Expositionsübungen) möglichst rasch lernt, die Rückfallsituation künftig abstinent zu bewältigen.

Wenn SuchtpatientInnen einen Rückfall dagegen verheimlichen und erst durch KlinikmitarbeiterInnen „ertappt“ werden bzw. bei regelmäßigen Routinekontrollen auffallen, hängt unsere Bereitschaft zur Weiterbehandlung davon ab, inwieweit sie sich aktiv um eine Wiederherstellung des gestörten Vertrauensverhältnisses bemühen. Die erneute Verheimlichung eines Rückfalls führt in der Regel zur Entlassung. Somit besteht eine deutliche Differenzierung zwischen vorsätzlichem und krankheitsbedingtem Handeln.

In jedem Fall werden rückfällige PatientInnen zunächst auf unsere Aufnahmestation verlegt, die sie nicht verlassen dürfen, bis sie wieder nüchtern sind und über das weitere therapeutische Vorgehen entschieden wurde.

5.3.5 Motivationsarbeit

SuchtpatientInnen machen einen komplizierten, sich über mehrere Phasen erstreckenden Entscheidungsprozess durch, bevor sie sich zur Aufgabe ihres Suchtmittelkonsums durchringen können. Beispielsweise erleben viele PatientInnen aufgrund der kulturellen Integriertheit von Alkohol die therapeutisch begründete Aufforderung konsequenter Alkoholabstinenz als Kränkung ihres Selbstwertgefühls bzw. soziale Ausgrenzung. Einer sorgfältigen Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells für die eigene Abhängigkeitsentwicklung und der daraus abzuleitenden Behandlungsmethoden in Form einer dosierten Informationsvermittlung kommt somit größte Bedeutung als erster „Prüfstein" in der Therapeut-Patient-Beziehung und für den Aufbau einer stabilen Behandlungsmotivation zu.

PatientInnen, mit denen am Behandlungsbeginn keine ausreichende Übereinstimmung über die Ergebnisse der Diagnostik bzw. die daraus abgeleiteten Erklärungsmodelle oder Therapieziele und -methoden erzielt werden kann, werden über die Einzel- und Gruppentherapie hinaus einem spezifischen Motivationsförderungsprogramm zugeführt. Dies besteht aus bis zu 14 medizinisch-psychologischen Kurzvorträgen zur Entstehung und Behandlung von Suchtmittelabhängigkeit, in deren Anschluss die PatientInnen kurze Fragebögen erhalten, um das neuerworbene Wissen auf sich selbst anzuwenden.

Gleichzeitig führt der/die Bezugstherapeut(in) im Rahmen einer fallbezogenen Supervision eine vertikale Verhaltensanalyse anhand von Videoaufnahmen durch, um sein/ihr Interaktionsverhalten anstelle fruchtloser Konfrontation gegenüber der/dem Patientin/en systematisch zu optimieren. Wo möglich wird schließlich eine Zusammenarbeit mit Angehörigen oder VorbehandlerInnen gesucht, um durch diese eine konstruktive Präsentation von Realität gegenüber der/dem Patientin/en zu erreichen.

5.3.6 Angehörigenarbeit

Die wichtigsten Bezugspersonen der PatientInnen werden, wenn sie bei der Aufnahme nicht anwesend waren, durch die BezugstherapeutInnen in einem ausführlichen Brief über das Behandlungskonzept informiert und zu einer aktiven Beteiligung an der Behandlung eingeladen.

Für alle Angehörigen und Bekannten von PatientInnen findet jeden Sonntag eine Informationsveranstaltung in der Klinik statt. In ihr werden das Suchtverständnis und das Behandlungskonzept der Klinik erläutert. Außerdem besteht die Möglichkeit, auf Fragen von Angehörigen einzugehen.

In einer festen Partnerschaft lebende PatientInnen werden gemeinsam mit ihren PartnerInnn zu zwei Partnerseminaren in der Klinik eingeladen. Ziele der Partnerseminare sind (Lindenmeyer, 2003):

- der (Wieder)Aufbau positiven Erlebens und gegenseitigen Verstehens in der Partnerschaft, um dadurch die Abstinenzzuversicht beider Partner zu erhöhen,
- die Verbesserung der Kommunikations- und Konfliktlösefertigkeiten eines Paares, um die Voraussetzung für eine gemeinsame Bewältigung von Rückfallrisiken zu verbessern,
- die Erarbeitung eines konkreten Notfallplans im Umgang mit drohenden oder eingetretenen Rückfällen.

Zu Beginn des ersten Partnerseminars wird den Betroffenen ein Modell bezüglich Abhängigkeit und Partnerschaft vermittelt, das einerseits beide Partner von gegenseitigen Schuldzuweisungen entlastet, andererseits aber ihre gemeinsame Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Abstinenz betont. Schwerpunkte beider Partnerseminare sind Rollenspielübungen, in denen die Partner systematisch ihre Kommunikations- und Konfliktlösemöglichkeiten erweitern.

Im zweiten Partnerseminar steht die konkrete Rückfallprophylaxe im Fordergrund. Die Partner üben, sich bei Angst vor einem Rückfall, einem Rückfallverdacht und Suchtmittelverlangen in Rückfallrisikosituationen zu verständigen und gegenseitig zu unterstützen. Die Paare erarbeiten schließlich einen gemeinsamen Notfallplan, in dem konkrete Schritte für den Fall eines Rückfalls vereinbart sind, um den Betroffenen wieder zur Abstinenz zurückzuführen.

Die Partnerseminare finden jeweils von Freitag 16.00 Uhr bis Sonntag 12.00 Uhr in Kleingruppen von maximal 6 Paaren statt. Die PatientInnen können während des Partnerseminars mit ihren Partnern außerhalb der Klinik übernachten. Die beiden Partnerseminare finden jeweils in derselben Teilnehmergruppe beim selben Therapeuten bzw. bei derselben Therapeutin statt und bauen inhaltlich aufeinander auf.

5.3.7 Bezugsgruppentherapie

Die Bezugsgruppe findet 4-5 mal pro Woche á 90 Minuten statt. Die Teilnehmergröße beträgt im Durchschnitt 10 PatientInnen. Es handelt sich hierbei um sogenannte „halboffene“ Gruppen, in denen ausscheidende PatientInnen durch neue PatientInnen ersetzt

werden. Der Vorteil von halboffenen Gruppen gegenüber sog. „geschlossenen" Gruppen besteht in der Möglichkeit individuell unterschiedlich langer Therapiedauer in Abhängigkeit von der Problematik eines Patienten, sowie in einer erheblich besseren Auslastung der Behandlungsplätze. Aufgrund der ständigen Fluktuation der PatientInnen innerhalb halboffener Gruppen ist es allerdings nur bedingt möglich, die in den veröffentlichten Gruppentherapiemanualen dargestellte Abfolge von auf einander aufbauenden Themen über einen längeren Zeitraum einzuhalten. Es empfiehlt sich stattdessen, jeweils für jeden einzelnen Patienten einen inhaltlichen Verlauf innerhalb der Gruppentherapie zu konzipieren, der dann intervallmäßig über mehrere Gruppenstunden fortgeführt werden kann. In den einzelnen Gruppentherapiesitzungen stehen dadurch jeweils mehrere PatientInnen nacheinander für eine begrenzte Zeit im Mittelpunkt (Lindenmeyer, 2005c).

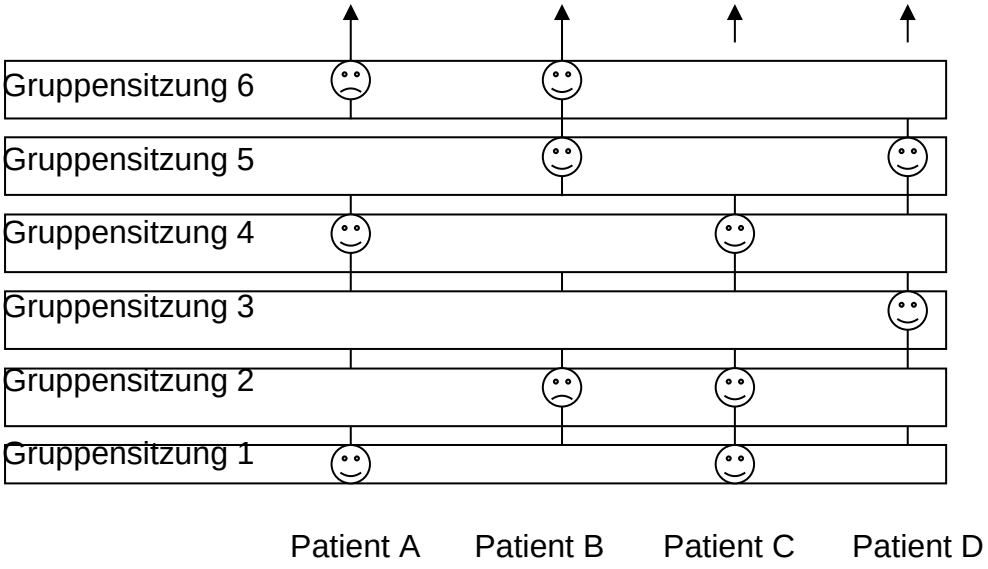


Abb. 12: Die Ablaufstruktur bei halboffenen Therapiegruppen

Anders als in einer Einzeltherapie ist die Teilnahme an einer Gruppentherapie für die PatientInnen niemals selbstverständlich. Entscheidend ist daher, dass der Patient sich zu jedem Zeitpunkt zumindest im Groben darüber im Klaren ist, wozu er an der Therapiegruppe teilnimmt. Entsprechend sollte der Patient vom Therapeuten immer wieder mit bestimmten Aufgaben innerhalb der Gruppentherapiesitzungen betraut werden, auf die er sich vorbereiten kann und die ein für ihn transparentes Ziel verfolgen. Jeder Patient enthält ein persönliches Teilnehmerheft (Lindenmeyer, 2010), das ihn durch die gesamte Gruppenteilnahme begleitet.

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumen-ta-tion
Vorstellung neuer Patienten	• Herstellung instrumenteller Gruppenbedingungen • Integration neuer Patienten	• Neuen Patienten sich vorstellen lassen • Vorstellung und Rückmeldung durch Mitpatienten	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Umgang mit Rück-fällen	• Offenheit und Vertrauen wieder-herstellen • Enttabuisierung von Rückfällen • Erwerb von Rückfallbewälti-gungsstrategien • Wiedergewinnung von Absti-nenzzuversicht	• Rückfallanalyse • Gruppendiskussion • Hausaufgaben	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Rückfallverdacht / Krisenintervention	• Offenheit und Vertrauen (wie-der)herstellen	• Demonstration: Decken von Rückfällen • Gruppendiskussion • Blitzlicht	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Konfliktbewälti-gung	• Verbesserung des Interaktions-verhaltens • Verbesserung der Beziehungsfä-higkeit • Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung	• Rollenspiel • Heißer Stuhl • Problemlöseansatz • Blitzlicht	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Lebenslinie	• Erhöhung der Abhängigkeitsak-zeptanz • Verbesserung des Abhängig-keitsverständnisses	• Lebenslinie aufmalen und erläu-tern • Gruppendiskussion • Feedbackrunde • Blitzlicht • Hausaufgaben	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Lebenslinie (FB TH 023) • Therapiebuch (FB TH 021)
Abwehrmechanis-men	• Erhöhung der Abhängigkeitsak-zeptanz • Offen zur Abhängigkeit stehen können	• Vorstellen der Ergebnisse von Fragebogen „Abwehrmechanis-men“ • Gruppendiskussion	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Abwehrmecha-nismen (FB TH 046) • Therapiebuch (FB TH 021)
Ablehnungstraining	• Verbesserung des Ablehnungs-fertigkeiten • Erhöhung von Abstinenzzuver-sicht	• Rollenspiel (Test) • Demonstration von 5 Ableh-nungsstrategien • Rollenspiel (Training) • Hausaufgaben	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Ablehnungstrai-ning (FB TH 059) • Therapiebuch (FB TH 021)
Argumente für Abstinenz vertreten	• Ambivalenzförderung • Klare Abstinenzentscheidung	• Hausaufgabe • Heißer Stuhl • Gruppendiskussion	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Pro/Contra Absti-nenz (FB TH 026) • Therapiebuch (FB TH 021)
Rückfallanalyse	• Rückfallverständnis • Motivierung für Rückfallpräven-tionsmaßnahmen	• Patient stellt Rückfall vor, Grup-penmitglieder zeichnen Rück-fallverlauf • Gruppendiskussion	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Notfallplan	• Verbesserung von Rückfallbe-wältigungsfertigkeiten	• Hausaufgabe • Gruppendiskussion • Problemlöseansatz	• Nach Indika-tion • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Notfallvertrag (FB TH 038) • Therapiebuch (FB TH 021)

Planung/ Auswertung von Expositionsübungen	• Ambivalenzförderung • Verbesserung des Rückfallverständnisses • Erhöhung von Abstinenzzuversicht	• Hausaufgabe • Gruppendiskussion • Feedbackrunde	• Nach Indikation • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Expositionsübung (FB TH 037) • Therapiebuch (FB TH 021)
Zwischenbilanz	• Verbesserung von Selbstmanagement • Erhöhung der Selbstverpflichtung	• Hausaufgabe • Goal attainment scaling • Gruppendiskussion	• Nach Indikation • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • GAS (FB TH 28) • Therapiebuch (FB TH 021)
Problemlösetraining	• Verbesserung von Problemlösefähigkeiten	• Problemlöseprozess • Hausaufgabe	• Nach Indikation • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Problem-Übersicht (FB TH 033) • Therapiebuch (FB TH 021)
1-Jahresplan	• Verbesserung von Selbstmanagementfähigkeit • Förderung von Teilhabe • nahtlose Nachsorge	• Hausaufgabe • Gruppendiskussion	• Nach Indikation • ca. 30 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • 1-Jahresplan (FB TH 075) • Therapiebuch (FB TH 021)
Verabschiedung	• Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung • Erhöhung der Abstinenzzuversicht	• Gruppendiskussion • Blitzlicht	• Nach Indikation • ca. 50 Minuten	• Gruppenbogen (FB TH 071) • Pado • Therapiebuch (FB TH 021)

Der Schwerpunkt kann bei diesen Therapieaufgaben in der Gruppe für den betroffenen Patienten darauf liegen:

- von den MitpatientInnen Rückmeldung zu erhalten,
- seine Überlegungen erstmals anderen Menschen anzuvertrauen,
- seine Selbstsicherheit und Selbstbehauptung zu erproben bzw. zu steigern,
- durch die Veröffentlichung eine erhöhte Selbstverpflichtung einzugehen,
- unmittelbare Unterstützung und Hilfe durch Mitpatienten zu erfahren.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht v.a. darin:

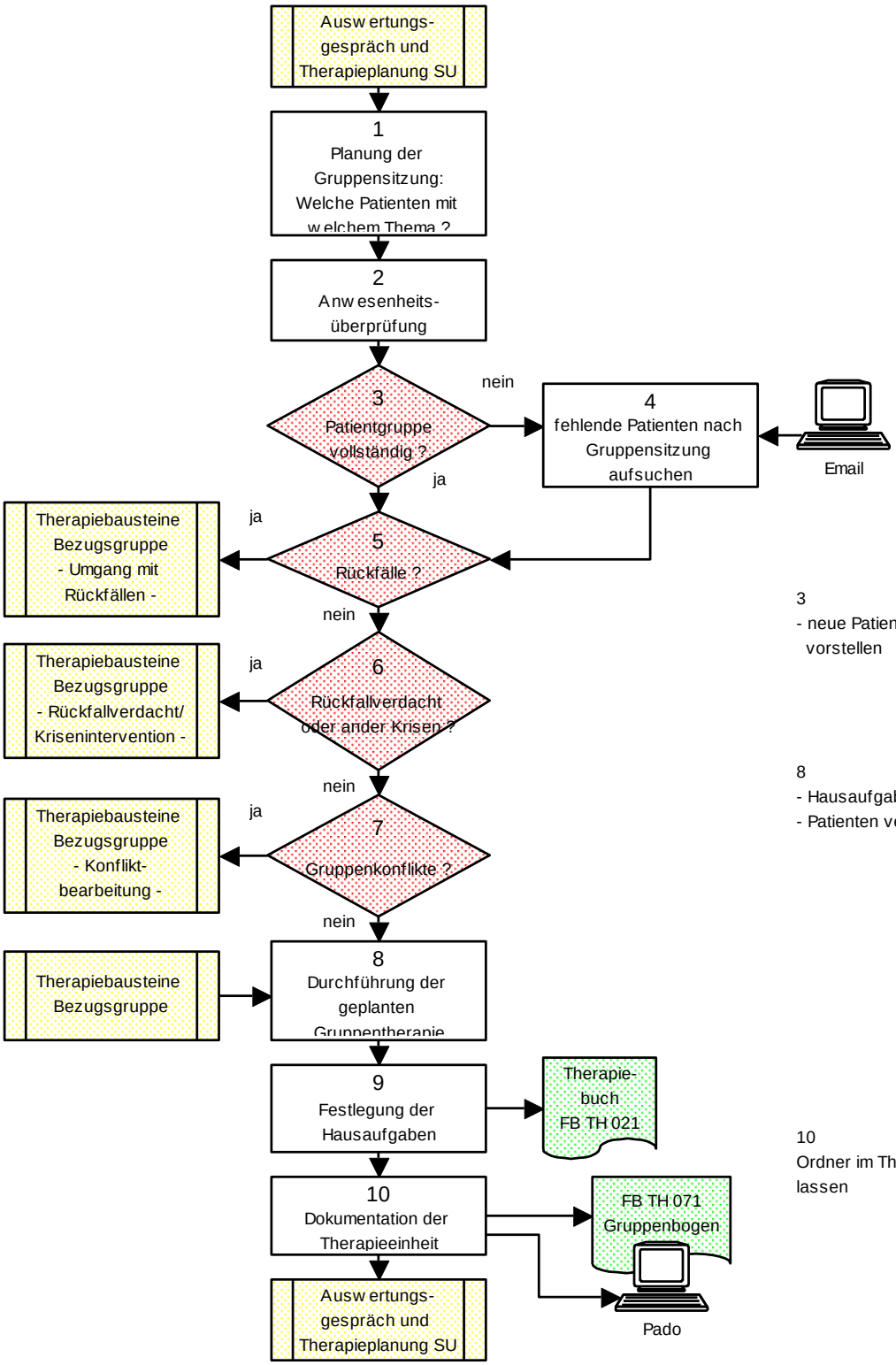
- neuen PatientInnen die Integration in die Therapiegruppe zu ermöglichen,
- für gute instrumentelle Gruppenbedingungen zu sorgen,
- der Gruppentherapie für jeden einzelnen Patienten inhaltlich einen roten Faden zu geben.

Dies geschieht am besten durch die konsequente Einhaltung der hierarchischen Struktur der einzelnen Gruppentherapiesitzungen:

Verant-wortungen

1-10 Bezugs-Therapeut

Verfahrensablauf Teil 1 von 1



Bemerkungen

3
- neue Patienten begrüßen/ vorstellen

8
- Hausaufgaben besprechen
- Patienten verabschieden

10
Ordner im Therapieraum lassen

5.4 Sozialdienst

Die ungünstige soziale Situation vieler SuchtpatientInnen macht eine individuelle Betreuung durch Sozialarbeiter erforderlich. Diese erfolgt in Form von Einzelgesprächen.

Aufgabe/ Aktivität	Aufgaben-/Prozessbeschreibung	Nachweis/ Dokumentation	Bemerkung
Arbeitsuche	• Beratung bzgl. Berufsorientierung • Internetrecherche über mögliche Stellen • Erstellen bzw. Optimierung der Bewerbungsunterlagen • Vorbereitung der Bewerbungsgespräche • Überprüfung der fortlaufenden Bewerbungsaktivitäten • Vermittlung von Stellen für Beschäftigung mit Aufwandsentschädigung	• Pado • Bewerbungsunterlagen	• BIZ • BAA • Bewerbertraining • 1 € Jobs
Externe Praktika	• Anfrage durch BZT • Indikation prüfen, Inhalte und Schwerpunkte des Praktikums prüfen • Auswahl des Betriebes • Einhaltung des Arbeitsschutzes prüfen • ggf. Vorstellungstermin für Patient vereinbaren • bei positiver Entscheidung Praktikumsvertrag abschließen (Unterschrift durch KL, SD, Patient und Praktikumsbetrieb) • regelmäßiger Kontakt während des Praktikums mit zuständigem ext. Betreuer • nach Beendigung des Praktikums, Abschlussbeurteilung durch Praktikumsbetrieb, ggf. gemeinsame Abschlussbesprechung mit Betrieb	• Pado • Praktikumsvertrag • Abschlussbeurteilung, Abschlusszeugnis	• Mindestdauer 3 KW • Arbeitszeit zwischen 3 und 4 Stunden täglich (5-Tage-Woche)
Schuldenregulierung	• Beratung bzgl. Schuldenregulierung • Aufstellen einer Gläubigerliste • Aufstellen eines Haushaltsbuchs • notwendige Maßnahmen festlegen/ klären • Vermittlung in Schuldnerberatungsstellen	• Pado • Haushaltsbuch	• z.B. Stundungen, Zahlungsvereinbarungen, etc.
Nachsorge	• Anmeldung per Email oder Telefon durch BZT • Terminvereinbarung durch SD • Prüfen der Indikation, Aufklärung bzw. Beratung des Patienten über Möglichkeiten der Nachsorge • sofern notwendig Vermittlung in interne Nachsorgevorstellungsrunden, ggf. Vermittlung von Besichtigungs- bzw. Vorstellungsterminen • Vorstellung der verschiedenen Einrichtungen im Haus • bei Zustimmung des Patienten zur stationären Nachsorge, Unterstützung bei der Beantragung der geplanten Maßnahme in Zusammenarbeit mit BZT und BZA • Kontaktaufnahme mit möglichen Einrichtungen, Abstimmung der Aufnahmebedingungen inkl. möglicher Aufnahmetermin • Unterstützung bei der Bewerbung • bei Kostenzusage, Abstimmung des nahtlosen Übergangs von Entlassung in stationäre Nachsorgeeinrichtung	• Pado • Anträge, Schriftverkehr mit Leistungsträger	• <u>Indikation Tagesklinik:</u> - Therapieerfolg ohne weitere Betreuung am Heimatort gefährdet • <u>Indikation Wiedereingliederung:</u> - noch keine vollst. Leistungsfähigkeit für die Rückkehr in den Arbeitsprozess (Hamburger Modell) • <u>Indikation Betreutes Wohnen:</u> - bei schlechtem sozialen Umfeld • <u>Indikation Adaption:</u> - Langzeitarbeitslosigkeit - kein fester Wohnsitz (BfA) - schlechtes soziales Umfeld (LVA) • <u>Indikation Langzeittherapie</u>: - Langzeitarbeitslosigkeit - ggf. Wohnungsaufgabe - schlechtes soziales Umfeld - schlechte Integrationschancen, Unselbstständigkeit
Informations-	• Information und Beratung bzgl. aller relevanten Sozialleistungen:	• Pado	• -

dienst/ Sozial-beratungs-leis-tungen	- Arbeit und Behörden - Arbeitsvermittlung - Wohnungsangelegenheiten - Materielle Grundversorgung - Regelung des Krankengeldes - familienrechtliche Angelegenheiten - berufsfördernde Leistungen - Möglichkeiten der Nachsorge - sozialrechtliche Leistungen		
Sozialfonds	• mdl. Antragsstellung durch Patient • Prüfen der Bedürftigkeit • Festlegen des Eigenanteils sowie des Zuschusses durch die Klinik • bei positivem Entscheid, Kopie für Patientenakte erstellen (Hilfsakte SD), Original an Patient übergeben • Auszahlung durch Verwaltung-Kasse anhand genehmigten Antrag auf Sozialleistungen	• Pado • Antrag auf Leistungen aus dem Sozialfonds	• Info. über akt. Stand des Sozialfonds durch PV (ca. 2x pro Jahr) • Auszahlung nur an ALG II - Empfänger möglich
Vorschüsse	• mdl. Beantragung durch Patient • Prüfen der Bedürftigkeit und der Ansprüche (feste Zusage durch Kosten- bzw. Leistungsträger) • bei positivem Entscheid, Antrag auf Vorschuss erstellen, Kopie für Patientenakte, Original für Patient • Auszahlung durch PV Kasse anhand des genehmigten Antrages	• Pado • Antrag auf Vorschüsse	• Vorschüsse sind nur möglich, wenn der Geldeingang auf das Klinikkonto sichergestellt ist
	• Beantragung der Überweisung (Leistungsansprüche) beim Kosten/ Leistungsträger auf Klinikkonto	• Antrag auf Überweisung	• -
Unterstützung bei der Beantragung von Sozialleistungen	• mdl. Beantragung durch Patient • Prüfen der bestehenden Ansprüche • bei positiver Entscheidung, Unterstützung bzw. Mitwirkung beim Erstellen der relevanten Anträge • ggf. Unterstützung bei Problemen im Rahmen der Genehmigung mit zust. Behörden • Anmeldung durch BZT bzw. BZA über Outlook	• -	• -

Ergänzend erhält jeder Patient eine einführende Sozialberatung durch die Sozialdienstmitarbeiter.

5.5 Indikatives Therapieangebot

Um der Vielfalt der mit einer Suchtentwicklung einhergehenden psychischen oder sozialen Problemen in der Therapie ausreichend gerecht werden zu können, sind v.a. größere Suchttherapieeinrichtungen dazu übergegangen sog. „indikative Therapiegruppen“ zu einzelnen Problembereichen anzubieten. Hierbei handelt es sich um geschlossene Gruppen, in denen ausgewählte PatientInnen mit ähnlicher Problematik ein Programm über 10 bis 12 Gruppentherapieeinheiten zu einem spezifischen Thema absolvieren. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung kann ein Patient mehrere für ihn relevante indikative Gruppen durchlaufen.

Zu beachten ist, dass der Therapeut der indikativen Gruppe die Lebensdaten und die individuellen psychodynamischen Zusammenhänge der einzelnen PatientInnen in der Regel nicht kennt. Er muss sich auf das inhaltliche Thema des Gruppenprogramms beschränken, was von den PatientInnen als konflikthafte Normierung erlebt werden kann. Die Situation kann erheblich durch eine entsprechende Vorbereitung der PatientInnen auf die Inhalte der indikativen Gruppe in Form von Arbeitsmaterialien erleichtert werden. Die

gleichzeitige Behandlung durch mehrere Therapeuten eröffnet immer auch die Möglichkeit für ein Gegeneinanderausspielen durch die PatientInnen. Hier ist ein enger und offener Informationsaustausch zwischen den behandelnden Therapeuten unabdingbar der in der salus klinik Lindow durch unsere elektronische Patientenakte (Pado) unterstützt wird. In ihr:

- buchen Bezugsarzt und Bezugstherapeut das individuelle Behandlungsprogramm des Patienten entsprechend den vorhandenen Ressourcen,
- druckt der Bezugsarzt einen individuellen Therapieplan für den Patienten aus,
- geben Bezugarzt und Bezugstherapeut den indikativen Therapeuten die individuellen Therapieziele des Patienten bekannt,
- dokumentieren die indikativen Therapeuten die Anwesenheit und v.a. die Mitarbeit des Patienten.

Das indikative Behandlungsprogramm der salus klinik Lindow untergliedert sind in drei inhaltliche Schwerpunkte, deren relative Bedeutung im Gesamtbehandlungsplan eines Patienten jeweils sehr unterschiedlich sein kann.

5.5.1 Körperlicher Schwerpunkt

Die körperorientierten Behandlungsmaßnahmen sind in der Medizinischen Rehabilitation für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowohl unmittelbar als auch mittelbar von Bedeutung. Unmittelbar, weil sie aktuelle Einschränkungen, die mit dem Bewegungsapparat und der Belastungsfähigkeit des Organismus zusammenhängen, positiv beeinflussen können und mittelbar, weil sie die nachhaltige Bewältigung der chronischen Erkrankung erleichtern. Neben spezifischen körperlichen Fähigkeitsstörungen finden sich bei Suchtkranken erhebliche unspezifische Beeinträchtigungen durch mangelnde körperliche Fitness, die beispielsweise zu psychophysischer Labilität, zu Stressanfälligkeit und erhöhter Angstbereitschaft beitragen.

Die unter direkter ärztlicher Leitung stehende sport- und physiotherapeutische Abteilung verfügt über Therapieangebote, die sowohl der Freizeitgestaltung als auch der Prävention bzw. Behandlung körperlicher und psychosomatischer Beschwerden dienen. Zentrale Therapieziele sind hierbei: (Wieder)Erlangen von Vertrauen in die Funktionstüchtigkeit des eigenen Körpers, Aufbau eines positiven Körpergefühls, Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten im körperlichen und sozialen Bereich, Aufgeben der Krankenrolle, Erlernen von Entspannungstechniken.

Indikative Sporttherapie

Die Teilnahme an sporttherapeutischen Maßnahmen erfolgt nur entsprechend individuell zwischen Bezugsärztin/arzt, BezugstherapeutIn und PatientIn vereinbarter Therapieziele.

Der zeitliche Umfang dieser Maßnahmen wird jeweils mit jedem Patienten individuell vereinbart.
Nach erfolgter ärztlicher Untersuchung und Einschätzung werden Patienten in einem Einzeltermin ausführlich in die Benutzung der programmierbaren Trainingsgeräte eingewiesen. Die Trainingsbelastung wird dabei vom Sporttherapeuten unter anderem mit Hilfe eines Submaximal – Krafttest computergestützt ermittelt. Auf diese Weise wird ein übermäßiges und körperlich schädigendes Training verhindert. Des Weiteren ermöglicht das computergestützte Training über „Biofeedback" eine Rückmeldung an den Patienten hinsichtlich der Qualität seines Trainings was Bewegungsgeschwindigkeit und – ausmaß betrifft. Durch das Einschätzen des eigenen Belastungsempfindens nach jeder Trainingsübung anhand der „Borg-Skala" werden die Trainingsanforderungen für die nächste Einheit durch die Software angepasst. Optional ist auch ein Stufentest gemäß dem Institut für Prävention und Nachsorge möglich, um ein herzfrequenzgesteuertes Kardiotraining durchzuführen.
Die übrige Sporttherapie erfolgt jeweils in Gruppen von bis zu 12 PatientInnen. Im Verlauf der Behandlung werden hierbei zunehmend realistische Alltagsbedingungen durch systematisches Ausschleichen therapeutischer Kontrollen und wachsende Eigenverantwortung der PatientInnen angestrebt. Das tatsächliche Leistungspensum wird anfangs durch TherapeutInnen, später durch Patienten-Selbstbeobachtungbögen kontinuierlich erhoben und mit den PatientInnen regelmäßig erörtert. Die Abteilung verfügt hierbei über folgende Behandlungsangebote:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Ausführung		Einleitung		Verantwortung
			Einzel	Gruppe	Standard	Verordnung	
Sporttherapie							
Qi Gong	• Konzentration • Koordination der oberen Extremitäten und Atmung • Körperliche und geistige Entspannung • Achtsamkeit • Wahrnehmungsschulung • Energieressourcen erkennen und wieder entdecken • Abbau von Verspannungen im Schulterbereich • Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden • Körperliche Ausdrucksformen entwickeln • Schmerzlinderung • Lösung von Spannungs- und Aggressionszuständen	• Ausgewählte Übungen aus dem traditionellen chinesischen Qi Gong („18 Formen der Harmonie") • 3 Übungen des „ Wudang Qi Gong" • Überwiegendes Üben im Stehen • Entspannungs- und Atemübungen im Liegen • Atem- und Körperbeobachtung • Körper-Phantasiereisen • Videovorführungen		X		X	• ST / PT • LA

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Ausführung		Einleitung		Verantwortung
			Einzel	Gruppe	Standard	Verordnung	
Fitness Einweisung	• Einweisung in die korrekte Anwendung der entsprechenden Geräte • Vermeidung von Verletzungen durch unsachgemäße Anwendung der entsprechenden Geräte	• Einweisung in die Anwendung der jeweiligen Geräte incl. Aufwärmen und Dehnung		X		X	• ST • PT • LA
Nordic Walking	• Koordination • Ausdauer • Kräftigung • Entspannung	• Einweisung in der Handhabung der Stöcke • Vermittlung der Technik		X		X	• ST • PT • LA
Fitness / Frauenfitness	• Muskelaufbau • Konditionierung (Steigerung Ausdauerfähigkeit) • Verbesserung/Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit	• Gerätetraining • Hanteltraining • Übungen auf der Matte mit/ohne Hanteln • Ergometertraining • Stepper • Dehnung		X		X	• ST / PT • LA
Nichtschwimmer	• Wassergewöhnung • Abbau von Angst • Schwimmtechniken erlernen und verbessern	• Einsatz verschiedener Schwimmhilfen • Atemübungen gegen den Wasserwiderstand • Tauchübungen		X		X	• ST / PT • LA
Bewegungstherapie	• Wahrnehmungs- u. Bewegungsschulung • Vermittlung von Informationen zum Aufbau und Funktionsweisen des Bewegungsapparates • Lernen von individuellen Bewegungsalternativen u. alltagsnahen Hilfestellungen zur Prophylaxe • Mobilisation der Wirbelsäule • Dehnung und Kräftigung der Rumpfmuskulatur	• Sitzhilfe • Partnerübungen • Gruppenübungen • WS-Modell, Folien, Info material • Pezziball • Matten • Terrabänder • Kleine Hanteln • Igelball • Gymnastikstab • Therapiekissen		X		X	• ST / PT • LA
Tai Chi	• Konzentrationstraining • Koordinationstraining • Gleichgewichtsschulung • Achtsamkeit • Entspannung • Energieressourcen erkennen und wieder entdecken • Abbau von Somatisierungserscheinungen • Selbstbewusstsein und Körperbewusstsein wieder finden • Körperliche Ausdrucksformen entwickeln • Muskelaufbau der Bein- und Rumpfmuskulatur • Schmerzlinderung	• Elemente des Tai Chi Quan Yang – Stiles (24er Peking-Form) • Einzelübungen als Entspannungstraining (aktiv) • Geh- und Atemübungen • Entspannungsübungen im Liegen (passiv) • Körper-Phantasiereisen • Videovorführungen		X		X	• ST / PT

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Ausführung		Einleitung		Verantwortung
			Einzel	Gruppe	Standard	Verordnung	
Wassergymnastik	• Mobilisation • Muskelkräftigung • Koordinations- und Gleichgewichtsschulung • Verbesserung des Körperbefindens	• Verschiedenen Übungs- und Bewegungsformen in der Gruppe, paarweise und einzeln • Muskelkräftigung • Koordinations- und Gleichgewichtsübungen • Konditionsübungen • Spielerische Formen • Einsatz von verschiedenen Geräten/ Auftriebsmitteln		**X**		X	• ST / PT • LA
Adipositas	• Gewichtsreduktion • Ausdauertraining/ Aquajogging unter Belastungsparameter • Förderung der körperlichen Leistungsfähigkeit des Herz-Kreislaufsystems • Gelenkmobilisation • Muskelkräftigung	• Konditionstraining • Einsatz von verschiedenen Geräten • Muskelkräftigung		**X**		X	• ST / PT • LA
Rhythmische Bewegung	• Vermittlung theoretischen Wissens über Mechanismen der physiologischen Körpervorgänge und –mechanismen • Körperwahrnehmung • Schmerzzustände beseitigen	• Einzel- und Partnerübungen • Atem- und Körperbeobachtung • Lockerungs- und Dehnungsübungen • Stabilisierung		**X**		X	• ST / PT • LA
Bogenschießen	• Auseinandersetzung mit der Konzentration und Aufmerksamkeit, Körperwahrnehmung, Atmung, Spannung und Entspannung, Leistungsanspruch, Kontrollverlust, Angst und Aggression	• Bogenschießen • Umgang mit dem Material, d.h. Pfeil und Bogen • Videoanalyse und Filmdokumentation • Schießen mit geschlossenen Augen • Schießen aus unterschiedlichen Entfernungen • Zielschießen		**X**		X	• ST / PT • LA
Ausdauertraining	• Ausdauertraining • Förderung der Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems • Schulung der Belastungswahrnehmung	• Ergometer fahren, unter RR und Pulskontrolle • Rudern • Handergometer	**X**			X	• ST / PT • LA
Entspannung	• Spannungszustände differenziert wahrnehmen und diese bewußt kontrollieren oder verändern • Eigenständiges Herbeiführen eines Entspannungszustandes auf psycho-physiologischer Ebene	• PMR Übungen nach Jakobson klassisch Zählmethode Vergegenwärtigungsmethode Integration des Beckenbodens • Atemtherapie • Einführung in andere Entspannungsverfahren		**X**		X	• ST / PT • LA

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Ausführung		Einleitung		Verantwortung
			Einzel	Gruppe	Standard	Verordnung	
Spiel und Bewegung / Sportmix	• Förderung der konditionellen und koordinativen Fähigkeiten • Entwicklung und Förderung der allgemeinen Beweglichkeit und der sozialen Integrationsfähigkeit	• Unterschiedliche Sport- und Bewegungsspiele (z.B. Basketball, Zweifelderball, Tischtennis, Badminton, Softballtennis, ...)		**X**		X	• ST / PT • LA
Therapeutisches Reiten	• Förderung der Wahrnehmung • Aufbau von Beziehungen • Steigerung der Selbstsicherheit • Übernehmen von Verantwortlichkeiten • Entwicklung von Bewegungsbalance	• Pferdepflege • Geben von Hilfestellungen in der Gruppe • Führen des Tieres • Reiten mit geschlossenen Augen • Körperreisen auf dem Pferd • Spüren von Wärme und Atmung • Veränderung der Körperlage		**x**		X	• ST / PT • LA
Aufbausport	• Verbesserung der körperlichen Leistungs-u.Belastungsfähigkeit	• kleine Sportspiele • Wandern • Fahrradfahren • Ergometertraining • Funktionsgymnastik • Kegeln • Streching • Pulskontrolle		**X**		X	• ST / PT • LA
Zumba	• Entwicklung von Bewegungsbalance • Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Koordination • Neue Anregung für die Freizeitgestaltung erlangen • Freude an der Bewegung finden	• Aufwärm- und Dehnungs-übungen • Tanzschritte einüben • Bewegung zur Musik • Koordinationsübungen		**X**		**X**	• ST/PT • LA
Körpertherapie sensitiv	• Wahrnehmung der funktionalen und disfunktionalen Körpersensationen	• Körperfokussierung in ruhiger Umgebung		**X**		**X**	• ST/PT • LA
Waldbaden	• Koordination • Ausdauer • Kräftigung • Entspannung	• Vermittlung wahrnehmungsbasiertem Spazierens		**X**		**X**	• ST/PT • LA

Freizeitsport

Im Sinne einer sinnvollen und gesundheitsbewussten Freizeitgestaltung bietet die sporttherapeutische Abteilung darüber hinaus folgende Aktivitäten für PatientInnen auf freiwilliger Basis an: Spiele, Mannschaftsspiele, Tischtennis, Jogging, Boccia, wandern, Billard, Badminton sowie schwimmen, Sauna, Ergometertraining und kegeln. Diese Aktivitäten können v.a. außerhalb der regulären Therapiezeiten und am Wochenende stattfinden. Sie werden wo erforderlich von therapeutischem Personal angeleitet und supervidiert.

Entsprechend finden an allen Samstagen sowie Sonn- und Feiertagen 4 sporttherapeutische Angebote in der Klinik statt. Ziel ist es die Eigeninitiative und Selbstverantwortung der PatientInnen zu fördern.

Indikative Physiotherapie

Die Indikation für physiotherapeutische Maßnahmen wird durch das ärztliche Personal der salus klinik Lindow gestellt. Außerdem besteht wöchentlich die Möglichkeit eines Konsils durch eine FÄ für Orthopädie in der Klinik. Grundsätzlich legt unser Konzept auch in der Behandlung orthopädischer Beschwerden (insbesondere chronische Lumbalgien, Arthrosen) den Schwerpunkt auf die Aktivierung und Gesundheitserziehung der PatientInnen. Zwar sind dabei kurzfristig auch lindernde Maßnahmen durch geschultes Fachpersonal, die von den PatientInnen mehr oder weniger passiv in Anspruch genommen werden, hilfreich und manchmal notwendig, langfristig aber heißt das Ziel „Gesundheit selber machen". Dieses Prinzip gilt in der Sucht genauso wie in der gesamten Rehabilitation.

Die Abteilung verfügt hierbei über folgende Behandlungsangebote:

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Doku-mentation
Krankengymnastik	• Schmerzlinderung • Muskelaufbau • Bewegungsverbesserung • Steigerung der Bewegungseffektivität • Verbesserung der Activity of Daily Life (ADL) • Gleichgewichtsschulung • Verbesserung der Wirbelsäulenstatik	• Muskelmantelschulung • Propriozeptive neuromuskuläre Faszilitation (PNF) • allg. Mobilisation • Diverse Übungen mit und an med. Geräten • allgemeine Übungen der KG • Beckenbodengymnastik • Postisometrische Relaxation (PIR) • Jandatraining • Wassergymnastik	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
angewandte Physiotherapie	• Wieder-Erlernen, Effektivitätssteigerung berufsbezogener Bewegungsabläufe • Erkennen und Neuorientierung eigener Grenzen	• Bewegungsschulung mit Hilfe spezieller Geräte in Anlehnung an Richtlinien der EFL	• 6-12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Reflextherapien	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung der Trophik und Durchblutung (DB) • Normalisierung des Muskeltonus • Ausleitung	• Bigema • Segmentmassage • Fußreflexzonenmassage • Schröpfen • Trigger-Punkt-Behandliung • Colonbehandlung	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Hydrotherapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Durchblutungsförderung • Normalisierung des Muskeltonus	• Heiße Rolle • Kneippanwendungen	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)

Elektrotherapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung der Durchblutung (DB) • Normalisierung des Muskeltonus • Lähmungsbehandlung	• Stromtherapie des Nieder-, Mittel- und Hochfrequenzbereichs • Ultraschall • Galvanisation	• 6 – 12 Behandlungen zwischen 10 und 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Manuelle Therapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Verbesserung des Gelenkspiels	• Weichteiltechniken • Gelenktechniken • Traktionsbehandlungen • Wirbel- und Gelenktherapie nach Dorn	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Schlingentisch-therapie	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung	• Hubfreie Mobilisation • Traktionsbehandlungen	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Tapen	• Schmerzlinderung • Bewegungskorrektur • Aktivierung/ Normalisierung des Muskeltonus • Lymphabfluß	• Taping	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Dehnungs-behandlung	• Schmerzlinderung • Bewegungsverbesserung • Muskel-/Nervendehnung • Faszienlösung • Lösungen von Spannungen und Aggressionen	• Traktionsbehandlungen • spezielle Dehntechniken	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Manuelle Lymphdrainage mit Kompressionstherapie	• Steigerung der Lymphangiomotorik • Ödemreduzierung • Entschlackung • Parasympatikusverstärkung • Schmerzlinderung	• nach Asdonk	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Atemtherapie	• Verbesserung der Atemexkursion • Bewusstwerdung und Ökonomisierung dieser • Entspannung • Schmerzlinderung • Aufbau der aufrechten Körperhaltung • Einsatz der Atmung in der Anspannung	• Atemgymnastik • Tiefenatmung • Atemmobilisation	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Entspannungstherapie	• Entspannung • Aktivierung des vegetativen NS • Normalisierung der Körperabläufe • Lösungen im Körper akkumulierter Spannungen und Aggressionen	• Manuelle Lymphdrainage • Reiki • Massage	• 6 – 12 Behandlungen á 30 min	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)

Zusätzlich besteht die Möglichkeit der Verordnung von Massagen durch eine externe Fachkraft in den Räumen der salus klinik Lindow.

5.5.2 Psychotherapeutischer Schwerpunkt

Eine Vielzahl von Rückfällen nach erfolgreicher Suchtbehandlung wird durch unspezifische Belastungen und Stressfaktoren ausgelöst: Stress führt zu einer Erhöhung des Erregungsniveaus, zu einer Aktivierung des kognitiven Systems der PatientInnen und erhöht dadurch die Gefahr eines Rückgriffs auf altes Symptom- bzw. Problemverhalten. Je nach den Ergebnissen der Diagnostik ist daher über die störungsspezifischen Behandlungsmethoden hinaus eine Teilnahme an folgenden störungsübergreifenden, indikativen Psychotherapiegruppen möglich:

Therapiebausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Dokumentation
Selbstsicherheitstraining und Kommunikation (SEKO)	• Aufbau von selbstsichereren Verhaltenskompetenzen in den Bereichen: Forderungen stellen, Nein-Sagen, Kontakt, Umgang mit Fehlern und Kontakt.	• Situationsanalyse • Rollenspiel • Selbstinstruktionen • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Umgang mit Ärger und Aggression	• Entwicklung von situationsangemessenen Normen • Abbau von Ärger und Aggression • Aufbau von Alternativverhalten	• Situationsanalyse • Rollenspiel • Selbstinstruktionen • Bearbeitung von Teilnehmermaterialien • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021 • Teilnehmermaterialien FB TH 043
Raucherentwöhnung	• Motivationsförderung • Erfolgreicher Nikotinentzug • Verbesserungen der Fertigkeiten zur Rückfallprävention	• Informationsvermittlung • Einsatz von Nikotinpflaster • Vorbereitung auf Tag X • Expositionsübungen • Bearbeiten von Teilnehmermaterialien • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021 • Teilnehmermaterialien FB TH 040
Ernährungsgruppe	• Störungsverständnis • Aufbau von gesundem Ernährungsverhalten • Körperliche Aktivierung • Langsame Gewichtsreduktion	• Vermittlung von Erklärungsmodell • Essprotokolle • Bearbeiten von Teilnehmermaterialien • Kochen in Lehrküche • Tischbegleitung • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Frauengruppe	• positive Identität als Frau • Aufbau von selbstsicherem Rollenverhalten • Positives Körpergefühl • Abgrenzung	• Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Genusstraining	• Sensibilisierung für Genussmöglichkeiten im Alltag • Steigerung von Genussfähigkeit und Selbstfürsorge	• Vermittlung von Genussregeln • Genussübungen • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Schmerzbewältigung	• Verhaltensmedizinisches Schmerzverständnis • Abbau von Vermeidungsverhalten • Schmerzreduktion	• Vermittlung von Störungsmodell • Schmerzprotokoll • Situationsanalyse • Einübung von Schmerzbewältigungsstrategien • Entspannungstraining • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Kognitives Training	• Realistische Selbsteinschätzung • Steigerung der kognitiven Leistungsfähigkeit • Kompensationsstrategien für kognitive Einschränkungen	• EDV Training (Cogpak) • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021 • Cogpak

Ess-Störungs-gruppe	• Störungsverständnis • Ernährungsrehabilitation • Verbesserung von Selbstwert • Körperakzeptanz • Verbesserte Wahrnehmung und Ausdruck von Gefühlen	• Informationsvermittlung • Bearbeiten von Teilnehmermaterialien • Hausaufgaben • Expositionsübungen (Kochen, Einkaufen, Essen) • Essprotokolle • Tischbegleitung	• nach Indikation • 4x wöchentlich a‘ 90 min	• Gruppenbogen • Pado • Therapiebuch • Rückmeldung über Outlook
Pathologisches Glücksspiel	• Störungsverständnis • Selbstreflexion • Veränderungsmotivation • Kognitive Umstrukturierung • Abbau von Vermeidungsverhalten • Aufbau von Alternativverhalten • Erhöhung der Selbstakzeptanz	• Informationsvermittlung • Rollenspiele • Expositionsübungen • Einleitung von Selbstbeobachtung • Bearbeitung von Materialien	• 4x wöchentlich a‘ 90 min	• Gruppenbogen • Pado • Therapiebuch • Rückmeldung über Outlook

Zur Vermeidung von Beliebigkeit, Überfrachtung bzw. Zerstückelung der Therapie wird hierbei für jede(n) Patientin/en lediglich eine Teilnahme an möglichst wenigen, dafür aber täglich stattfindenden Indikationsgruppen angestrebt. Alle indikativen Gruppen sind offene Gruppen mit maximal 12 TeilnehmerInnen, um einen Einstieg und Ausstieg nach individuellen Gesichtspunkten jederzeit zu ermöglichen. Sie folgen empirisch erprobten Programmen und stehen unter kontinuierlicher Begleitforschung. Für alle indikativen Psychotherapiegruppe existieren Teilnehmerhefte (Lindenmeyer, 2010; 2011), Sie stellen erprobte Strukturierungshilfe dar, die es Patienten auch in einer sog. offenen Therapiegruppe ermöglichen, sich in einer thematisch sinnvollen Reihenfolge mit ihrer Problematik zu beschäftigen. Teilnehmermaterialien sind sowohl für die Patienten als auch für den Therapeuten ein Leitfaden, etwas, woran man sich im wahrsten Sinne des Wortes „festhalten kann“.

5.5.3 Berufsbezogener Schwerpunkt (MBOR)

Gerade bei arbeitslosen SuchtpatientInnen wird deutlich, dass sich die Behandlung nicht auf die Überwindung der Suchtproblematik und möglicher komorbider psychischer Störungen beschränken kann, sondern dass ein teilhabebezogener, ressourcenorientierter Abstinenzentwicklungsprozess angestoßen werden muss, der zeitlich weit über die eigentliche Suchtbehandlung hinausreicht. Sollen medizinische Rehabilitationsbemühungen der spezifischen Situation von arbeitlosen Suchtkranken gerecht werden, so ist hierzu eine verstärkte Realitäts- und Zukunftsorientierung des Behandlungssystems erforderlich (Lindenmeyer, 2001; 2001; 2007). Einzelheiten hierzu finden sich in unserem separaten MBOR-Konzept (Lindenmeyer & Cina. 2017) Konkret erfordert dies v.a. im indikativen Behandlungsangebot eine systematische Ausweitung der Kapazität von teilhabebezogenen und ressourcenorientierten Therapiemaßnahmen mit sozialtherapeutischem bzw. arbeitstherapeutischem Schwerpunkt gegenüber den in der Regel psychotherapeutisch ausgerichteten Gruppenangeboten.

Um solche Therapieangebote allerdings wirksam werden zu lassen, müssen sie auf die spezifische Situation eines Patienten im Einzelfall abgestimmt sein. Hier sind hinsichtlich

der Arbeitssituation von PatientInnen 3 mögliche Problemkonstellationen zu unterscheiden (Lindenmeyer, 2007):

1. Patienten mit unsicherem Arbeitsplatz: In wirtschaftlich ungünstigen Regionen besteht ein erhöhtes Risiko des Arbeitsplatzverlustes. Immerhin verlieren über 20% unserer PatientInnen, die am Ende der Behandlung in Arbeit waren, innerhalb des 1-Jahreskatamnesezeitraums ihren Arbeitsplatz (Lindenmeyer & Kolling, 2006). Auch wenn sicherlich ein gewisser Teil dieser PatientInnen ihren Arbeitsplatz infolge eines Rückfalls verloren haben dürfte, sind weitere Gründe für den Arbeitsplatzverlust denkbar:
   - Konflikte infolge überzogener bzw. unrealistischer Ansprüche der PatientInnen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz,
   - Wirtschaftliche Schwierigkeiten des Betriebs,
   - Mangelhafte Arbeitsleistung bzw. erhöhte Fehlzeiten der PatientInnen.

   Entsprechend bedarf es bei PatientInnen mit Arbeitsplatz einer verstärkten Hinwendung der Therapie auf die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Schon in der Behandlung muss die Sicherheit des Arbeitsplatzes möglichst objektiv abgeklärt werden, die Rückkehr an den Arbeitsplatz konkret vorbereitet, gegebenenfalls die Arbeitsleistung gezielt verbessert sowie ein Notfallplan für die Möglichkeit einer Kündigung aufgestellt werden.
2. Arbeitslose PatientInnen mit Chancen auf baldige Wiederbeschäftigung: Hier besteht das Problem oftmals in der passiven Erwartungshaltung der Betroffenen, Arbeit durch die Arbeitsverwaltung vermittelt zu bekommen. Dies trifft sich mit der leider immer noch häufig vorherrschenden Praxis der Arbeitsverwaltung, mit der Vermittlungstätigkeit bis nach der medizinischen Rehabilitation zu warten. Oft besteht außerdem die Gefahr, dass die Betroffenen nach Absagen hinsichtlich ihrer Bemühungen um Arbeit resignieren oder aufgrund unrealistischer Ansprüche keinen geeigneten Arbeitsplatz finden. Schließlich besteht bei PatientInnen häufig Unkenntnis über die erforderliche Qualität von Bewerbungsunterlagen oder über das angemessene Verhalten in Bewerbungsgesprächen.

   In all diesen Fällen bedarf es einer zielgerichteten Unterstützung und Anleitung der Betroffenen zu eigeninitiativen Bewerbungsanstrengungen bereits aus der medizinischen Rehabilitation heraus. Gegebenenfalls sind ein Training von und eine Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche indiziert.
3. Langzeitarbeitslose PatientInnen ohne Chancen auf Wiederbeschäftigung: Hier besteht das Problem darin, das sich die Bemühungen der Jobcenter auf die (häufig erfolglose) berufliche Reintegration der Betroffenen beschränken, ohne dass ihr Leben ohne Arbeit fokussiert würde. Die Mehrzahl der Betroffenen wird aber in absehbarer Zeit keine Arbeit finden. Die Frage stellt sich, welche Teilhabemöglichkeiten sich in diesem Fall ergeben.

Hier bedarf es in der Behandlung zunächst einer offenen Ansprache der unverändert fortbestehenden Arbeitslosigkeit im Rahmen der Suchtbehandlung und dann darauf aufbauend der gezielten Entwicklung von konkreten Perspektiven sowie des Aufbaus von Ressourcen für ein Leben ohne bezahlte Arbeit.

Systematische Evaluation des Arbeitsverhaltens

Häufig überschätzen PatientInnen ihre Arbeitsleistung. In anderen Fällen ist dagegen ein übertriebenes Schon- und Vermeidungsverhalten bei körperlichen Einschränkungen bzw. Schmerzen zu beobachten. Entsprechend setzen wir 2 Verfahren zu objektiven Evaluation des Arbeitsverhaltens von PatientInnen ein.

- Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

  Das aus den USA stammende EFL-System (nach S. Isternhagen) bietet die Möglichkeit, die körperliche Belastbarkeit von PatientInnen an 29 Arbeitsstationen systematisch zu untersuchen und zu trainieren. Ziel dieser arbeits- und teilhabebezogenen Form der Physiotherapie ist es, die psychophysiologische Sensitivierung und dysfunktionale Schonhaltung von Patienten gegenüber Schmerzreizen bzw. körperlichen Belastungen zu überwinden.

  Nach einer detaillierten Analyse und realitätsgerechten Beurteilung der körperlichen Fähigkeiten und Defizite wird mit Material wie Werkzeugen, Stäben, Sandsäcken usw. geübt bestimmte Arbeitsabläufe (wieder) körpergerecht und kraftsparend zu beherrschen. Dadurch kann differenziert entschieden werden, inwieweit jemand aufgrund körperlicher Einschränkungen in seiner letzten Tätigkeit oder in einem anderen Beruf wieder arbeiten kann. Außerdem ermöglicht das EFL-System eine gezielte Überprüfung von diesbezüglichen Therapiefortschritten.

- Merkmalsprofil zur Eingliederung Behinderter in Arbeit (MELBA)

  Das MELBA-System (Kleffen et al., 1997) bietet die Möglichkeit das subjektive Fähigkeitsprofil eines Patienten mit dem objektiven Anforderungsprofil seiner letzten Tätigkeit und seinem tatsächlichen Arbeitsverhalten im Rahmen der Arbeitstherapie in Beziehung zu setzen. Beurteilt werden 29 Merkmalskomplexe wie kognitive Merkmale (z.B. Arbeitsplanung), soziale Merkmale (z.B. Teamarbeit), die Arbeitsausführung (z.B. Sorgfalt), die Psychomotorik (z.B. Feinmotorik) und Kommunikations- und Kulturfähigkeiten (z.B. Lesen können). Außerdem ermöglicht das MELBA-System eine Messung von arbeitsbezogenen Therapiefortschritten.

Die PatientInnen nehmen an sozialen Rehabilitationsangeboten ausschließlich bei eindeutiger Indikation und mit klarer Zielsetzung teil. Auch der zeitliche Umfang sozialer Rehabilitationsmaßnahmen wird jeweils mit jeder/m Patientin/en individuell vereinbart. Die sozialen Rehabilitationsangebote erfolgen täglich jeweils in Einzelbetreuung oder Kleingruppenarbeit von 6-8 PatientInnen. Zur Aktivierung und Förderung von Eigeniniti-

ative der PatientInnen findet an allen Samstagen und Sonn- und Feiertagen ein werktherapeutisches Angebot statt. Insgesamt verfügt die Abteilung über folgende Therapieangebote:

Therapie-bausteine	Ziele	Maßnahmen	Dauer	Doku-mentation
Bewerbungstraining	• Realistische Selbsteinschätzung • Optimierung von Bewerbungsunterlagen • Optimierung von Bewerbungsverhalten • Intensive Arbeitssuche	• Information über gesetzliche Grundlagen • Erstellung von Bewerbungsmappe • Vermittlung und Vorbereitung von Beratungsgesprächen • Rollenspiel	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Zukunftsplanung ohne Arbeit	• Realistische Selbsteinschätzung • Aufbau von aktivem Freizeitverhalten und sozialem Engagement	• Bearbeitung von Teilnehmermaterialien • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Stress am Arbeitsplatz	• Störungsverständnis • Aktive Stressreduktion • Abbau von Überforderung • Realistische Leistungsorientierung	• Vermittlung von Erklärungsmodell • Situationsanalyse • Rollenspiel • Kognitive Umstrukturierung • Entspannungstraining • Hausaufgaben	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 90 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Umgang mit Geld	• Realistische Selbsteinschätzung • Geltendmachung von öffentlichen Leistungen • Haushaltsplanung/ -führung • Vorbereiten/Einleiten einer Schuldenregulierung	• Information über gesetzliche Grundlagen • Vermittlung und Vorbereitung von Beratungsgesprächen • Bearbeiten von Teilnehmermaterialien	• Nach Indikation • 4x wöchentlich á 60 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
Lese- und Rechtschreibtraining	• Erwerb von grundlegenden Lese- und (Recht) -Schreibkenntnissen • Vermeidungsverhalten im Hinblick auf Lesen und Schreiben abbauen • Den Alltag besser bewältigen	• Prüfen des individuellen Leistungsstandes • Bearbeiten von Teilnehmermaterialien • Lese- und Schreibübungen	• Nach Indikation • Individuell nach Absprache á 60 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
EDV-Training (Anfänger)	• Abbau von Berührungsängsten • Fördern der Motivation für die PC-Arbeit • Grundlagenkenntnisse in der PC-Nutzung vermitteln • Texte selbständig erstellen • Berufliche Qualifikation verbessern	• Kennenlernen der grundlegenden Bestandteile und Funktionen des PC • Texte schreiben und formatieren mit Hilfe von Schulungsunterlagen, die sich an den ECDL-Lehrinhalten orientieren	• Nach Indikation • 5x wöchentlich á 50 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
EDV-Training (Fortgeschrittene)	• Kompetenz und Fertigkeiten in der Textverarbeitung, Tabellenkalkulation und Präsentation ausbauen • Optimalen Einsatz der PC-Anwendung fördern • Berufliche Qualifikation verbessern	• Eigene Dokumente, Tabellen, Diagramme und animierte Präsentationen anhand von Schulungsunterlagen erstellen, die sich an den ECDL-Lehrinhalten orientieren	• Nach Indikation • 5x wöchentlich á 50 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021
EDV-Training (Internet)	• Wichtigste Grundelemente der Bedienung und Handhabung erlernen • Möglichkeiten und Umgang der Internetdienste Web, E-Mail und Forum kennenlernen • Einsatz des Internet für gezielte Jobsuche	• Übungen zum Erlernen der Adressierung und bestmöglichen Handhabung des Internet • Eigene Recherche mit Hilfe von Suchmaschinen • Einrichten eines E-Mail-Kontos • Aufsuchen indikationsbezogener Foren	• Nach Indikation • 5x wöchentlich á 50 min	• Gruppenbogen FB TH 071 • Pado • Therapiebuch FB TH 021

Gärtnerei	• Motivation, um die körperlichen u. geistigen Fähigkeiten einzusetzen • Schulen von Fähigkeiten wie Geschicklichkeit, Gleichgewicht, Kraft, Ausdauer, Genauigkeit, Feingefühl für Pflanzen • Förderung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit • Funktionserhaltung und -steigerung anstreben • Soziale Aspekte (Verhalten in der Gruppe, Hilfsbereitschaft) • Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung (Tagesstruktur) • Vermittlung von Grundsätzen des Arbeitsschutzes	• Gesunde Umwelt erhalten • Erneuern und Vermehren von Pflanzen • Diverse Pflegemaßnahmen durchführen (Gelände, Garten, Gewächshaus) • Projektarbeiten im Rahmen des Landschaftsbaus	• 5x 150 Min. / Woche • bzw. 5x 210 Min. / Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Gärtnerei – Melba	• Diagnostische Einordnung arbeitsbezogener Fähigkeiten	• Pflastern und Pikieren	• 2x 150-180 Min. / Woche	• Pado • Melba Anmelde- und Indikationsbogen
Ergotherapie Gruppe 1	• Training sozialer Kompetenzen • Training von Grundarbeitsfähigkeiten • Förderung von Selbständigkeit, Selbstverantwortung und Selbstsicherheit • Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen • Tagestruktur • Sinnvolle Freizeitgestaltung und Interessenförderung	• Angebot diverser Techniken wie Seidenmalerei, Malen, Korbflechten, Emaille, Enkaustik, Leder • bei Bedarf Motivationsgespräch	• 4x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Ergotherapie Gruppe 2	• Aktivierung kreativer Ausdrucksmöglichkeiten • Entdeckung & Entwicklung bisher nicht genutzter Potentiale • Experimentierfreude wecken • Auseinandersetzung im Gruppenprozess • Eigenwahrnehmung & Reflexionsfähigkeit stärken • Selbstausdruck, Entspannung & Misserfolgstoleranz üben • Motivation zur Wiederbelebung der Interessenförderung	• Freie Medienwahl aller farbgebenden Techniken, auf Papier, Leinwand, Stoff & Seide, Mischtechniken, graphische Drucktechnik, experimentelle Gestaltung, Emaille, Leder, Peddigrohr • bei Bedarf Motivationsgespräch • Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Bild -und Gestaltungsprozess	• 5x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Maltherapie	• Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen • Förderung des emotionalen Ausdrucks, der Flexibilität • Erarbeitung neuer Verarbeitungsstrategien • Verbesserung der Misserfolgstoleranz	• Freies Gestalten mit Farben • themenzentriertes Malen • Ausdrucksmalen • bei Bedarf Motivationsgespräch • Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Bild -und Gestaltungsprozess	• 4x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Ergotherapie Gruppe 4	• Training sozialer Kompetenzen • Aktivierung, Verbesserung von Problemlöseverhalten • Förderung von Impulskontrolle und Entspannungsfähigkeit • Stabilisierung • Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung • Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen • Sensibilisierung für eigene Bedürfnisse und Emotionen	• Gestaltung von Werkstücken und Bildern mit verschiedenen Materialien und Techniken • bei Bedarf Motivationsgespräch	• 5x90 Min/Woch	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)

Ergotherapie Tongruppe 1	• Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Geduld, Konzentration...) • Verbesserung der Misserfolgstoleranz • Förderung der Flexibilität, Kreativität und des emotionalen Ausdrucks • Verbesserung sozialer Kompetenzen • Verbesserung der Selbstwahrnehmung	• freies Gestalten mit Ton, Mosaik und Emaille • in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten • bei Bedarf Motivationsgespräch • Themenzentriertes Arbeiten	• 4x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Ergotherapie Tongruppe 2	• Förderung von Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Geduld, Konzentration...) • Verbesserung der Misserfolgstoleranz • Förderung der Flexibilität, Kreativität und des emotionalen Ausdrucks • Verbesserung sozialer Kompetenzen • Verbesserung der Selbstwahrnehmung	• freies Gestalten mit Ton, Mosaik und Emaille • in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten • bei Bedarf Motivationsgespräch • Themenzentriertes Arbeiten	• 5x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Ergotherapie Tongruppe 3	• Förderung von Kommunikation, Interaktion, Kooperation • Auseinandersetzung mit Fähigkeiten und Grenzen • Training sozialer Kompetenzen • Verbesserung von Selbständigkeit, kreativen Ausdruck, Entspannungsfähigkeit, Misserfolgstoleranz • Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung	• Fertigung von Gebrauchs- und Kunstobjekten aus Ton, Mosaiksteinen und Emaille • Gestaltung von Gruppenarbeiten • bei Bedarf Motivationsgespräch	• 4x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Ergotherapie Tongruppe 4	• Aktivierung kreativer Ausdrucksmöglichkeiten • Entdeckung & Entwicklung bisher nicht genutzter Potentiale • Experimentierfreude wecken • Auseinandersetzung im Gruppenprozess • Eigenwahrnehmung & Reflexionsfähigkeit stärken • Förderung der Impulskontrolle, Entspannungsfähigkeit, Auseinandersetzung mit Fähigkeiten, Grenzen, Variablen & Flexiblen Lösungsansätzen für Veränderungen im Gestaltungsprozess • Motivation zur Wiederbelebung der Interessenförderung	• freies Gestalten mit Ton, Emaile, Mosaik • in Einzel- Gruppen- und Projektarbeiten im kurzen Zeitrahmen • Gemeinsame Beschreibung und Ausdruck von Emotionen im Gestaltungsprozess • bei Bedarf Motivationsgespräch • Themenzentriertes Arbeiten	• 5x90 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Werktherapie Vormittag und Nachmittag (Schreinerei)	• Training von Grundarbeitsfähigkeiten, handwerklichen Basisfertigkeiten, Verantwortung und Arbeitsschutz • Aktivierung, Verbesserung von Problemlöseverhalten, Ausdauer, Auffassung und Sorgfalt • Motivation zur aktiven Freizeitgestaltung	• Planung und Fertigung von Werkstücken aus Holz und Holzwerkstoffen, nach Bauanleitungen und Zeichnungen • Wechselnde Arbeiten an Projekten im Team • Individuelle und kreative Formgestaltung	• 5x150 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)
Werktherapie – Melba	• Diagnostische Einordnung arbeitsbezogener Fähigkeiten	• Anfertigen von verschiedenen Bausätzen	• 2x 150-180 Min/Woche	• Pado • Melba Anmelde- und Indikationsbogen
Wochenend-Therapie	• Orientierung und Information • Förderung von Kontakten • Aktivierung	• wechselndes Angebot einer Technik oder eines Handwerks	• 2x150 Min/Woche	• Pado • Therapiebuch (FB TH 021)

6. THERAPIEABLAUF

6.1 Diagnostik-Phase

Alle PatientInnen werden zunächst einem ein- bis zweitägigen Intensiv-Sceeningverfahren unterzogen. Die SuchtpatientInnen werden hierzu zunächst auf der medizinischen Aufnahmestation aufgenommen. Um ihnen die Orientierung und das Einleben in der Klinik zu erleichtern werden allen neuen PatientInnen sog. „PatenpatientInnen“ zur Seite gestellt.

Die ausführliche medizinisch-psychologische Untersuchung dient zur Abklärung der Notwendigkeit primärer medizinischer Behandlungen (z. B. körperliche Entgiftung, medikamentöse Versorgung bzw. Einstellung) und sozialer Versorgung (Schuldenregulierung, Übergangsgeld, anhängige Strafverfahren), sowie der selektiven Indikationsstellung, der Anbahnung einer therapeutischen Beziehung und schließlich der ersten Information der PatientInnen über das weitere Vorgehen. Neben einer ersten Sichtung der individuellen Problematik jeder/s Patientin/en geht es vor allem darum festzustellen, in welcher Phase sie/er sich hinsichtlich der Auseinandersetzung mit ihrer/seiner Störung befindet.

Aus Sicht der PatientInnen stellt die Diagnostikphase sozusagen die „Visitenkarte“ der Klinik dar und soll damit eine günstige Motivationsgrundlage für weitere Therapieentscheidungen der PatientInnen schaffen helfen. Organisation und Inhalte der Diagnostikphase orientieren sich an der körperlichen und psychischen Verfassung der PatientInnen. Grundlegend sind Servicehaltung und Patientenorientierung der TherapeutInnen. Die PatientInnen werden ermutigt, wichtige Bezugspersonen zur Aufnahme mitzubringen.

Am Morgen nach der Aufnahme findet auf der Aufnahmestation eine Visite für die PatientInnen der Suchtabteilung durch die Leitende Ärztin oder ihrem Stellvertreter statt. Nach dieser Visite wird gemeinsam mit der/dem Bezugsärztin/arzt über die weitere Behandlungsstrategie entschieden.

Nach Abschluss aller psychologischen Untersuchungen werden den PatientInnen im Rahmen eines ausführlichen Auswertungsgesprächs die Ergebnisse unmittelbar zurückgemeldet und in ein einfaches, plausibles Erklärungsmodell durch ihre BezugstherapeutInnen zusammengefasst. Daraus werden die individuellen Behandlungsschwerpunkte, die in Frage kommenden Behandlungsmaßnahmen und die voraussichtliche Behandlungsdauer abgeleitet. Die Untersuchungsergebnisse werden außerdem in Beziehung gesetzt zu der Einschätzung durch Vorbehandler und Angehörige sowie zu den Erwartungen der Patient-

Innen selbst. Die PatientInnen haben Gelegenheit, Fragen hinsichtlich der weiteren Behandlung zu klären und eventuelle terminliche/organisatorische Probleme zu besprechen.

Schließlich entscheiden die PatientInnen, inwieweit sie der vorgeschlagenen Behandlungsform zustimmen können. Ambivalenz oder mangelnde Zustimmung der PatientInnen werden von therapeutischer Seite ausdrücklich entpathologisiert. In diesem Fall wird den PatientInnen empfohlen, im Verlauf der anschließenden Selbstreflexionsphase an speziellen Motivationsförderungsmaßnahmen teilzunehmen, um zu einer besseren Informationsgrundlage für eine endgültige Therapieentscheidung zu kommen. Mit den SuchtpatientInnen wird in diesem Gespräch die Möglichkeit eines Rückfalls während der Behandlung ausführlich besprochen und ein konkreter Notfallplan für diesen Fall ausgearbeitet. Leistungsträger und bei Einwilligung der PatientInnen die Vorbehandler (Hausärztin/arzt, Beratungsstelle, betriebliche SuchtkrankenhelferInnen) erhalten eine sofortige Rückmeldung über die Ergebnisse der Diagnostikphase und Therapievereinbarungen in Form eines Aufnahmeberichts.

6.2 Selbstreflexionsphase

Hier geht es darum, die Problematik der PatientInnen für die Betroffenen verständlich zu machen und die Zusammenhänge der einzelnen Symptome bzw. Problemverhaltensweisen zu der persönlichen Biografie und Alltagsrealität zu erhellen. Denn auch bei großem Leidensdruck sind viele PatientInnen hinsichtlich jeder Veränderung sehr ambivalent, weil ihr Problemverhalten ursprünglich durchaus zur Bewältigung persönlicher Krisensituationen geeignet war, den Normen ihrer Umgebung oder Erziehung entspricht oder sogar zur Stabilisierung von persönlichen Beziehungen oder Familienstrukturen beiträgt. Je nach Einzelfall kann der Schwerpunkt der Selbstreflexionsphase auf folgenden Inhalten liegen:

- genaue Analyse der körperlichen, psychischen und sozialen Entstehungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen der individuellen Problematik der PatientInnen,
- Überwindung von Scham- und Schuldgefühlen, um das volle Ausmaß und die Folgen des eigenen Problemverhaltens für andere erkennen zu können,
- dosierte störungsspezifische Informationsvermittlung, um eine therapiegünstige Kausalattribuierung und Veränderungserwartung entwickeln sowie verstärkt Selbstverantwortung übernehmen zu können,
- Entwicklung persönlicher Veränderungsziele und einer realistischen Lebensperspektive.

Indikationsabhängig kann hierbei eine einzeltherapeutische Verhaltensanalyse oder die gemeinsame Auseinandersetzung innerhalb der Bezugsgruppe im Vordergrund stehen.

Bei Einverständnis der PatientInnen kann auch eine Einbeziehung relevanter Bezugspersonen (Angehörige, ArbeitskollegInnen oder -vorgesetzte) erfolgen, selbstverständlich unter Wahrung des Datenschutzes.

Während dieser Phase sollen die individuell mit den PatientInnen vereinbarten Rahmenbedingungen ihres Klinikaufenthalts (Ausgangsregelung, Besuchszeiten etc.) eine besondere Intensität der Auseinandersetzung mit sich selbst ohne Ablenkung oder Anforderungen von außen, einen gewissen Schutz vor Überforderung sowie einen Schonraum zur selbstkonzeptkonformen Änderung von Einstellungen und Sichtweisen ohne Druck durch Bezugspersonen ermöglichen. Einerseits hängt es von den Diagnostikergebnissen, dem Ausmaß an Übereinstimmung zwischen PatientIn und TherapeutIn hinsichtlich dieser Ergebnisse und der Kooperation von SuchtpatientInnen hinsichtlich des Themas Rückfall ab, welche Ausgangsregelung von therapeutischer Seite für die ersten Behandlungs-wochen vorgeschlagen werden. Andererseits werden die PatientInnen ermutigt, diesbezüglich eine selbstverantwortliche Haltung einzunehmen.

Der Ausgang kann sich bis maximal 22.45 Uhr erstrecken und wird in der üblichen Weise über Ausgangsbücher und Stichproben kontrolliert. Sollte nach besonderer medizinischer bzw. therapeutischer Indikation im Einzelfall ein Ausgang über 22.45 Uhr hinaus vereinbart werden, so muss sich die/der PatientIn in jedem Fall persönlich auf der Aufnahmestation zurückmelden.

Um SuchtpatientInnen ein umfassenderes Verständnis ihrer Suchtmittelabhängigkeit sowie eine Integration in ihr Selbstkonzept zu erleichtern, nehmen sie in dieser Zeit vier mal wöchentlich an Informationsvorträgen und einer Basisgruppe teil.

Zum Abschluss der Selbstreflexionsphase werden den PatientInnen und falls möglich ihren Angehörigen erneut alle relevanten Untersuchungsergebnisse mitgeteilt. Sie erhalten außerdem Informationen über Hintergründe ihrer Störung. Möglichst einfache, der Persönlichkeit der PatientInnen entsprechende Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer individuellen Problematik werden anschaulich erläutert. Hieraus werden gemeinsam mit den Betroffenen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten abgeleitet und schließlich wird ein individuell abgestimmter Therapieplan erarbeitet.

Der Behandlungsvorschlag umfasst im Einzelnen:

(a) die individuell für notwendig erachteten Behandlungsmaßnahmen,

(b) die voraussichtliche Dauer der Gesamtbehandlung,

(c) das Ausmaß der empfohlenen Einbeziehung von Angehörigen,

(d) eine individuelle Ausgangsregelung.

Die Betroffenen werden systematisch ermutigt, sich unter gründlicher Abwägung aller Vor- und Nachteile bzw. Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte für oder gegen diesen Behandlungsvorschlag zu entscheiden. Falls erforderlich kann die/der TherapeutIn hier auch bei unterschiedlichen Auffassungen von PatientInnen und ihren Bezugspersonen vermitteln. Die PatientInnen haben prinzipiell die Möglichkeit, den Behandlungsvorschlag abzulehnen oder auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben. Allerdings wird ihnen verdeutlicht, dass aufgrund der Planungsnotwendigkeiten der Einrichtung und der Regelungen der Leistungsträger diesbezüglich nur eine stark eingeschränkte Flexibilität besteht, z.B. eine Verlängerung nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Außerdem sind die PatientInnen in diesem Fall gefordert zu zeigen, dass ihre Behandlung trotzdem erfolgreich ist. Ist dies aus medizinisch-therapeutischer Sicht auch nach einiger Zeit nicht der Fall, so ist eine Weiterbehandlung nur möglich, wenn die/der PatientIn nunmehr auf das indizierte Behandlungsprogramm eingeht.

Leistungsträger und bei Einwilligung der PatientInnen auch Vorbehandler (Hausärztin/arzt, Beratungsstelle, betrieblicher Sozialdienst) erhalten eine Rückmeldung über die Ergebnisse der Diagnostikphase und den konkreten Behandlungsvorschlag in Form eines Zwischenberichts.

6.3 Veränderungsphase

Die vorgeschlagenen Behandlungsangebote sind in jedem Einzelfall unterschiedlich. Der „rote Faden“ der Gesamtbehandlung ist die kontinuierliche Betreuung der PatientInnen durch ihre BezugstherapeutInnen im Rahmen einer Einzeltherapie und der von ihnen geleiteten Bezugsgruppentherapie. Zur Bearbeitung spezifischer Problembereiche besuchen die PatientInnen zusätzlich einzelne indikative Therapieangebote aus dem psychotherapeutischen, sozialrehabilitativen und sporttherapeutischen Bereich. Das relative Ausmaß dieser inhaltlichen Bereiche innerhalb des Gesamtbehandlungsplans einer/s Patientin/en kann vollkommen unterschiedlich sein:

- bei sozial bzw. beruflich desintegrierten PatientInnen kann vorrangig eine soziale Reintegrationsbehandlung erfolgen,
- bei PatientInnen mit deutlicher psychischer Komorbidität kann der Behandlungsschwerpunkt auf eine psychotherapeutisch ausgerichtete Behandlung gelegt werden,
- bei entsprechend organisch geschädigten PatientInnen kann eine vorrangig physiotherapeutisch/medizinisch dominierte Behandlung erfolgen,
- bei PatientInnen, die nach zeitweilig erfolgreicher Abstinenz wieder rückfällig wurden, kann sich die Behandlung auf die Rückfallprävention beschränken.

Alle adaptiven Indikationsstellungen und Korrekturen des Therapieplanes werden zwischen den PatientInnen und ihren BezugstherapeutInnen vorgenommen. Auch die Einbeziehung von Angehörigen erfolgt durch die BezugstherapeutInnen, die dadurch auch für letztere zu festen Ansprechpartnern in der Klinik werden.

Die Therapiefortschritte und Zufriedenheit der PatientInnen und gegebenenfalls der Angehörigen mit dem Therapieverlauf werden regelmäßig durch das Ausfüllen kurzer Fragebögen und in bestimmten Abständen durch veränderungssensitive psychodiagnostische Erhebungsinstrumente erhoben und rückgemeldet.

6.4 Erprobungsphase

So früh wie möglich werden die PatientInnen ermutigt, sich direkt mit persönlich relevanten Problemsituationen in der Alltagsrealität zu konfrontieren, um so ihre Bewältigung ohne Suchtmittel bzw. Symptom- oder Vermeidungsverhalten zu üben. Sie können dadurch Zugang zu neuen Bewältigungsmöglichkeiten und mehr Selbstbewusstsein gewinnen. Gleichzeitig kann auf diese Weise eine schrittweise Verringerung der Angst und des Misstrauens von Angehörigen erzielt werden.

In dieser Phase findet die Behandlung zunehmend auch außerhalb der Therapieeinrichtung statt. Die PatientInnen übernachten probeweise Zuhause, nehmen gegebenenfalls zunehmend mehr Kontakt zu ihrem persönlichen Umfeld auf und versuchen hierbei, ihre Änderungsziele umzusetzen. Die PatientInnen werden in diesem Zusammenhang darüber informiert, dass Erprobungsheimfahrten und Übernachtungen außerhalb der Klinik prinzipiell nur nach den jeweiligen Kostenregelungen der Leistungsträger erfolgen können. Erprobungsheimfahrten können prinzipiell nur mit ärztlicher Genehmigung erfolgen.

Im Mittelpunkt steht nunmehr die berufliche Reintegration in Form von systematischer Arbeitsplatzsuche und einer unmittelbaren Steigerung der Leistungsfähigkeit. Wo erforderlich, ist in dieser Behandlungsphase ein längeres Betriebspraktikum zur Erprobung der Leistungsfähigkeit bzw. zur Erhöhung der Arbeitsplatzfindungschancen in der Umgebung der salus klinik Lindow möglich.

Die Intensität der Therapeutenkontakte wird systematisch ausgeschlichen. Die Interventionen beschränken sich zunehmend auf eine Vorbereitung und Auswertung entsprechender Therapieaufgaben. Die PatientInnen protokollieren ihre Aktivitäten kontinuierlich in entsprechenden Selbstbeobachtungsbögen und werten diese gemeinsam mit ihrem/r Bezugstherapeut/in aus. Falls erforderlich kann die/der TherapeutIn PatientInnen auch bei

Therapieaufgaben außerhalb der Einrichtung begleiten. Rückschläge oder Complianceprobleme können kurzfristig durch eine Intensivierung der therapeutischen Kontakte aufgefangen werden. Die PatientInnen und ihre Angehörigen lernen auf diese Weise systematisch, ungünstige Entwicklungsverläufe rechtzeitig zu erkennen und gegebenenfalls kurzfristig zu korrigieren.

Je nach individueller Indikation werden die PatientInnen von ihren Bezugstherapeut-Innen systematisch beim Anschluss an eine Selbsthilfegruppe, bei der Kontaktaufnahme zu einer Nachsorgeeinrichtung bzw. bei der Einleitung einer ambulanten Weiterbehandlung bzw. nach vorheriger Rücksprache mit dem Leistungsträger einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme unterstützt und ermutigt. Zur Erleichterung der beruflichen Wiedereingliederung sind außerdem gemeinsame Gespräche an der Arbeitsstelle der PatientInnen möglich.

PatientInnen und ihre Angehörigen markieren schließlich in einem Kalender, den sie in ihrer Wohnung aushängen werden, Rückfallrisiko- bzw. Belastungssituationen innerhalb der ersten 6 Monate nach Abschluss der stationären Behandlung. Sie vereinbaren außerdem ein individuelles Ausmaß an telefonischen Kontakten zu ihrer/m Bezugstherapeutin/en in dieser Zeit. Alle PatientInnen werden darauf hingewiesen, dass für ehemalige PatientInnen eine Hotline eingerichtet wurde, bei der täglich in der Zeit von 19.00 – 21.00 Uhr die/der diensthabende Ärztin/Arzt bzw. TherapeutIn telefonisch erreicht werden kann. Die PatientInnen werden ermutigt, diese Unterstützungsmöglichkeit bei Krisen oder Rückfällen nach Abschluss der Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Unmittelbar vor Abschluss der stationären Behandlung füllen die PatientInnen fast alle Fragebögen der Eingangsdiagnostik erneut aus. Die Ergebnisse und insbesondere der Vergleich zu den Eingangswerten werden in einem ausführlichen Therapieabschlussgespräch zwischen PatientInnen und ihren BezugstherapeutInnen erörtert.

Über den Leistungsträger hinaus erhalten mit Einverständnis der PatientInnen Vor- bzw. Nachbehandler einen ausführlichen Entlassungsbericht nach Abschluss der stationären Behandlung.

7. Evaluation und Qualitätssicherung

Die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Klinik wird durch folgende Maßnahmen gesichert:

7.1 Manualisierung der Therapieangebote

Für alle Therapieangebote existieren konzeptionelle Leitfäden, um eine konsequente Umsetzung des Therapiekonzepts sicherzustellen. Ihre Umsetzung wird jeweils auf die individuellen Bedürfnisse der einzelnen PatientInnen von den behandelnden MitarbeiterInnen - unterstützt durch engmaschige Supervision - angepasst. Alle Arbeitsanleitungen und die zugehörigen Dokumente sind in einer Datenbank gespeichert, wo sie regelmäßig aktualisiert werden. So ist gewährleistet, dass alle MitarbeiterInnen einen unmittelbaren Zugriff auf die richtigen Unterlagen haben, ohne Papiere horten und verwalten zu müssen. In Vertretungssituationen ist so auch eine nahtlose Fortführung der bisherigen Arbeit mit Gruppen und Einzelnen möglich.

7.2 Qualitätszirkel

Über das Verbesserungswesen und Beschwerdemanagement werden entsprechende Anregungen ausgewertet und in Maßnahmen umgesetzt. Wenn die Maßnahmen die Einbeziehung mehrerer Teams, Berufsgruppen oder Abteilungen erforderlich machen, werden bei Bedarf interne Qualitätszirkel mit einer Teilnahme auf freiwilliger Basis eingerichtet, um systematisch an der organisatorischen und konzeptionellen Weiterentwicklung der Klinik zu arbeiten.
Außerdem ist die salus klinik Mitglied in externen Qualitätszirkeln, auch im Bereich der Adaption.

7.3 Kontinuierliche Evaluation

Im therapeutisch-medizinischen Bereich wird eine kontinuierliche Evaluation des Gesamtkonzepts sowie einzelner Behandlungsbausteine durch die regelmäßige Erstellung der Basisdokumentation aus Pado und die Erhebung von prospektiven Katamnesen ein Jahr nach Behandlungsende gemäß den Standards der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung vorgenommen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen werden den Mitarbeitern bzw. den damit befassten Qualitätszirkeln rückgemeldet.
Die salus klinik stellt dem Fachverband Sucht und der Nationalen Statistik alle Daten aus Basisdokumentation und Katamnese anonymisiert zur Verfügung, um die Transparenz der

Suchtrehabilitation zu gewährleisten und eventuelle bundesweite Trends erkennbar werden zu lassen.

7.4 Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherer

Die salus klinik war von Anfang an am QS-Programm der Deutschen Rentenversicherung Bund beteiligt. Die Rückmeldungen zur Rehabilitandenstruktur, zu den therapeutischen Leistungen (KTL), zur Patientenbefragung nach drei Monaten, zu Berichtslaufzeiten und zum Peer-Review der Entlassungsberichte werden zeitnah nach Eintreffen der QS-Berichte den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht, mit den intern erhobenen Daten verglichen und ggf. in Qualitätszirkeln verarbeitet.
Hinzu kommen die Visitationen, die – vergleichbar mit den externen Qualitätsmanagement-Audits der Zertifizierungsgesellschaften – anhand einer ähnlichen Checkliste die Struktur- und Prozessqualität der Klinik überprüfen. Deren Ergebnisse münden in Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung.

7.5 Supervision

Die Behandlung in der salus klinik wird kontinuierlich durch die leitenden MitarbeiterInnen supervidiert. Externe klinische Supervision findet nur bei Bedarf und zeitlich befristet für definierte Problemstellungen statt. Dasselbe gilt für Organisationssupervision und Leitungs-Coaching.

7.6 Regelmäßige Patientenbefragung

Die Patienten werden wöchentlich mit einem Kurzfragebogen von den Bezugstherapeuten und durch den Abschlussfragebogen nach ihrer Bewertung des Behandlungsverlaufes und ihrer Zufriedenheit mit der Klinik befragt. Patientenanregungen werden durch die Klinikleitung in einem wöchentlichen Aushang beantwortet.

7.7 Kooperationspartnerbefragung

Alle Zuweiser, Selbsthilfegruppen und andere Kooperationspartner (z.B. psychosoziale Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte, Entgiftungsstationen) werden kontinuierlich einmal pro Jahr in einer Gesamterhebung über ihre Zufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit mit der salus klinik befragt und um Verbesserungsvorschläge gebeten. Die Ergebnisse werden im Jahresbericht veröffentlicht.

7.8 Dokumentation mittels EDV

Für die Patientendaten existiert eine gemeinsame Datenbank, die allen medizinisch-therapeutischen MitarbeiterInnen über ein PC-Netzwerk zugänglich ist. Jedes Dokumentationsdatum muss also nur einmal eingegeben werden und zwar unmittelbar zum Zeitpunkt der Erfassung durch denjenigen, der die Daten erhebt. Sie stehen automatisch den verschiedenen Abteilungen zur Planung und Optimierung ihrer therapeutischen Angebote zur Verfügung. Der Patientendokumentation kommt dadurch nicht nur eine archivierende und das Berichtswesen vorstrukturierende, sondern auch eine aktuell die Therapie steuernde Funktion zu.

7.9 Zertifizierung nach ISO 9001, FVS/DEGEMED MAAS-BGW und Rauchfreie Krankenhäuser

Die salus klinik Lindow wurde im Dezember 2005 erfolgreich zertifiziert und praktiziert seitdem kontinuierlich das intern und extern überprüfte Qualitätsmanagement (Lindenmeyer, 2006b). Im November 2017 wurde das 4. Re-Zertifizierungsaudit erfolgreich durchgeführt. U.a. wurden hierbei folgende Kriterien für die QM-Bewertung festgelegt:

Bericht/ Statistik	Zyklus der Auswertung	Verantwortung für Erhebung	Verantwortung für Auswertung	Kennzahl/ Überwachungssystematik
Belegungsstatistik	monatlich	Dir.	Dir.	• Absolute Belegung • Prozentuale Belegung • Aktuelle Belegungsentwicklung zum Vorjahr (zu Vorjahresmonat) • Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz
Haltequote	monatlich	Aufn.-Sekr. Chef-Sekr.	Dir.	• Anzahl der Rückfälle pro Monat • Prozentuale Quote von disziplinarischen Entlassungen • Prozentuale Quote von Abbrüchen • Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz SOLL: Haltequote über 80% Rückfälle: kleiner 15 Rückfälle pro Monat
Berichtsstatistik Entlassbrieflaufzeit	täglich	Schreibbüro	Schreibbüro	• Anzahl der Entlassbriefe mit einer Laufzeit mit mehr als neun Tagen • Monatliche Info an MA im Rahmen der Klinikkonferenz
Patientenzufriedenheitsermittlung Abschlussfragebogen	monatlich	Patient (BZT)	Dir. Leitungskonferenz	Zufriedenheitsindex mit allen Klinikbereichen bzgl. • Therapie • Medizin • Service

Wöchentliche Patientenzufriedenheit (FB TH 036)	wöchentlich	Patient (BZT)	BZT LA Dir.	• Zufriedenheit des Patienten mit allen Klinikbereichen bzgl. – Therapie – Medizin – Service • Bei Bewertung im Bereich Medizin schlechter „3“ erfolgt eine Einladung zur Ärzterunde zur Thematisierung und ggf. Festlegung notwendiger Maßnahmen • Bearbeitung aller Anregungen von Patienten durch Dir. inkl. Aushang an zentraler Infotafel im Bereich Küche • Überwachung durch Haustreff • Auszählen aller Patienten, die an keiner indikativen Gruppe bzw. sonstiger therapeutischer Maßnahme teilgenommen haben • Anzahl aller ausgefüllten Fragebögen inkl. Rückmeldung an Klinikkonferenz

7.10 Kooperation mit Forschung und Wissenschaft

Seit Beginn ist die salus klinik Lindow an verschiedenen Forschungsprojekten der HU Berlin, der TU Dresden sowie der Universitäten Münster, Chemnitz, Halle und Marburg beteiligt. U.a. war die Klinik Kooperationspartner beim durch die DRV-Bund geförderten Projekt zur empirischen Entwicklung von Rehabilitations-Management-Kategorien (RMK), dem EU geförderten Projekt zur Behandlung von Alkoholabhängigen mit Gewalt (TAVIM) und dem DFG geförderten Projekt zur Validierung einer deutschen Version des MATE. Seit 2010-2014 führte die salus klinik Lindow in Kooperation mit der Radbout Universität Nijmegen ein eigenständiges, durch die DRV-Bund finanzierte Forschungsprojekt zur Entwicklung und Evaluation eines computerunterstützten Diagnostik- und Trainingsprogramms zur Rückfallprävention durch (Joysticktraining). Seither haben wir gemeinsam mit der Radbout Universität Nijmegen und der Universität Amsterdam eine kontinuierliche Forschergruppe zur Weiterentwicklung von Cognitive Bias Modifikation in der Rückfallprävention.
Alle Studien, an denen Versicherte der Leistungsträger beteiligt sind, werden mit dem federführenden Hauptbeleger vorher abgestimmt.
Seit 2014 ist die salus klinik Lindow Kooperationsklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg.

LITERATUR:

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2015). S3-Leitlinie – Screening, Diagnose und Behandlung von alkoholbezogenen Störungen. www.awmf.de.

Bottlender, M., Köhler, J. & Soyka, M. (2006). Effektivität psychosozialer Behandlungsmethoden zur medizinischen Rehabilitation alkoholabhängiger Patienten. Fortschr. Neurol. Psychiat., 74, 19-31.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2000). Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: BfA.

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). (2014). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber.

Egner, U. & Grünbeck, P. (2003). Analyse der Rehaverlaufsdaten zu den Folgen der Sucht und zum Verlauf nach der Rehabilitation. Sucht aktuell, 2, 29 – 32.

Grawe, K. (1998). Psychologische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

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

Hahlweg, K., Schindler, L. & Revenstorf, D. (1982). Partnerschaftsprobleme: Diagnose und Therapie. Berlin: Springer.

Heinz, A. & Batra, A. (2003). Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Jacobson, E. (1996, 3.). Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Kanfer, F.H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (1996, 2.). Selbstmanagement-Therapie: ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Berlin: Springer.

Kiresuk, T.J., Lund, S.H. (1978). Goal Attainment Scaling. In: Attkission, C.C., Hargreaves, W.A. Horowitz, M.J. & Srensen, J.E. (Hrsg.). Evaluation of human service programs. New York: Academis Press.

Kolling, R., Lindenmeyer, J., & Kulbartz-Klatt, J.Y. (2001). Wieviel Daten nützen dem Patienten? In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Rehabilitation Suchtkranker – mehr als Psychotherapie! Geesthacht: Neuland Verlag S. 123-133.

Kolling, R., Lindenmeyer, J., & Zimdars, P. (2002). Erwerbsfähig, aber erwerbslos – Spezifische Therapieangebote für Langzeitarbeitslose. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen. Geesthacht: Neuland Verlag S. 302-310.

Küfner, H. (2003). Therapieevaluation als Evidenzbasis der Suchttherapie. Psychotherapie im Dialog, 2, 170-177.

Lindenmeyer J. (1997): Supervision und Selbsterfahrung in der Verhaltenstherapie. In: A. Heigel-Evers, I. Helas, & H. C. Vollmer (Hrsg.): Die Person des Therapeuten. Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung. S95-115. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Lindenmeyer, J. (2000). Ethik in der Verhaltenstherapie. In E. Behnsen, K. Bell, D. Best, H. Gerlach, H. D. Schirmer & R. Schmid (Hrsg.), Management Handbuch für die psychotherapeutische Praxis. Heidelberg: Decker's Verlag 780: S. 1-12.

Lindenmeyer, J. (2003). Angehörigenarbeit in der Behandlung von Alkoholabhängigen. Praxis der Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 183-189.

Lindenmeyer, J. (2004b). Abstinenz als Orientierung in der therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken. In J. Rink (Hrsg.), Die Suche nach der Kontrolle. Von der Abstinenzabhängigkeit zur Kontrollabhängigkeit – Beiträge zum Wandle der Zieldiskussion in der Suchtkrankenhilfe. Geesthacht: Neuland Verlag S. 40-55.

Lindenmeyer, J. (2005). „Ich habe keine Verlangen" – Cue reactivity bei Alkoholabhängigen. In P. Neudeck und H.-U- Wittchen (Hrsg.), Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen. Göttingen: Hogrefe Verlag S. 201-226.

Lindenmeyer, J. (2005b). Teilhabe von Suchtkranken nach SGB IX – Anspruch und Wirklichkeit. In Fachverband Sucht (Hrsg.), Perspektiven für Suchtkranke – Teilhabe fördern, fordern, sichern. Geesthacht: Neuland S. 45-60.

Lindenmeyer, J. (2006): Suchtbehandlung – Im Spannungsfeld von Wissenschaft und Praxis. Sucht aktuell, 2, S. 12-21.

Lindenmeyer, J. (2006b): Einfache Qualitätsprozesse für den Alltag in der Rehaklinik. Zertifizierung aktuell, 2, S. 14-15.

Lindenmeyer, J. (2008). Berufliche Integration Suchtkranker im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in einer Fachklinik in Ostdeutschland. In D. Henkel & U. Zemlin (Hrsg.), Arbeitslosigkeit und Sucht. Ein Handbuch für Wissenschaft und Praxis. Fachhochschulverlag, Frankfurt (S. 456-473).

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2010). Therapie-Tools: Offene Gruppen 1. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (Hrsg.) (2011). Therapie-Tools: Offene Gruppen 2. Weinheim: Beltz.

Lindenmeyer, J. (2016). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Band 6. Göttingen: Hogrefe.

Lindenmeyer, J. (2016a). Lieber schlau als blau. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lindenmeyer, J. (2018). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1 (3. Aufl.). Berlin: Springer.

Lindenmeyer, J., Kolling, R., & Zimdars, P. (2004). Die Realität ist kein Gefühl. In Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Sucht macht krank! – Von der Akutmedizin zum Disease-Management. Geesthacht: Neuland Verlag S. 194-204.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2004). Therapiekonzept der salus klinik Lindow (5. Aufl.), Lindow: Eigenverlag.

Lindenmeyer, J. & Kolling, R. (2007). Jahresbericht der salus klinik Lindow 2006. Lindow: Eigenverlag.

Lindenmeyer, J. & Cina, R. (2017). Konzept der salus klinik Lindow
zum Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen. Eigenverlag.

Lindenmeyer, J. & Cina, R. (2017). Behandlung von Komorbidität von alkoholbezogenen und psychischen Störungen bei Patienten in der Sucht und Psychosomatik. Eigenverlag.

Lohmann, B. (2000). Effiziente Supervision. Praxisorientierter Leitfaden für Einzel- und Gruppensupervision. Hohengehren: Schneider Verlag.

Mann, K., Loeber, S., Croissant, B. & Kiefer, F. (2006). Qualifizierte Entzugsbehandlung von Alkoholabhängigen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Marlatt, G.A. (1985). Lifestyle Modification. In: Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (Eds.). Relapse Prevention. New York: Guilford. S. 280-348.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

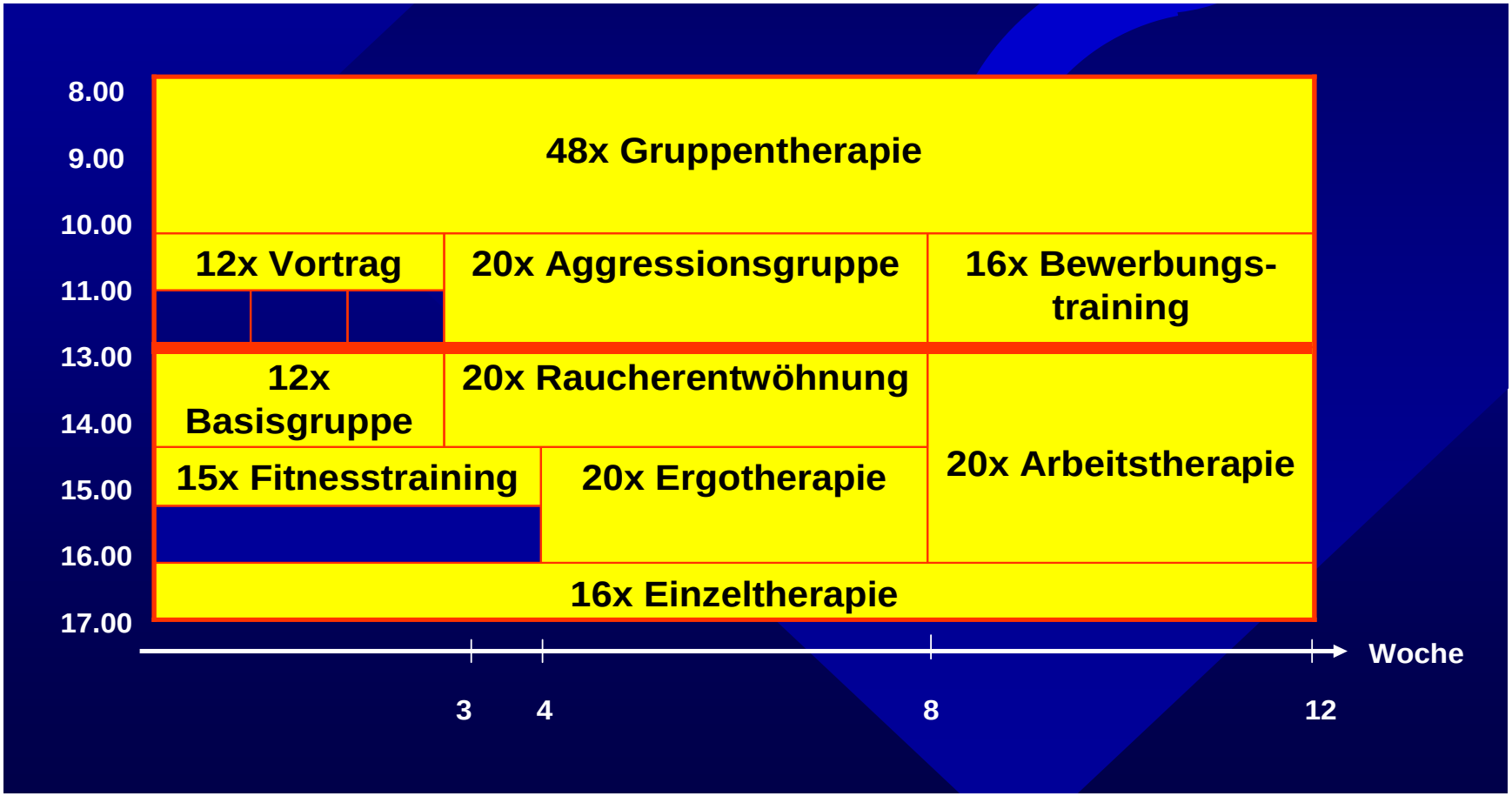
Miller, W.R., Wilbourne, P.L. & Hettema, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester, R.K. & Miller, W.R. (Eds.). Handbook of alcoholism treatment approaches. Boston: Allyn and Bacon. S. 13-63.

Pabst, A., Kraus, L., de Matos E.G., & Piontek, D. (2013). Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. Sucht, 59(6), 321-331.

Petry, J. (1996). Alkoholismustherapie: Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R. & Heather, N. (Eds.). Treating Addictive Behaviours: Processes of Change. New York: Plenum Press.

Vaillant, G.E. (2003). A 60-year follow-up of alcoholic men. Addiction, 98, S. 1043 – 1051.

Wetterling, T. & Veltrup, C. (1997). Diagnostik und Therapie von Alkoholproblemen. Berlin: Springer.

Exemplarischer Wochenplan