

**INTEGRIERTES KONZEPT
medizinischer Rehabilitation
alkohol- und medikamenten-
abhängiger Menschen**



SuchtTherapieZentrum
Hamburg

EINE EINRICHTUNG DER MARTHA STIFTUNG

Inhaltsverzeichnis

	Präambel	5
1	Einleitung	6
2	Grundlagen der therapeutischen Arbeit	10
2.1	Zum Verständnis von Abhängigkeit	11
2.2	Therapeutische Grundorientierungen	12
2.2.1	Lebenslaufperspektive	12
2.2.2	Ermöglichung korrigierender emotionaler Erfahrungen	13
2.2.3	Ressourcenorientierung	13
2.2.4	Identitätsförderung und Ich-Stärkung	13
2.2.5	Die therapeutische Beziehung als heilender Wirkfaktor	14
2.2.6	Lebensweltorientierung	14
2.3	Übergeordnete Rehabilitationsziele	14
2.4	Formen therapeutischer Interventionen	14
2.4.1	Somatotherapie	15
2.4.2	Psychotherapie	15
2.4.3	Soziotherapie	16
2.4.4	Spirituelle Therapie/ Sinnfindung	16
3	Diagnostik und Indikation	16
3.1	Allgemeine Indikationskriterien	16
3.2	Diagnostik	17
3.3	Indikationsstellung	18
3.4	Wechsel der Behandlungsform	18
3.5	Indikationskriterien für Behandlungsformen	19
3.5.1	Indikationen für eine ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme in der HUMMEL	19
3.5.2	Indikationen für eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik	20
3.5.3	Indikationen für eine stationäre Behandlung in der Fachklinik	20
3.5.4	Indikationen für die teilstationäre Entlassphase	21
3.5.5	Indikationen für eine ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung	21
4	Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung	21
4.1	Strukturqualität	22
4.1.1	Konzeptqualität	22
4.1.2	Lage und Ausstattung	22
4.1.3	Mitarbeiterqualifikation	22
4.1.4	Personalschlüssel	23
4.2	Prozessqualität	23
4.3	Ergebnisqualität	24
5	Kooperation und Vernetzung	24
5.1	Kooperation und Vernetzung innerhalb des STZ	24
5.1.1	Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen	24
5.1.2	Fallbezogene Kooperation	25
5.2	Vernetzung im Stadtteil	25
5.3	Vernetzung mit professionellen Suchthilfeeinrichtungen	25
5.4	Vernetzung mit Einrichtungen der Selbsthilfe	26
5.5	Vernetzung mit medizinischen und psychosozialen Hilfesystemen	26
5.6	Vernetzung im Bereich Weiterbildung und Kultur	27

6	Ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL	27
6.1	Rahmenbedingungen	27
6.1.1	Personelle Ausstattung:	28
6.2	Zielgruppe	28
6.3	Ziele der ambulanten Behandlung	28
6.3.1	Somatotherapeutische Ziele	28
6.3.2	Suchtspezifische Ziele	29
6.3.3	Psychotherapeutische Ziele	29
6.3.4	Soziotherapeutische Ziele	29
6.4	Behandlungsverlauf	29
6.5	Therapeutische Angebote	30
6.5.1	Medizinische Therapie	30
6.5.2	Einzeltherapie	30
6.5.3	Gruppentherapie	30
6.5.4	Indikative Gruppenangebote	31
6.5.5	Angehörigenseminare und Paargespräche	31
6.5.6	Kompaktwochenende	31
6.5.7	Kontaktaufnahme zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten	31
6.5.8	Begleitende Angebote	31
6.6	Umgang mit Rückfall	32
7	Teilstationäre Rehabilitation in der Tagesklinik	32
7.1	Rahmenbedingungen	32
7.2	Zielgruppe	34
7.3	Ziele der teilstationären Behandlung	34
7.4	Behandlungsverlauf	35
7.5	Tagesstruktur	35
7.6	Therapeutische Angebote	36
7.6.1	Medizinische Therapie	36
7.6.2	Einzeltherapie	36
7.6.3	Gruppentherapie	37
7.6.4	Themenzentrierte Gruppenarbeit	37
7.6.5	Angebote zur beruflichen Orientierung	37
7.6.6	Bewegungs- und Entspannungstherapie	39
7.6.7	Ergo- und Gestaltungstherapie	39
7.6.8	Angehörigenarbeit	39
7.6.9	Indikative Gruppenangebote	40
7.6.10	Rückfallbehandlung	40
7.6.11	Angebote zur Erhöhung der Lebenszufriedenheit	41
7.7	Nachbetreuung	41
7.8	Wochenplan der Tagesklinik (Änderungen vorbehalten)	43
8	Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik	43
8.1	Rahmenbedingungen	44
8.1.1	Personelle Ausstattung	44
8.2	Zielgruppe	45
8.3	Ziele der stationären Behandlung	45
8.3.1	Somatotherapeutische Ziele	45
8.3.2	Suchtspezifische Ziele	45
8.3.3	Psychotherapeutische Ziele	45
8.3.4	Soziotherapeutische Ziele	46
8.4	Behandlungsverlauf	46

8.5	Therapeutisches Angebot	47
8.5.1	Medizinische Therapie	47
8.5.2	Einzeltherapie	48
8.5.3	Gruppentherapie	48
8.5.4	Ergo- und Gestaltungstherapie	49
8.5.5	Bewegungs- und Entspannungstherapie	50
8.5.6	Themenzentrierte Gruppenangebote	50
8.5.7	Geschlechtsspezifische Gruppenangebote	51
8.5.8	Rückfallbehandlung	51
8.5.9	Angehörigenarbeit	51
8.5.10	Sucht und Arbeitswelt	52
8.5.11	Arbeitslosengruppe	52
8.5.12	Soziales Training	53
8.5.13	Angebote mit Projektcharakter	53
8.5.14	Sinnfindungsgruppe	54
8.6	Wochenplan der Fachklinik (Änderungen vorbehalten)	55
9	Teilstationäre Entlassphase in der Fachklinik	56
9.1	Rahmenbedingungen	56
9.2	Zielgruppe	56
9.3	Ziele der teilstationären Entlassphase	56
10	Ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL	57
10.1	Rahmenbedingungen	57
10.2	Zielgruppe	57
10.3	Ziele der ambulanten Rehabilitation als Anschlussbehandlung	57
10.4	Behandlungsverlauf	58
11	Übergreifende Angebote	58
12	Ausblick	59
13	Literatur	60

Präambel

Das SuchtTherapieZentrum Hamburg (STZ) ist eine Einrichtung zur Behandlung überwiegend alkohol- und medikamentenabhängiger erwachsener Menschen. Es ist eine Einrichtung der Martha Stiftung.

Die Martha Stiftung wurde 1849 von der Hamburger Kaufmannswitwe Wilhelmine Mutzenbecher zum Zweck der Betreuung und Förderung weiblicher Dienstboten in Hamburg gegründet. Als die ursprüngliche Aufgabe im Zuge der Änderung der gesellschaftlichen Verhältnisse entfiel, wendete sich die Stiftung anderen sozialen Aufgaben zu. Heute unterhält die Martha Stiftung Altenwohn- und Pflegeheime, ein Heim für schwer mehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche, Wohngruppen für behinderte Erwachsene und das Sozialtherapeutische Zentrum für Suchtkranke. In den Einrichtungen der Martha Stiftung werden jährlich 2.400 Menschen betreut; in ihnen arbeiten 450 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Martha Stiftung ist eine diakonische Stiftung. Sie wurde vor 150 Jahren aus dem Geist der Inneren Mission gegründet. Für Johann Hinrich Wichern, dem Begründer der Inneren Mission, war die aus dem Glauben an Jesus Christus entsprungene Liebe zu den armen und bedürftigen Menschen der Beweggrund des Handelns. Von diesem Gedanken ließ sich auch Wilhelmine Mutzenbecher und die Damen, die ihr beistanden, leiten. Gottes Liebe zu den Menschen im eigenen Handeln weiterzugeben und erfahrbar zu machen, bestimmt auch heute noch das Leben und Arbeiten in den Einrichtungen der Martha Stiftung.

Die Martha Stiftung ist Mitglied im Diakonischen Werk als Spitzenverband der Freien Wohlfahrtspflege.



MARTHA STIFTUNG

...seit 1849 im Dienste der Diakonie

1 Einleitung

Das STZ umfasst drei Fachabteilungen:

- Die Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL mit
 - Café,
 - Beratung, Abklärung, Vermittlung
 - ambulanter medizinischer Rehabilitation
 - ambulanter, akupunkturgestützter Entgiftungs- und Stabilisierungsbehandlung und
 - Raucherentwöhnung
- die Fachklinik zur Durchführung stationärer Rehabilitation und ihr angeschlossen die Tagesklinik zur Durchführung teilstationärer Rehabilitation
- die komplementären Einrichtungen mit
 - stationärer Vorsorge, HAUS OSTERBERG
 - stationärer Nachsorge für Frauen und Mütter mit Kindern.

Das vorliegende Integrierte Konzept medizinischer Rehabilitation beschreibt die Behandlungsmöglichkeiten in der ambulanten Behandlungsstelle DIE HUMMEL, in der Fachklinik sowie in der Tagesklinik. Alle Abteilungen werden von den zuständigen Kostenträgern (LVA, BfA, Krankenkassen, Seekasse, Sozialhilfeträger u.a.) belegt. Folgende Behandlungsformen sind im Rahmen der integrierten Behandlung möglich (s. Abb. 1):

Therapieangebot 1	Ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL Dauer: bis 18 Monate Anzahl der Behandlungsplätze: bedarfsabhängige Gestaltung
Therapieangebot 2	Teilstationäre Rehabilitation in der Tagesklinik Dauer: bis 12 Wochen Anzahl der Behandlungsplätze: 24
Therapieangebot 3	Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik Dauer: bis 16 Wochen Anzahl der Behandlungsplätze: 48 (davon bis zu 8 im Therapieangebot 4)
Therapieangebot 4	Teilstationäre Entlassphase in der Fachklinik Dauer: bis 6 Wochen Anzahl der Behandlungsplätze: variabel, bis max. 8
Therapieangebot 5	Ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL Dauer: bis 12 Monate Anzahl der Behandlungsplätze: bedarfsabhängige Gestaltung

Die integrierte Behandlung wird ergänzt durch die komplementären Angebote. Diese umfassen:

- das Café der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL mit der Möglichkeit einer niedrighschwelligen Kontaktaufnahme der Patientinnen¹
- die Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL mit dem Angebot ambulanter Abklärung und Vermittlung
- das Angebot einer ambulanten akupunkturgestützten Entgiftung und Stabilisierung in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL
- das Angebot einer Raucherentwöhnung in der HUMMEL
- die Vorsorgeeinrichtung HAUS OSTERBERG mit dem Angebot stationärer Abklärung und Vermittlung
- die Nachsorge mit dem Angebot sozialer Rehabilitation für Frauen und Mütter mit ihren Kindern im Rahmen von Wohngruppen.

In der fachlichen Diskussion wurde auch in den letzten Jahren verstärkt auf die Notwendigkeit gemeindenaher Einrichtungen hingewiesen, die stärker das soziale Umfeld einbeziehen und mehr Konstanz bei den Bezugspersonen aufweisen (Rost 1994). Mit dem Integrierten Konzept werden die Vorteile der Stadtlage im Sinne einer gemeindenahen Versorgung genutzt (vgl. Psychiatrie-Enquête 1975):

- **Gemeindenähe**
Dem Grundsatz folgend, die seelische Erkrankung dort zu behandeln, wo sie entsteht und gelebt wird, werden im STZ alle lebensrelevanten Bereiche der Patientinnen in die Rehabilitation einbezogen.
- **Koordination und Kooperation**
Das STZ und seine Abteilungen sind in vielfältiger Weise mit anderen professionellen Hilfesystemen vernetzt. Ziel ist eine möglichst enge Kooperation im Hinblick auf Prävention, Behandlung und wohnortnahe Anschlussbehandlung.
- **Einbezug der bestehenden Selbsthilfesysteme**
Die Patientinnen¹ können während der Behandlung den Kontakt zu Selbsthilfegruppen behalten bzw. neu aufbauen.
- **Kontinuität in der Behandlung**
Die Notwendigkeit einer flexiblen Behandlung mit der Möglichkeit des Wechsels der Behandlungsform ist mittlerweile anerkannt (Hollstein 1996, Schneider 1997).

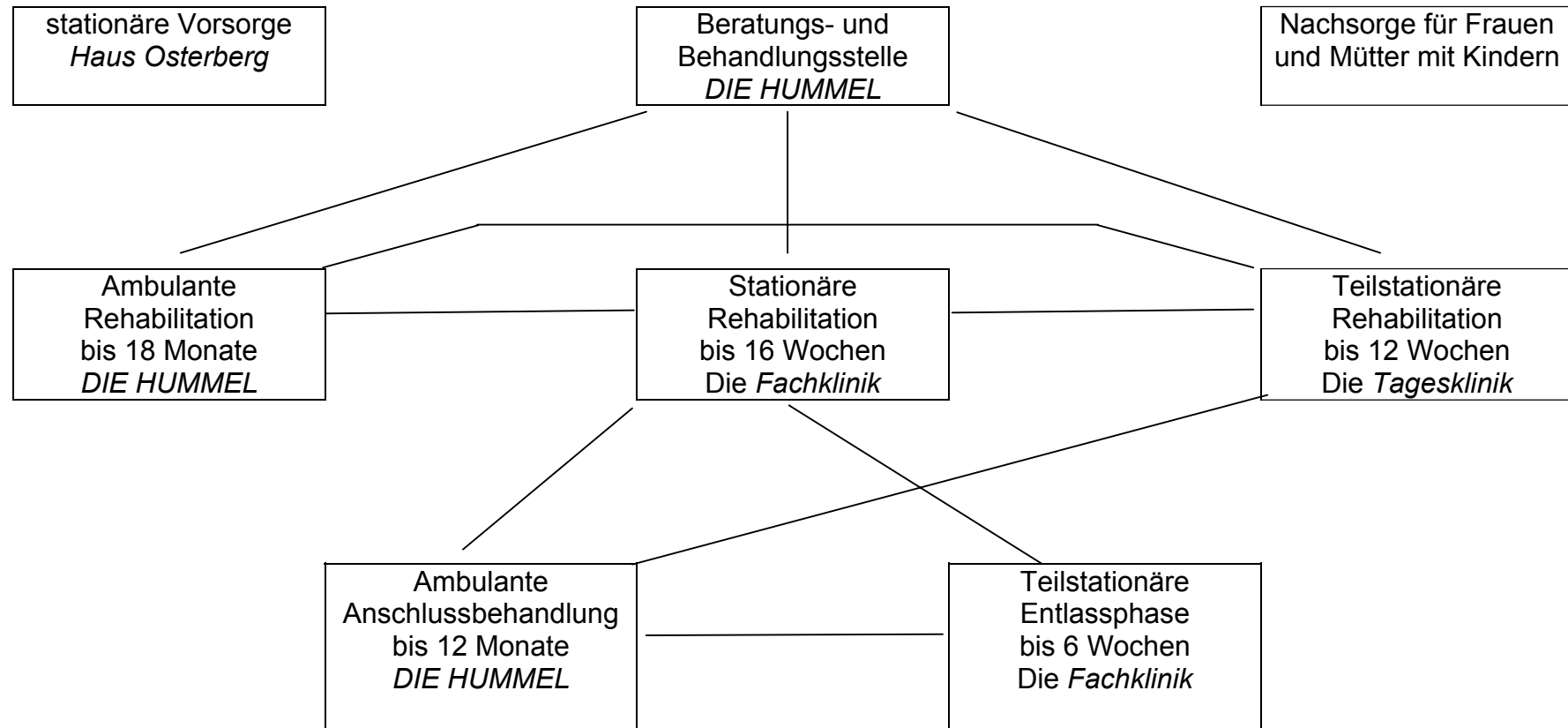
Das Integrierte Konzept wird dem in besonderer Weise gerecht:

- die Bandbreite der therapeutischen Angebote ermöglicht es, zu Beginn der Behandlung einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen, der den Bedürfnissen des einzelnen entspricht,
- alle Behandlungsformen beziehen sich auf die gleichen therapeutischen Grundannahmen,
- ein Wechsel zwischen den einzelnen Behandlungsformen ist auch im Verlauf der Behandlung möglich,
- durch die Möglichkeit einer flexiblen Gestaltung der Übergänge zwischen den einzelnen Therapieangeboten können Therapieabbrüche verringert werden,

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwenden wir im folgenden Text ausschließlich die weibliche Form.

- durch die Kompatibilität der Therapieangebote bleibt die Beziehungs-, Behandlungs- und Einrichtungskontinuität weitgehend gewährleistet.
- Das Integrierte Konzept bietet damit die Möglichkeit, die gesamte Rehabilitationsmaßnahme optimal auf die Wünsche und Erfordernisse der einzelnen Patientin unter Einbeziehung ihrer Lebenswelt abzustimmen.

Abb. 1: Integrierte medizinische Rehabilitation im STZ



2 Grundlagen der therapeutischen Arbeit

Jeder therapeutischen Arbeit mit Menschen liegen, ausgesprochen oder unausgesprochen, philosophische und anthropologische Konstrukte über den Menschen zugrunde. Aus diesen Annahmen werden Konzepte über Erkrankungen, deren Entstehung und Behandlung abgeleitet. Die Arbeit im Sozialtherapeutischen Zentrum beruht wesentlich auf der Annahme, dass jeder Mensch in Beziehung zu seiner Umwelt und zu seinen Mitmenschen steht und sich nur im Austausch mit seiner Lebenswelt entwickeln kann (Merleau-Ponty 1966, Buber 1973). Dieser Austausch im Sinne von Ko-respondenz (Petzold 1988) findet statt, indem wir unsere Lebenswelt wahrnehmen, uns ausdrücken, handeln und uns erinnern. In diesen Ko-respondenzprozessen entwickeln wir ein Bewusstsein unserer selbst und damit unserer Identität. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist Intersubjektivität als spezifische, heilsame Qualität von Begegnungen zwischen Menschen, die sich wechselseitig als Subjekte wahrnehmen und sich in die Lebenswelt und Bedürfnisse des anderen einfühlen können. Werden diese Korrespondenzprozesse durch schädigende Einflüsse wie Überstimulierungen (Traumata), Unterstimulierungen (Defizite), inkonstante oder uneindeutige Stimulierungen (Störungen) und konträre Stimulierungen (Konflikte) beeinträchtigt, kann dies bei gleichzeitigem Fehlen von protektiven oder kompensatorischen Faktoren zur Ausbildung unterschiedlichster Erkrankungen führen (Petzold 1988). Dies beschränkt sich nicht ausschließlich auf Störungen in der frühen Kindheit, wenn diese auch besonders schwerwiegende Folgen haben, sondern gilt ebenso für Störungen im Erwachsenenalter, also für die gesamte Lebensspanne.

Für unser Verständnis abhängiger Menschen bedeutet das, dass wir einen Menschen nur vor dem Hintergrund seiner gesamten Lebensgeschichte verstehen können. Dafür scheinen uns insbesondere das *Konzept der Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1963, Oerter 1987) sowie das *Konzept der kritischen Lebensereignisse* (Filipp 1981) von Bedeutung.

Nach dem *Konzept der Entwicklungsaufgaben* wird Entwicklung als ein kreativer Prozess verstanden, der über die gesamte Lebensspanne stattfindet (Baltes 1979). Dies geschieht in einem Zusammenwirken von physischer Reife, kulturellen Anforderungen und den entstehenden individuellen Zielsetzungen. Die Art und Weise, wie ein Mensch jede einzelne Entwicklungsaufgabe meistert, wirkt sich auf die weitere Entwicklung aus und formt seine weiteren Bewältigungsfähigkeiten und Copingstile.

Auch die *Bewältigung kritischer Lebensereignisse* gehört zu den Entwicklungsaufgaben. Darunter sind längerfristige Veränderungen von Lebenslagen zu verstehen, die durch besondere Ereignisse ausgelöst werden. Dies können negative Ereignisse wie Todesfälle oder Arbeitsplatzverlust ebenso wie positive Ereignisse wie Hochzeit, Geburt oder beruflicher Aufstieg sein. Scheinbar ähnliche Ereignisse können dabei je nach Bewältigungsfähigkeiten und Persönlichkeitsstruktur unterschiedliche Reaktionen hervorrufen.

Zu den Entwicklungsaufgaben zählen aus tiefenpsychologischer Sicht auch die *Bewältigung zentraler intrapsychischer Grundkonflikte* (Mentzos 1988), denen jeder Mensch im Lauf seiner Entwicklung begegnet:

- symbiotische Verschmelzung versus Subjekt-Objekt-Differenzierung
- Abhängigkeit versus Autonomie
- Dyadische versus triadische Beziehung
- Sicherheit der Primärgruppe versus Risiken und Chancen der Sekundärgruppen
- infantile Bindungen versus Genitalität und Identität.

Gemeinsam ist diesen Konflikten, dass eine Trennung geleistet werden muss, um neue Bindungen auf einer anderen Ebene einzugehen. Jeder dieser Konflikte kann auf unterschiedlichen Entwicklungsstufen abgehandelt werden. Die angemessene Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben ist eine wichtige Voraussetzung für ein gesundes und zufriedenstellendes Leben.

2.1 Zum Verständnis von Abhängigkeit

Im Hinblick auf die Entwicklung einer Abhängigkeit beziehen wir uns unter Berücksichtigung aktueller Ergebnisse der Entwicklungspsychologie und Lebenslaufforschung auf ein Modell einer *multifaktoriellen Genese des Abhängigkeitssyndroms* (Petzold 1992). Demnach können folgende Faktoren zur Ausprägung einer Abhängigkeit beitragen:

- Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen
(Konstitution, Vulnerabilität, prä- und perinatale Schäden)
- Entwicklungsschädigungen
(Störungen, Konflikte, Defizite, Traumata in der psychosozialen Entwicklung)
- Psychosoziale Einflussfaktoren
(Schwache soziale Netzwerke, Konstellationen und Kommunikationsstile in der Familie, Fehlen protektiver Faktoren)
- Internale Negativkonzepte
(Negative Bewertungen, Selbstkonzepte, Lebensstile, Zukunftserwartungen)
- Negativkarriere im Lebensverlauf
(Erworbene Muster des Scheiterns in Adoleszenz, Beruf, Partnerschaft, Familie, schädigende Ereignisketten)
- Auslösende Aktualfaktoren
(Unspezifischer Aktualstress, zeittextendierte Belastung, kritische Lebensereignisse, Entwicklungskrisen, Ressourcenverlust)
- Gesellschaftliche Faktoren
(Arbeitslosigkeit, soziale Benachteiligungen).

Zum Verständnis der individuellen Psychodynamik der Abhängigkeitsentwicklung beziehen wir uns auf tiefenpsychologische Konzepte. So lässt sich unter psychodynamischen Gesichtspunkten Abhängigkeit als ein Symptom und damit Ausdruck tieferliegender Konflikte oder Persönlichkeitsstörungen begreifen. Dabei greifen wir auf unterschiedliche tiefenpsychologische Erklärungsmodelle zurück (Rost 1994):

Sucht und neurotischer Konflikt

Das *Konfliktmodell* beruht auf der Annahme von zugrundeliegenden neurotischen Konflikten, die vorwiegend auf einem ödipalen Niveau entstanden sind. In der Regel hat eine relativ gute Bewältigung vorheriger Entwicklungsphasen stattgefunden. Innerhalb dieses Modells wird der Suchtmittelkonsum als ein Versuch verstanden, einen auftauchenden neurotischen Konflikt zu lösen. Allerdings kann die Suchtmittelleinnahme den Konflikt nicht lösen, sondern lediglich über den Weg der Regression vorübergehend aus der Welt schaffen. Betont wird hier vor allem der Lustgewinn durch die Regression, insbesondere durch die lockernde, entspannende und enthemmende Wirkung des Alkohols.

Dieses Modell kann insbesondere zum Verständnis von Alkoholabhängigkeit leichteren Grades ohne tiefgreifenden Zerfall der Persönlichkeit oder des Sozialverhaltens hilfreich sein, gerade weil es einige Aspekte der sozialen Funktion von Alkoholkonsum erfasst.

Sucht als Selbstheilungsversuch

Im *Ich-psychologischen Modell* (Krystal & Raskin 1983, Heigl-Evers 1980) wird Abhängigkeit nicht als Ausdruck eines Konflikts, sondern einer defizitären Persönlichkeitsstruktur verstanden. Ausgangspunkt der Sucht ist ein durch mangelnde Förderung und Empathie in der frühen Kindheit unentwickelt gebliebenes Ich. Dabei ist insbesondere der Erwerb von Fähigkeiten zur Regulierung und Differenzierung von Affekten, zur Differenzierung von Bedürfnissen, zur Impulskontrolle sowie die Entwicklung einer Frustrationstoleranz nur unzureichend erfolgt. Entsprechend beschreiben viele Abhängige ihr heutiges Erleben häufig als starke, undifferenzierte Spannung, als eine Mischung aus körperlichem Missempfinden und vagen Unlustgefühlen, die weder nach Herkunft noch Entstehungszusammenhängen identifiziert werden können. Er-

klärbar wird dies Phänomen der Reizüberflutung mit der Gefährdung entweder der Regulierung der inneren Sicherheit, speziell des Selbstwertgefühls, oder der äußeren Sicherheit, speziell der Beziehungen zu anderen. Schon geringe Frustrationen können ausreichen, um einen Regressionsprozess zu bewirken, innerhalb dessen die Abhängige ihre affektiven Reaktionen als hochgradig bedrohlich erlebt.

Der Suchtmittelkonsum stellt hier einen Selbstheilungsversuch dar, weil kein differenziertes psychisches Instrument zum Bewältigen und Verarbeiten dieser starken Affekte vorhanden ist. Die Selbstheilungsfunktion besteht in der Dämpfung und Regulierung unerträglicher Affekte sowie einer Verstärkung des Reizschutzes gegen Einflüsse von innen und außen. Das *Ich-psychologische Modell* kann insbesondere zum Verständnis des Pegeltrinkens beitragen, wodurch Lebens- und Anpassungsfunktionen mithilfe eines beständigen Konsums geregelt werden müssen.

Sucht als Selbstzerstörung

Das *objektpsychologische Modell* der Suchtentwicklung geht davon aus, dass der Entwicklungsschritt von der Ein- zur Zwei-Personen-Welt, von der primären Symbiose zur Individuation aufgrund schädigender Einflüsse beeinträchtigt wurde, wodurch die Ich-Entwicklung erheblich gestört wurde. Die Introjektion ausschließlich "guter Objekte" konnte nicht ausreichend erfolgen, statt dessen wurden ebenso "böse Objekte" internalisiert. Als Folge davon konnten sich nicht ausreichend positiv bewertete Selbst- und Objektrepräsentanzen bilden. Das "böse Objekt" wird Teil der eigenen Persönlichkeit und muss zur Regulierung des innerpsychischen Gleichgewichts bekämpft oder zerstört werden. Der Suchtmittelkonsum dient dazu, das internalisierte "böse Objekt" mit Hilfe des Alkohols zu zerstören.

Das *objektpsychologische Modell* versteht also den Suchtmittelkonsum als einen selbstzerstörerischen Prozess im Sinne eines Ersatzes oder einer Wiederholung einer frühkindlichen, nicht förderlichen Beziehung. So kann es zum Verständnis besonders schwerer Suchterkrankungen mit stark selbstzerstörerischem Charakter einen wichtigen Beitrag leisten.

Aus dem oben Genannten wird deutlich, dass die Funktion des Suchtmittels individuell stark variieren kann. Die therapeutischen Konsequenzen liegen daher nicht in der vordergründigen Wegnahme des Suchtmittels, sondern vor allem im respektvollen Verstehen der Funktion, die es für den abhängigen Menschen hat.

2.2 Therapeutische Grundorientierungen

Im STZ sind im Sinne von Multiprofessionalität und Interdisziplinarität verschiedene Berufsgruppen beschäftigt, die aus unterschiedlicher Sicht und mit unterschiedlichem Ausbildungs- und Erfahrungshintergrund den therapeutischen Prozess prägen: Ärztinnen, Psychologinnen, Sozialarbeiterinnen/Sozialpädagoginnen, medizinisches Fachpersonal, Ergo- und Kreativitätstherapeutinnen sowie Bewegungs-Therapeutinnen. Bei aller Unterschiedlichkeit der angewandten Verfahren und entsprechender therapeutischer Ausrichtungen wird auf gemeinsame Grundorientierungen Bezug genommen, die im folgenden dargestellt werden.

2.2.1 Lebenslaufperspektive

Wenn wir davon ausgehen, dass die Persönlichkeit eines Menschen aus der Gesamtheit aller positiven, negativen und fehlenden Erfahrungen resultiert, so bedeutet das in der Konsequenz, auch in der therapeutischen Arbeit den Menschen in der Gesamtheit seiner Erfahrungen zu sehen. Unsere Perspektive ist dementsprechend die der Pathogenese über die Lebensspanne (Rutter 1988), die neben frühen Schädigungen ebenso Schädigungen in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter im Blick hat. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf dem Vorhan-

densein oder Fehlen stützender Faktoren bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben und kritischen Lebensereignissen.

2.2.2 Ermöglichung korrigierender emotionaler Erfahrungen

Die Lebensläufe vieler Patientinnen sind geprägt durch frühen emotionalen Mangel, fehlende verlässliche Beziehungen oder mehrfache Beziehungsabbrüche. In der Gegenwart wird der emotionale Bereich oft negiert oder durch erhebliche Widerstände geschützt. Ziel der psychotherapeutischen Arbeit ist es, die Patientinnen zu befähigen, einen Zugang zu ihren verborgenen Gefühlsqualitäten zu erhalten (Affektdifferenzierung), dabei auftretende Affekte besser auszuhalten (Affekt-Regulierung) sowie emotional besetzte, aktuelle Konfliktsituationen rascher zu erkennen und ohne Suchtmittel zu bewältigen. Die therapeutische Arbeit knüpft dabei an lebensgeschichtliche Erfahrungen an, die durch neue, korrigierende Erfahrungen ergänzt werden.

2.2.3 Ressourcenorientierung

Zum Verständnis der Lebensgeschichte eines Menschen gehört neben der Analyse schädigender Faktoren in der Entwicklung ebenso der Blick auf die erworbenen Fähigkeiten und Ressourcen. Diese bilden oftmals eine erste Grundlage für die folgenden Schritte der Veränderung. Für die therapeutische Arbeit ergibt sich daraus die Notwendigkeit, die Patientinnen in ihrer Vielfältigkeit einschließlich ihrer Kompetenzen wahrzunehmen und zu fördern und damit einen wichtigen Beitrag zur Erhöhung des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeitserwartung zu leisten.

2.2.4 Identitätsförderung und Ich-Stärkung

Eine stabile Identität wird durch das Zusammenwirken positiver Fremd- und Selbstattributionen gewonnen. Sie ermöglicht es, zusammen mit dem Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, auch kritische Lebensereignisse unbeschadet zu überstehen. Bei vielen Patientinnen konnte die Ausbildung einer stabilen Identität in Verbindung mit einem gesunden Selbstwertgefühl aufgrund zahlreicher schädigender Faktoren nur in Ansätzen erfolgen. Entsprechend ist es die Aufgabe der Therapeutinnen, die Patientinnen bei der (Wieder-) Aneignung einer eigenen Identität zu unterstützen, indem sie sie in ihren Möglichkeiten des Wahrnehmens, Erlebens und Ausdrucks sehen und bekräftigen. So können positive Identitätszuweisungen des Umfelds helfen, defizitäre Erfahrungen zu korrigieren. Weiter bedeutet Identitätsförderung, den Patientinnen in einer Haltung von Wertschätzung und Achtung zu begegnen, einer Haltung, die sie sich selbst gegenüber meist schon lange aufgegeben haben. Dies gilt auch für den Umgang mit Rückfällen, die wir als Teil des Krankheitsgeschehens betrachten und damit frei von Schuldzuweisungen bearbeiten. Schließlich bedeutet Identitätsförderung auch, die Patientinnen bei der Entwicklung von Perspektiven und positiven Lebensentwürfen zu unterstützen, denn Identität umfasst nicht nur Vergangenes und Gegenwärtiges, sondern ebenso die Zukunftsentwürfe.

Insbesondere für Patientinnen, für die der Suchtmittelkonsum einen Selbstheilungsversuch darstellt, ist es die Aufgabe der Therapie, durch Interventionen zur Stabilisierung der Ich-Grenzen und zur Ich-Stärkung die Fähigkeiten der Patientinnen zur Tolerierung bedrohlicher Affekte zu stärken.

2.2.5 Die therapeutische Beziehung als heilender Wirkfaktor

Die Veränderungsabsichten der Patientinnen werden vor allem durch das Kontakt- und Beziehungsangebot der therapeutischen Mitarbeiterinnen bestärkt. In akzeptierender, verständnisvoller, aber auch konfrontierender Haltung begleiten die Therapeutinnen den Veränderungsprozess des Einzelnen. Nach dem Prinzip *selektiver Authentizität* und *partiellen Engagements* (Cohn 1984, Petzold 1988) stehen die Therapeutinnen als reale Beziehungspartner zur Verfügung. Um die Wahrnehmung von eigenen und fremden Affekten zu fördern sowie Realitätsprüfungen zu ermöglichen, übernehmen sie vorübergehend Hilfs-Ich- und Hilfs-Überich-Funktionen. Im Sinne des von Heigl-Evers entwickelten *Antwortprinzips* (Heigl 1994) bringen die Therapeutinnen gezielt ihre Kenntnisse, Bewertungen und Affekte in den therapeutischen Prozess ein. Speziell in der Gruppentherapie bilden sich häufig Strukturen der Primärfamilie ab. Die Herausarbeitung der pathologischen Beziehungsmuster und Übertragungen dienen dazu, eine realistische Beziehungsaufnahme mit positiven Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.

2.2.6 Lebensweltorientierung

Jede Abhängige ist Bestandteil eines Systems, sei es Partnerschaft, Familie, Freundeskreis oder Arbeitsplatz. Entsprechend lässt sich abhängiges Verhalten nicht nur als Problem oder Merkmal einer Einzelnen, sondern auch im Kontext dieser Systeme sehen. So kann beispielsweise ein Familiensystem aus unterschiedlichen Gründen ein Interesse an der Aufrechterhaltung der Abhängigkeit haben und damit die therapeutische Arbeit weitgehend in Frage stellen. Für die Behandlung stellt sich daher die Notwendigkeit, die Patientinnen in ihrem Beziehungsgefüge zu sehen und, wenn möglich, wichtige Personen in die Behandlung mit einzubeziehen. Nach dem Grundsatz: "soviel Alltagsnähe wie möglich, soviel Abstand zum Alltag wie nötig" findet die Behandlung in größtmöglicher Nähe zum Alltag statt. Dabei wird dem individuellen Schutzbedürfnis und der Rückfallgefährdung einzelner Patientinnen Rechnung getragen.

2.3 Übergeordnete Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Sicherung oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit zu einer dauerhaften Suchtmittelabstinenz. Entsprechend unterscheiden sich die therapeutischen Ziele der Behandlung je nach individueller Ausgangslage und beziehen die jeweilige Schwere der Erkrankung, die Motivation zur Mitarbeit und die vorhandenen persönlichen Ressourcen mit ein.

Die therapeutischen Ziele können im Einzelfall erheblich differieren und reichen je nach Krankheitsausprägung von einer Symptomminimierung (im Sinne von Linderung der körperlichen und psychischen Folgeprobleme) bis hin zur Erreichung einer dauerhaften Abstinenz als langfristiges Ziel.

Die übergeordnete therapeutische Zielsetzung ist immer die Entscheidung für ein möglichst zufriedenstellendes, selbstverantwortliches Leben ohne Beeinträchtigung durch den Suchtmittelkonsum. Eine wesentliche Voraussetzung dafür ist die allgemeine Verbesserung der Arbeits-, Liebes- und Genussfähigkeit.

2.4 Formen therapeutischer Interventionen

Abhängigkeit, verstanden als eine Beeinträchtigung des ganzen Menschen, berührt alle Dimensionen des Menschseins - die somatische, psychische, soziale und spirituelle Dimension - in unterschiedlicher Art und Weise. Um dem Phänomen Sucht in seiner Komplexität gerecht zu werden, gehen wir in der Behandlung von einer mehrperspektivischen Sichtweise aus. Zahlrei-

che Untersuchungen zu therapeutischen Wirkfaktoren (Küfner 1997) legen nahe, dass die Abhängigkeitserkrankung in der Regel eine multimodale, flexible, individualisierte Strategie der Behandlung notwendig macht. Diese sollte, entsprechend der individuellen Ausprägung des Krankheitsbildes, ebenso vielfältige Interventionsformen bereithalten. Eine so verstandene ganzheitliche Behandlung umfasst Psychotherapie, Soziotherapie, Somatotherapie und spirituelle Therapie. Diese Interventionsformen lassen sich in unterschiedlicher Ausprägung in allen Behandlungsformen des STZ wiederfinden.

2.4.1 Somatotherapie

Abhängige Menschen haben in der Regel durch einen jahrelangen schädigenden Umgang mit sich selbst erhebliche körperliche Folgeschäden davongetragen. Entsprechend umfasst Somatotherapie zunächst medizinische Maßnahmen zur Wiederherstellung oder Erhaltung der körperlichen Gesundheit. Die zunehmende Co- und Multimorbidität erfordert eine qualifizierte medizinische Betreuung, wie sie im STZ gegeben ist.

Über die medizinischen Maßnahmen hinaus beinhaltet Somatotherapie auch eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse des Körpers, die eigene Leiblichkeit in einem umfassenderen Sinn. Bei einem Großteil der Patientinnen finden sich schwere traumatisierende Erfahrungen im Kinder- und Jugendalter, von schwerer Vernachlässigung und Misshandlung bis hin zu sexueller Traumatisierung. In der Folge haben viele der Abhängigen ein destruktives Verhältnis zu ihrem Körper entwickelt, der Alkoholkonsum diente oftmals zugleich der Stimulation angenehmer und der Abwehr unangenehmer Impulse. Vor dem Hintergrund oft langjähriger Vernachlässigung und Selbstzerstörung des Leibes halten wir eine Wiederaneignung verlorengangener Erlebnis- und Ausdrucksqualitäten für notwendig. Dies umfasst insbesondere die Wiederentdeckung der (selbst-) wahrnehmenden, erinnernden, sich ausdrückenden Qualitäten des Leibes. Methoden der Körpertherapie, der Bewegungstherapie sowie Entspannungsverfahren wie Progressive Muskelrelaxation (Jakobson) sind dazu besonders gut geeignet. Ebenso kann die (Wieder-) Entdeckung der eigenen körperlichen Leistungsfähigkeit einen erheblichen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Abstinenz leisten.

Ein weiterer Aspekt von Somatotherapie betrifft die Ernährung. Haben die Patientinnen oft jahrelang ihre Ernährung mit der Folge körperlicher Mangelerscheinungen vernachlässigt, so kann der (teil-) stationäre Aufenthalt auch hier zu einer Neuorientierung in diesem Bereich führen.

2.4.2 Psychotherapie

Unter Psychotherapie verstehen wir im weitesten Sinne alle therapeutischen Interventionen, die auf die Veränderung von Verhalten, Einstellungen und emotionalem Erleben der Patientinnen abzielen. Dies ist in der Regel mit einer differenzierten Auseinandersetzung über die jetzige Lebenssituation und deren Ableitung aus der Lebensgeschichte verbunden.

Im Sinne des Paradigmenwechsels in der Psychotherapie "von der Konfession zur Profession" (Grawe et al. 1994) halten wir eine Reduktion auf eine therapeutische Schulrichtung nicht für hilfreich. Stattdessen scheint uns eine Integration verschiedener Methoden und Verfahren der Komplexität der Abhängigkeitserkrankung am ehesten gerecht zu werden. Dabei bedienen wir uns tiefenpsychologischer Konzepte ebenso wie Konzepte aus der humanistischen Psychologie, insbesondere des Psychodramas, der Gestalttherapie, der Transaktionsanalyse, der psychoanalytischen Kunsttherapie sowie körperorientierter und familientherapeutischer Verfahren.

2.4.3 Soziotherapie

Neben der psychotherapeutischen Arbeit nimmt parallel dazu die Restaurierung des individuellen sozialen Umfeldes großen Raum ein. Die Sicherung des sozialen Überlebens bildet eine Grundvoraussetzung differenzierten psychotherapeutischen Arbeitens. Bereiche wie Partnerschaft, freundschaftliche Kontakte, Freizeitgestaltung, Wohnung, Arbeit und finanzielle Sicherheit müssen zum Teil grundlegend neu geregelt werden. Die Beeinträchtigung dieser existenziell wichtigen Bereiche erfordert die Rückführung der Patientinnen in die soziale Realität. Entsprechende Angebote geben den Patientinnen die Chance, sich aktiv mit diesen zentralen Themenbereichen auseinandersetzen zu können.

Durch die Bereitstellung sozialer Lernfelder im Sinne einer „teaching-learning-community“ schaffen wir einen Raum, der soziales Handeln erlebbar und veränderbar macht. Hierzu zählen insbesondere die Übernahme von Aufgaben im Sinne alltagsbezogener Leistungserprobungen, aber auch der Umgang mit strukturgebenden Regeln.

Soziotherapie umfasst auch eine ökologische Dimension. Ergebnisse der ökologischen Psychologie (Oerter 1987) zeigen deutlich, wie sehr der Mensch auch von seiner physikalischen Umwelt geprägt ist. So finden wir in den Biografien vieler Abhängiger häufig schädigende ökologische Einflüsse im Sinne von dauernder Beengtheit des Lebensraumes oder fehlender Entfaltungsspielräume im frühen Entwicklungsalter, aber auch von desolaten Lebensverhältnissen im späteren Suchtverlauf. Hier kann und soll eine Behandlung korrigierende Erfahrungen zur Verfügung stellen im Sinne einer Sensibilisierung für Wohn- und Lebenskultur. Dies scheint uns notwendig, damit die Patientinnen sich einen Lebensraum schaffen können, der auch in Krisenzeiten stützend und tragend wirken kann.

2.4.4 Spirituelle Therapie/ Sinnfindung

Bei den meisten Patientinnen finden sich massive Verunsicherungen im Hinblick auf den Sinn des eigenen Lebens und allgemeine Werte. Sei es, dass Orientierungen von Anfang an fehlten, sei es, dass sie sich verändert haben, ganz abhanden gekommen sind oder Gefühle von Schuld und Scham den Blick für eine Neuorientierung verstellen. Notwendig scheint daher eine Auseinandersetzung mit Fragen nach der inneren Orientierung und einer persönlichen Weltanschauung, eine Beschäftigung mit Glauben im weitesten Sinn. Entsprechende Angebote wie Vorträge, Gesprächsgruppen über Sinnfragen oder Ansätze der Besinnung und Betrachtung sind gemäß unserem christlichen Auftrag fest verankerte Bestandteile der Behandlung.

3 Diagnostik und Indikation

Zielgruppe der medizinischen Rehabilitation im STZ sind Menschen mit Substanzproblemen, speziell Patientinnen, bei denen eine Abhängigkeit vorliegt.

3.1 Allgemeine Indikationskriterien

Im STZ können Patientinnen mit folgenden Störungen behandelt werden:

- Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit
(F 10.2, F 13.2, F 15.2 nach ICD 10)
- Mehrfachabhängigkeit, solange die primäre Substanz nicht aus dem Bereich der illegalen Suchtmittel stammt
(F 19.2 nach ICD 10)
- Nikotinabhängigkeit
(F 17.2 nach ICD10)

Spezielle Konzepte für die Behandlung von Patientinnen mit folgenden **Zweitdiagnosen** sind in der Entwicklung:

- Pathologisches Glücksspiel
(F 63.0 nach ICD 10)

Ess-Störungen

(F 50.0, F 50.2 nach ICD 10)

Ausschlusskriterien für eine Behandlung im SuchtTherapieZentrum Hamburg sind

- nicht ausreichende sprachliche Verständigungsmöglichkeiten
- akute Suizidalität
- schwere Folge- oder Begleiterkrankungen, die einer Teilnahme an der therapeutischen Behandlung entgegenstehen, wie z.B. Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis oder ausgeprägte hirnorganische Störungen.
- für teilstationäre und stationäre Behandlung: juristische Auflagen im Sinne von „Therapie statt Strafe“

3.2 Diagnostik

Diagnostik, wie sie im STZ verstanden wird, ist kein statisches Ereignis, sondern ein prozesshaftes Geschehen über den gesamten Therapieverlauf und ist damit eingebettet in Korrespondenzprozesse zwischen Patientin und Therapeutin. Für den Bereich der Diagnostik und Indikationsstellung stehen reliable und valide testdiagnostische Instrumente zur Verfügung. Der gesamte diagnostische Prozess umfasst die Ebenen der deskriptiven Diagnostik, der Funktionsdiagnostik und der verstehenden Diagnostik (Hollstein 1996).

Die *deskriptive Diagnostik* beinhaltet die Suchtdiagnostik im Rahmen der Suchtanamnese, die psychische Diagnostik mithilfe kriteriengestützter Klassifikationssysteme (ICD 10, DSM IV), die psychosoziale Diagnostik im Rahmen der Sozialanamnese sowie die somatische Diagnostik im Rahmen der medizinischen Anamnese.

Im Rahmen der *Funktionsdiagnostik* wird erfasst, in welchem Ausmaß die Fähigkeiten zur Erfüllung von Lebensanforderungen eingeschränkt sind. Dies beinhaltet sowohl psychosoziale als auch somatische Funktionseinschränkungen hinsichtlich der Fähigkeiten zur Erfüllung beruflicher Anforderungen, der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung, der Fähigkeiten zum Ausfüllen sozialer Rollen sowie der Fähigkeiten zum Aufbau und zur Nutzung eines stabilen sozialen Netzwerks.

Auf der Ebene der *verstehenden Diagnostik* ist das Ziel, das Bedingungsgefüge von Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit zu verstehen. Dies umfasst sowohl die Psychogenese, die Psychodynamik, die Untersuchung systemischer Zusammenhänge, die Funktion des Suchtmittels im Lebensganzen sowie die Analyse früherer Therapien und Rückfälle. Unter dem Blickwinkel lebenslanger Entwicklung liegt das Augenmerk auf nicht ausreichend bewältigten Entwicklungsaufgaben, möglichen Belastungen durch kritische Lebensereignisse sowie der mangelnden Bewältigung der neurotischen Grundkonflikte. Unter dem Aspekt der Ressourcenorientierung ist es notwendig, in der Diagnostik nicht nur schädigende, sondern auch heilende Wirkfaktoren über die ganze Lebensspanne im Blick zu haben und für die weitere Therapie als Potential zu nutzen. Insbesondere die verstehende Diagnostik ist ein integraler Bestandteil der gesamten therapeutischen Behandlung und erfährt häufig eine Erweiterung oder Modifizierung im Gesamtverlauf der Behandlung.

3.3 Indikationsstellung

Während der Vorbereitung auf die Behandlung wird zunächst im Rahmen der Abklärung in einer Beratungsstelle festgestellt, ob die Voraussetzungen für eine Reha-Maßnahme vorliegen. Die damit verbundene Eingangsdiagnostik ist Grundlage für eine erste Indikationsstellung mit der Frage, welches Behandlungsangebot für die Patientin sinnvoll ist (*selektive Indikation*). Entsprechend ist das Ziel, die Auswahl einer bestimmten Behandlungsform im Sinne einer initialen Entscheidung zu ermöglichen. Es stellt sich hier allerdings das Problem, mit einem relativ geringen Wissen über die Patientin eine weitreichende Entscheidung treffen zu müssen. Die dazu notwendigen Prognosen sind in der Regel mit vielen Unsicherheiten verbunden (Küfner 1997). Ebenso gilt es zu berücksichtigen, dass durch den augenblicklichen Stand der Forschung das Festlegen eindeutiger Indikationskriterien für die Zuweisung zu bestimmten Behandlungsformen nur bedingt begründbar ist. Dazu kommt weiterhin, dass viele Indikationskriterien im Verlauf der Behandlung weitgehende Veränderungen erfahren können, sei es durch Verhaltens- bzw. Einstellungsänderungen der Patientin, sei es durch äußere Faktoren im Sinne kritischer Lebensereignisse (Zemlin 1995). Die anfängliche Indikationsstellung ist daher zunächst als eine lediglich richtungweisende Entscheidung zu verstehen, die im weiteren Therapieverlauf modifiziert werden kann. In die Entscheidung über eine Behandlungsform gehen Aspekte der Krankheitsausprägung, der sozialen Stabilität, der Prognose sowie der vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen ein.

Wie aktuelle Untersuchungen zeigen, sind Indikationsentscheidungen hinsichtlich eines dauerhaften, tragfähigen Arbeitsbündnisses umso stabiler, je mehr die Patientinnen am Entscheidungsprozess beteiligt sind (Küfner 1997). Dementsprechend werden im STZ die Patientinnen in die Entscheidungsprozesse über Indikationen im Sinne des *Aushandlungsprinzips* weitgehend miteinbezogen. In den Entscheidungsprozess gehen dann, ebenso wie die Einschätzung der Therapeutinnen, die Sichtweisen, Erfahrungen, Kompetenzen und Zielvorstellungen der Patientinnen ein. Insbesondere die daraus resultierenden Wahlmöglichkeiten der Patientinnen haben einen großen Einfluss auf die Motivation für die nachfolgende Behandlung.

Am Ende der selektiven Indikationsstellung steht eine Entscheidung für die am besten geeignet scheinende Behandlungsform. Die Entscheidung wird nachvollziehbar im Sozialbericht dokumentiert und dient der entsprechenden Fachabteilung als Grundlage für eine vorläufige Therapieplanung. Die Therapieplanung wird im Verlauf der Behandlung reflektiert und modifiziert. Um den Beginn der Behandlung so reibungslos wie möglich zu gestalten, findet in Einzelfällen ein Übergabegespräch statt.

3.4 Wechsel der Behandlungsform

Im Rahmen des Integrierten Konzepts ist es möglich, durch eine individuelle Indikationsstellung die Therapieplanung optimal auf die persönliche Entwicklung der Patientin abzustimmen (*adaptive Indikation*). Die dazu erforderliche Verlaufsdiagnostik (Grawe et al. 1994, Petzold 1988) dient unter Einbeziehung des aktuellen Therapieprozesses der fortwährenden Anpassung und Modifizierung der therapeutischen Interventionen im Hinblick auf das Setting und die Dauer der Behandlung.

In Ergänzung des Regelangebotes kann ein Wechsel der Behandlungsform erfolgen, wenn es der therapeutische Prozess erforderlich macht. Aufgrund der Kompatibilität der einzelnen Therapieangebote können damit Therapieabbrüche an den Übergängen verringert werden. Ein Wechsel zwischen den Behandlungsformen kann sowohl langfristig als auch kurzfristig erfolgen. So kann ein Wechsel zum einen aufgrund der zu erwartenden Entwicklung langfristig vorhersehbar und damit integraler Bestandteil des Therapieplans sein. Dies betrifft beispielsweise Patientinnen, bei denen ein anfänglicher stationärer Aufenthalt zur Stabilisierung notwendig

scheint, die allgemeine Lebenssituation aber eine ambulante oder teilstationäre Behandlungsphase nahe legt. Zum anderen kann ein kurzfristiger Wechsel aufgrund von Veränderungen, die im Verlauf der Behandlung eintreten, sinnvoll erscheinen. Damit wird insbesondere der Tatsache Rechnung getragen, dass Veränderungsprozesse in der Regel nicht linear, sondern zirkulär verlaufen und damit nur begrenzt vorhersagbar sind (Prochaska et al. 1997). Weiterhin können auch Krisen oder Veränderungen im sozialen Umfeld, die Auswirkungen auf die soziale Stabilität des Patienten haben, einen kurzfristigen Wechsel der Behandlungsform sinnvoll erscheinen lassen.

Als allgemeine Kriterien für einen Wechsel der Behandlungsform innerhalb des Integrierten Konzepts gelten

- behandlungsbedingte Veränderungen im Bereich von Kompetenzen und Einstellungen der Patientinnen,
- Veränderungen im sozialen Umfeld, die Auswirkungen auf die soziale Stabilität haben,
- das Ausmaß der Rückfallgefährdung,
- die Notwendigkeit eines strukturgebenden Rahmens sowie
- die Notwendigkeit der weiteren Integration bereits begonnener therapeutischer Prozesse.

Der Entscheidungsprozess über einen Wechsel der Behandlungsform wird von den verantwortlichen Medizinerinnen gesteuert und ist eingebettet in die internen Kommunikationsstrukturen des STZ. Entsprechend sind an der Indikationsstellung neben den Medizinerinnen und Diplompsychologinnen auch die zuständigen Bezugstherapeutinnen, Kreativ- und Bewegungstherapeutinnen beteiligt:

- Die zuständige Therapeutin erstellt in Kooperation mit der medizinischen Abteilung den Therapieplan für die Patientin.
- Der Therapieverlauf wird in Verlaufsgesprächen mit der Patientin, im Rahmen der fallbezogenen Intervention und der externen Supervision regelmäßig reflektiert.
- Für jede Patientin besteht die Möglichkeit, im Rahmen der Reha-Sprechstunde in der HUMMEL den therapeutischen Prozess zu reflektieren und bei Bedarf einen Wechsel oder eine Anschlussbehandlung einzuleiten.
- Scheint ein Wechsel der Behandlungsform sinnvoll, werden Modalitäten und konkrete Vorgehensweisen in einer abteilungsübergreifenden Fallkonferenz diskutiert, an der neben den aktuellen Therapeutinnen auch eine Mitarbeiterin der entsprechenden Fachabteilung beteiligt ist.
- Mit der Patientin wird der Wechsel in die andere Fachabteilung vorbereitet.

3.5 Indikationskriterien für Behandlungsformen

Zur Orientierung haben wir die wesentlichen Indikationskriterien für die einzelnen Behandlungsformen nachfolgend zusammengefasst. Der individuellen Situation der einzelnen Patientin entsprechend dienen die Kriterien zunächst als Orientierungshilfe und erhalten im Einzelfall jeweils eine spezifische Gewichtung.

3.5.1 Indikationen für eine ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme in der HUMMEL

- seelische, körperliche und soziale Störungen, die eine ambulante Behandlung erfolgversprechend erscheinen lassen und zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine stationäre Behandlung erfordern
- hinreichend stabiles soziales Umfeld, insbesondere fester Wohnsitz und gesicherter Lebensunterhalt

- unterstützende Funktion des sozialen Umfelds, die eine Herausnahme der Patientin nicht erforderlich macht
- Gefährdung oder bereits eingetretener Verlust der Erwerbsfähigkeit, Unterstützung der Reintegration in das Erwerbsleben durch eine wohnortnahe Integration
- Drohender Verlust des Arbeitsplatzes durch längere Abwesenheit bei (teil-)stationärer Behandlung
- deutlich erkennbarer Abstinenzwunsch und Bereitschaft, suchtmittelfrei regelmäßig am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen
- mindestens zweimonatige Abstinenz ohne erhebliche Rückfallgefährdung
- Fähigkeit zu einer verbindlichen und aktiven Mitarbeit, die in der Abklärungsphase sichtbar wird
- ausreichende soziale Handlungskompetenzen zur Bewältigung des Alltags
- frühes Stadium der Suchtentwicklung, aber auch nach langem Suchtverlauf, wenn die übrigen Kriterien für eine ambulante Entwöhnung Erfolg versprechend zu sein scheinen
- Anfahrtsweg zur Therapieeinrichtung von maximal 45 Minuten Dauer mit öffentlichen Verkehrsmitteln.

3.5.2 Indikationen für eine teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik

- Gefährdung oder bereits eingetretener Verlust der Erwerbsfähigkeit
- Notwendigkeit einer Vorbereitung auf eine geplante Arbeitsaufnahme im Sinne einer Annäherung an strukturierte Tagesabläufe
- erhöhte Rückfallgefährdung bei ambulanter Behandlung
- erkennbarer Abstinenzwunsch
- Motivation zur teilstationären therapeutischen Arbeit
- Notwendigkeit eines kontinuierlichen therapeutischen Prozesses im geschützten Rahmen einer klaren Angebots- und Tagesstruktur aufgrund bestehender emotionaler und sozialer Defizite
- ausreichend soziale Handlungskompetenz zur Bewältigung der therapiefreien Zeit
- hinreichend realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, Alltagsbelastungen abstinenz zu bewältigen
- Fähigkeit und Bereitschaft, die therapeutischen Erfahrungen zeitnah im Lebensalltag umzusetzen und dies im therapeutischen Kontext zu reflektieren
- Fähigkeit zu regelmäßiger Teilnahme und Einhaltung des Therapieplans
- ausreichend stabile Wohnverhältnisse
- genügend tragfähiges soziales Umfeld i. S. einer hinreichenden Bereitschaft der wichtigsten Bezugspersonen, Abstinenz und therapeutische Veränderungen zu ermöglichen
- eine ambulante Therapie reicht nicht aus, eine stationäre Therapie ist noch nicht notwendig
- eine stationäre Therapie stellt aufgrund der Persönlichkeitsstruktur oder Vorerfahrungen einen zu eingrenzenden Rahmen dar
- eine stationäre Therapie bietet bei Kontaktproblemen zu wenig Rückzugsmöglichkeiten, das Kontaktangebot bei ambulanter Therapie ist nicht ausreichend
- ein Abstand zum sozialen Umfeld ist nicht notwendig oder contraindiziert
- aufgrund von Versorgungsverpflichtungen oder einer schwierigen Familiensituation soll ein längerer stationärer Aufenthalt vermieden werden

3.5.3 Indikationen für eine stationäre Behandlung in der Fachklinik

- erhebliche Gefährdung oder bereits eingetretener Verlust der Erwerbsfähigkeit, fortgeschrittene berufliche Desintegration

- längere Suchtentwicklung einschließlich schwerer Folgeschäden und/ oder früher Suchtbeginn
- vorangegangene Maßnahmen haben nicht zu einer dauerhaften Abstinenz geführt; die Erwerbsfähigkeit ist erneut gefährdet
- behandlungsbedürftiger medizinischer Allgemeinzustand
- erhebliche Rückfallgefährdung, die nur über eine stationäre Behandlung abwendbar ist
- erkennbarer Abstinenzwunsch
- Notwendigkeit eines längeren, kontinuierlichen therapeutischen Prozesses in einem geschützten stationären Rahmen aufgrund tiefgreifender emotionaler und sozialer Defizite
- geringe soziale Handlungskompetenzen zur Gestaltung des Alltags
- kaum oder nicht vorhandene Kompetenzen zur regelmäßigen Teilnahme oder Einhaltung des Therapieplans im ambulanten oder teilstationären Setting
- unzureichend tragfähiges soziales Umfeld
- Notwendigkeit der Herausnahme aus einem problemstabilisierenden Milieu (z.B. massive soziale Konflikte, verbreitet Suchtprobleme im Umfeld)
- Wohnungslosigkeit
- Notwendigkeit einer umfassenden Neuorientierung

3.5.4 Indikationen für die teilstationäre Entlassphase

- hinreichende Stabilität
- ausreichende Motivation zur Weiterführung der therapeutischen Arbeit
- geringe Rückfallgefährdung im Sinne eines Wissens um die individuellen Risikofaktoren und Bewältigungsmöglichkeiten auf der Grundlage eines Erklärungsmodells der eigenen Abhängigkeit
- Notwendigkeit des Kontaktes mit der sozialen Realität, sei es Partnerschaft oder Familie
- Notwendigkeit der Überprüfung der Selbsteinschätzung hinsichtlich der Rückfallgefährdung unter Alltagsbedingungen
- Notwendigkeit einer abgestuften Vorbereitung der Entlassung aufgrund von Schwierigkeiten, den schützenden Rahmen der Klinik aufzugeben
- Notwendigkeit eines therapeutisch begleiteten Übergang im Sinne eines dosierten Abschiednehmens aufgrund traumatisierender Trennungserfahrungen.

3.5.5 Indikationen für eine ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung

- Notwendigkeit weiterer Unterstützung bei der Wiedereingliederung in den Beruf oder bei der Berufsfindung
- erhebliche Rückfallgefährdung infolge beruflicher oder privater Belastungen
- Notwendigkeit einer weiteren Unterstützung bei der Entwicklung sozialer Kompetenzen in Bezug auf die Gestaltung des Alltags
- Notwendigkeit einer weiteren therapeutischen Bearbeitung psychischer Störungen, um die Abstinenz und Arbeitsfähigkeit weitergehend zu sichern.

4 Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement ist ein unverzichtbarer Bestandteil jeder professionellen Suchtkrankenhilfe. Unter Qualitätsmanagement im Rahmen der medizinischen Rehabilitation im STZ werden alle Maßnahmen verstanden, die dazu dienen, unsere Angebote im Sinne einer "Kundenorientierung" beständig daraufhin zu überprüfen, ob sie den Erfordernissen unserer "Partner" optimal entsprechen und zur Erreichung des Rehabilitationsziels geeignet sind. Dabei werden unter "Partner" sowohl Ärztinnen, Beratungsstellen, Kostenträger als auch Patientinnen und de-

ren Angehörige sowie die wissenschaftliche und politische Öffentlichkeit verstanden. Die Steuerung des Qualitätsmanagements einschließlich der Bestimmung der dazu notwendigen personellen und sachlichen Ressourcen findet auf der Leitungsebene statt.

EFQM

Zur systematischen Qualitätsentwicklung wird im gesamten STZ die Qualität der Leistungen nach den Kriterien des EFQM-Programms überprüft.

Wir unterscheiden zwischen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Dabei ist anzumerken, dass eine erfolgreiche Ergebnisqualität eine gute Prozessqualität voraussetzt, die wiederum in eine gute Strukturqualität eingebettet sein muss.

4.1 Strukturqualität

4.1.1 Konzeptqualität

Grundlage für alle Teilbereiche des STZ ist das vorliegende Konzept als Basis einer gemeinsamen, abgestimmten Einrichtungskultur mit einem gemeinsamen Qualitätsverständnis.

4.1.2 Lage und Ausstattung

Alle Teileinrichtungen befinden sich im Sinne des Regionalitätsprinzips in Stadtlage, sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen und liegen in unmittelbarer Nähe zueinander.

Die einzelnen Einrichtungen sind mit spezifischen Räumlichkeiten für die einzelnen Therapieangebote ausgerüstet wie Gruppentherapieräume, Ergotherapieräume, Sporthalle, Entspannungsraum, Akupunkturraum, Café usw. Daneben stehen Räume für Freizeitaktivitäten zur Verfügung. Im stationären Bereich stehen in den Wohngruppen Ein- und Zweibettzimmer mit integriertem Sanitärbereich sowie je ein Aufenthaltsraum zur Verfügung. Die Ausstattung der Räume ist hell und freundlich. Darüber hinaus kann die hauseigene Sauna sowie die medizinische Badeabteilung genutzt werden. Für den ambulanten und teilstationären Bereich steht ein Schwimmbad zur Verfügung.

Zur Dokumentation und Therapieplanung sind alle Einrichtungen unter Beachtung notwendiger Datenschutzvorschriften mit vernetzten PC-Systemen versehen.

4.1.3 Mitarbeiterqualifikation

Alle Mitarbeiterinnen verfügen über qualifizierte Grundausbildungen und weiterführende spezifische Zusatzausbildungen, die sie zur Ausübung ihrer Tätigkeit befähigen (Die konkreten Beschreibungen der Qualifikationen werden in den Rahmenbedingungen der einzelnen Therapieangebote dargestellt). Die Zusammensetzung der einzelnen Teams ist hinsichtlich Berufsgruppen, Geschlecht, therapeutischer Zusatzqualifikationen und Arbeitsschwerpunkten heterogen. Dies gewährleistet die fachliche Breite sowie Spezifik der Angebote.

Zur Sicherung der Qualität der Arbeit ist eine wöchentliche kollegiale Fallbesprechung sowie eine regelmäßige externe Supervision gewährleistet. Die Teilnahme an spezifischen Fortbildungsmaßnahmen der einzelnen Mitarbeiterinnen wird ausdrücklich gefördert.

4.1.4 Personalschlüssel

Richtungweisend für die Bemessung des Mitarbeiter-Patienten-Schlüssels sind die Vorgaben im Bereich der Sucht-Rehabilitation.

4.2 Prozessqualität

Das Therapieangebot im STZ zeichnet sich durch eine breite Behandlungspalette aus, die in ihrer Differenziertheit eine hohe Prozessqualität gewährleistet. Dies beinhaltet insbesondere

- einen niedrigschwelligen Zugang (Beratungsstelle DIE HUMMEL mit Café),
- eine stationäre Vorsorge (HAUS OSTERBERG),
- die Möglichkeit eines akupunkturgestützten ambulanten oder stationären Entzugs (in der Behandlungsstelle DIE HUMMEL oder in der Fachklinik),
- ein differenziertes Rehabilitationsprogramm von ambulanter über teilstationäre bis zu stationärer Rehabilitation mit der Möglichkeit des individuellen Wechsels der Behandlungsform,
- die Möglichkeit einer ambulanten Nachbehandlung sowie
- die Möglichkeit einer stationären Nachsorge für Frauen und Mütter mit Kindern.

Zu Beginn des Rehabilitationsprozesses wird eine individuelle Therapieplanung auf der Grundlage einer sorgfältigen Diagnostik und Indikationsstellung vorgenommen, die im weiteren Verlauf modifiziert werden kann. Dies ist möglich durch eine regelmäßige Dokumentation des Therapieverlaufs und Bilanzierung von Teilergebnissen des Rehabilitationsprozesses unter Einbeziehung der Patientin. Die dazu erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit ist strukturell eingebettet und ermöglicht eine im Behandlungsteam abgestimmte Planung der Therapieziele.

Die Prozessqualität ist in hohem Maße abhängig von der Kommunikation zwischen Patientinnen und Mitarbeiterinnen. Insbesondere ein kommunikationsförderndes und auseinandersetzungsfreudiges therapeutisches Milieu, innerhalb dessen die Patientinnen Transparenz und Mitwirkungsmöglichkeiten erleben, wirkt sich positiv auf die Qualität des therapeutischen Prozesses aus. Neben persönlichen Gesprächen dient die Befragung der Patientinnen am Ende der Behandlung hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung der beständigen Optimierung der Prozessqualität.

Ein wesentlicher Beitrag zu einer hohen Prozessqualität ist die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen. Faktoren wie Arbeitsbelastung, Gruppengröße und Anzahl der Patientenkontakte tragen entscheidend zum Ausmaß der Arbeitszufriedenheit bei und müssen in regelmäßigem Dialog zwischen Leitung und Mitarbeiterschaft berücksichtigt werden.

Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz sind durch regelmäßige Kontrollen des arbeitsmedizinischen Dienstes sichergestellt.

Am Ende der Behandlung wird ein Abschluss- oder Entlassbericht erstellt, der den medizinischen und therapeutischen Prozess reflektiert und Empfehlungen für eine mögliche Weiterbehandlung ausspricht.

Die Arbeit wird im Rahmen der Dokumentation und Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) beschrieben. Das STZ nimmt am Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung teil.

4.3 Ergebnisqualität

Auf der Leitungsebene finden regelmäßige Treffen zur Bilanzierung der Ergebnisqualität statt. Daraus resultierende Veränderungen werden in den Teams der Teil-Einrichtungen diskutiert und nachfolgend umgesetzt.

Innerhalb der Einrichtungen sind interdisziplinär zusammengesetzte Qualitätszirkel zu bestimmten Teilbereichen der Behandlung wie Diagnostik, Behandlungsplanung oder Ergebnisüberprüfung eingerichtet, die im Gesamtteam ihre Arbeitsergebnisse präsentieren und Möglichkeiten der Umsetzung vorschlagen.

Am Ende der Behandlung werden alle Patientinnen zu ihrer Zufriedenheit mit der Gesamtbehandlung und mit Teilaspekten durch halbstandardisierte Patientenfragebögen befragt, deren Ergebnisse in die Gestaltung des Angebotes einfließen. Ebenso werden die regionalen Beratungsstellen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Qualität unseres Angebotes befragt.

Die Dokumentation der Behandlung sowie Katamneseuntersuchungen werden im Rahmen von Dokumentationssystemen wie SEDOS, EBIS, Basisdatendokumentation BADO, Leistungsdocumentation LEIDO durchgeführt.

Im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums führt Prof. Dr. Dr. Koch von der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf, Abteilung für medizinische Psychologie, im Rahmen eines Modellprojekts die wissenschaftliche Untersuchung der ambulanten Akupunkturbehandlung in der HUMMEL durch. Mit der Perspektive einer längerfristigen Kooperation sind weitere Forschungsvorhaben zur Tagesklinik und dem Integrierten Konzept geplant.

5 Kooperation und Vernetzung

Die Stadtlage des STZ bietet die Möglichkeit vielfältiger Kooperation und Vernetzung. Dies umfasst sowohl die Kooperation innerhalb des STZ als auch die Verankerung des STZ im Stadtteil, die Zusammenarbeit mit Hamburger Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe, des medizinischen und psychosozialen Hilfesystems sowie mit Einrichtungen im Bereich beruflicher Bildung und Kultur.

5.1 Kooperation und Vernetzung innerhalb des STZ

Die interne Kooperation im STZ ist eingebettet in ein Netz von Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen innerhalb der Fachabteilungen und untereinander, die einen optimalen Verlauf der Behandlung gewährleisten sollen.

5.1.1 Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen

Die Leitung des STZ liegt bei dem Leitungsgremium, bestehend aus einem Mediziner, einer Diplom-Psychologin und einer Diplom-Pädagogin. Dem Leitungsgremium obliegt die Wahrnehmung der Interessen der Gesamteinrichtung nach innen und außen.

Die Dienst- und Fachaufsicht in den einzelnen Einrichtungen wird von den jeweiligen Einrichtungsleiterinnen wahrgenommen. In regelmäßigen Abständen treffen sich die Einrichtungsleiterinnen im Rahmen der Einrichtungsleiterkonferenz. Hier werden sämtliche einrichtungsübergreifenden strukturellen, konzeptionellen und wirtschaftlichen Entscheidungen vorbereitet, koordiniert, durchgeführt und im Hinblick auf den Erfolg überprüft. Bei Bedarf werden externe Fachleute hinzugezogen. Eine enge Kooperation findet mit Stiftungsvorstand, Geschäftsführung, Verwaltungsleitung und Hauswirtschaftsleitung statt. Zu den Aufgabengebieten der Ein-

richtungsleiterinnen zählen ebenso die Entwicklung von längerfristigen Perspektiven, Kontakte zu Fachöffentlichkeit sowie die Planung von Veranstaltungen und Kampagnen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit.

Innerhalb der einzelnen Einrichtungen ist die notwendige Kooperation durch wöchentliche Teamsitzungen sichergestellt. Sie dienen dem Informationsaustausch, der fachlichen Diskussion, der Koordination unterschiedlicher Arbeitsaufgaben sowie der Planung und Strukturierung interner Arbeitsabläufe.

5.1.2 Fallbezogene Kooperation

Innerhalb der Fachabteilungen wird der therapeutische Prozess systematisch reflektiert. Dies geschieht zum einen durch sorgfältige Dokumentation aller beteiligten Therapeutinnen, zum anderen im Rahmen der wöchentlichen Fallbesprechungen, an der alle Therapeutinnen der jeweiligen Fachabteilung teilnehmen. Auf der Grundlage der internen Dokumentation werden in diesem Gremium individuelle Therapiepläne erstellt und bei Bedarf modifiziert.

Darüber hinaus besteht in jeder Einrichtung die Möglichkeit, im Rahmen regelmäßiger externer Supervision spezifische Fragestellungen und Problemlagen zu vertiefen.

Bei adaptiven Indikationsentscheidungen werden einrichtungsübergreifende fallbezogene Kooperationstreffen durchgeführt, bei denen der Wechsel in eine andere Einrichtung unter therapeutischen und organisatorischen Gesichtspunkten diskutiert und vorbereitet wird. Hierzu werden interne Dokumentationen und Einschätzungen der beteiligten Therapeutinnen einbezogen.

5.2 Vernetzung im Stadtteil

Das STZ ist fest verankert im Hamburger Stadtteil Hummelsbüttel. Dies findet seinen Ausdruck in der regelmäßigen Teilnahme an der Stadtteilkonferenz sowie in der beständigen Zusammenarbeit mit örtlichen Vereinen, Kirchengemeinden und kulturellen Veranstaltern.

5.3 Vernetzung mit professionellen Suchthilfeeinrichtungen

Ziel der Vernetzung im professionellen Suchthilfesystem ist der fachliche Austausch über unterschiedliche Ansätze und Behandlungsmodelle, die Abstimmung fachlicher und ökonomischer Notwendigkeiten sowie die Entwicklung von Kooperationsmodellen. Dies ist zum einen gewährleistet durch die Mitarbeit in regionalen und überregionalen Facharbeitskreisen. Zu nennen seien hier

- Treffen der freien Träger der legalen ambulanten Suchtkrankenhilfe in Hamburg. Aufgaben sind u. a.
 - Erarbeiten gemeinsamer Positionen in fachlichen und suchtpolitischen Fragen
 - Verhandlungen mit dem Fachamt der BWG über trägerübergreifende Rahmenvereinbarungen
 - Schaffung und Weiterentwicklung von trägerübergreifende Dokumentations- und Qualitätssicherungsverfahren
 - Mitarbeit bei der Entwicklung neuer Strukturen im Hamburger Suchthilfesystem
 - trägerübergreifende Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Veröffentlichung des Hamburger Suchtberichts, Pressekonferenzen)
 - Information politischer Gremien (z.B. Gesundheitssausschuss der Bürgerschaft) über fachliche Positionen

- Arbeitskreis "Selbstevaluation": Austausch und Entwicklung geeigneter Instrumente zur einrichtungsübergreifenden Selbstevaluation
- Fachausschuss Alkohol der Hamburger Landesstelle gegen die Suchtgefahren
- Vorstand der Hamburger Landesstelle gegen die Suchtgefahren, in dem die Träger von Hamburger Suchthilfeeinrichtungen gemeinsame fachliche Positionen erarbeiten und Fachtagungen initiieren
- Hamburger Fachrat zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätsstandards in der ambulanten Sucht- und Drogenarbeit, der die Drogenbeauftragte berät
- BADO e.V., in dem gemeinsam abgestimmte Dokumentationsvariablen definiert und jährlich von einem wissenschaftlichen Institut ausgewertet wird
- Arbeitskreis Sucht des Diakonischen Werkes
- Gremien und Vorstand der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für die Suchtkrankenhilfe (ELAS)
- Hausärzteverband Hamburg
- Tagungen und Arbeitskreise des Gesamtverbandes für Suchtkrankenhilfe (GVS) [sowie des Bundesverbandes stationärer Suchthilfeeinrichtungen \(buss\)](#).

Zur fachlichen Kooperation gehört weiterhin der regelmäßige Kontakt zu Hamburger Suchtberatungsstellen, Behandlungsstellen, Entgiftungsstationen, Krankenhäusern und anderen Belegseinrichtungen.

Auf Wunsch besteht für Fachkolleginnen und Multiplikatorinnen die Möglichkeit zu Hospitationen. Ebenso werden Schulungen und Weiterbildungsmaßnahmen für Multiplikatoren wie z. B. betriebliche Suchtkrankenhelferinnen angeboten. In regelmäßigen Abständen finden im STZ Weiterbildungsveranstaltungen und Fachtagungen statt. Diese dienen sowohl der Weiterqualifikation der Mitarbeiterinnen als auch der Pflege der Kooperation mit externen Kolleginnen und Multiplikatorinnen. Für BesucherInnen finden regelmäßige Info-Veranstaltungen statt.

Ein wesentlicher Bestandteil der Öffentlichkeitsarbeit ist eine kontinuierliche Pressearbeit ([Veröffentlichungen](#), [Pressemeldungen](#), Pressekonferenzen) mit dem Ziel einer Einflussnahme auf sucht- und gesundheitspolitische Fragestellungen.

5.4 Vernetzung mit Einrichtungen der Selbsthilfe

Das STZ ist konstitutionelles Mitglied der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für die Suchtkrankenhilfe (ELAS). In diesem Rahmen sind Mitarbeiterinnen des STZ an der Ausbildung von Suchtkrankenhelferinnen und an der Supervision von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen der ELAS-Beratungsstellen beteiligt.

Selbsthilfegruppen stellen im Suchthilfesystem einen unverzichtbaren Bestandteil dar. Entsprechend besteht eine enge Kooperation zwischen dem STZ und verschiedenen Selbsthilfeverbänden. Dies umfasst sowohl die Zusammenarbeit auf Trägerebene als auch die Zusammenarbeit mit einzelnen Selbsthilfegruppen der Region.

Auch mit anderen Einrichtungen der Selbsthilfe wie dem Kontakt- und Informationszentrum für Selbsthilfegruppen (KISS) bestehen gut funktionierende Kooperationsformen.

5.5 Vernetzung mit medizinischen und psychosozialen Hilfesystemen

Die Stadtlage des STZ ermöglicht eine enge Kooperation mit anderen medizinischen oder psychosozialen Hilfeeinrichtungen. Gerade vor dem Hintergrund der zumeist vielfältigen Problemlagen einschließlich der häufig anzutreffenden Komorbidität der Patientinnen ist eine enge

Kooperation mit entsprechenden Einrichtungen eine wesentliche Voraussetzung für einen erfolgreichen Rehabilitationsprozess. Die Kooperation umfasst ein weites Spektrum des Hamburger Hilfesystems:

- stationäre und ambulante medizinische Fachabteilungen (Fachärztinnen, Psychiatrische Abteilungen, Tropeninstitut, Schlaflabor, etc.)
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung und Fortbildung (Berufsförderungswerk, Stiftung berufliche Bildung, Arbeitsamt, Beratungsstellen für Arbeitslose, Arbeitslosen-Initiativen, etc.)
- Beratungsstellen für spezifische Problemstellungen (Opferberatungsstellen, Männer gegen Männergewalt, Frauenberatungsstellen, Beratungsstellen für Ess-Störungen, Schuldnerberatungsstellen, Familien- und Erziehungsberatungsstellen, Beratungsstellen für Wohnungslose, etc.)
- Einrichtungen zur Vorbereitung auf eine MPU, Fahrschulen

5.6 Vernetzung im Bereich Weiterbildung und Kultur

Vor dem Hintergrund einer oft jahrelang vernachlässigten Teilnahme der Patientinnen am öffentlichen oder kulturellen Leben wird im STZ der Förderung kultureller Interessen großer Wert beigemessen. Die Stadt Hamburg bietet dafür optimale Voraussetzungen. So kommt es zu regelmäßiger Zusammenarbeit mit

- Einrichtungen der allgemeinen Weiterbildung (Volkshochschulen, Elternschulen)
- kulturellen Einrichtungen (Schauspielhäuser, Kabarett, Konzerte)
- Einrichtungen im Freizeitbereich (Vereine, Initiativen).

6 Ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL

6.1 Rahmenbedingungen

Die ambulante Rehabilitation wird in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL durchgeführt. Damit ist sie eingebettet in das Gesamtangebot der HUMMEL, bestehend aus Café, Beratung und Vermittlung, ambulante akupunkturgestützte Entgiftung und Stabilisierung, Raucherentwöhnung und verschiedenen indikativen Gruppenangeboten. [Für die gesamte medizinische Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungs- und Kostenträger. Die inhaltliche und formale Verantwortung für die Durchführung ambulanter medizinischer Rehabilitation trägt die Beratungsstellenärztin, die die Maßnahme durch die Teilnahme an den Team- und Fallbesprechungen leitet und steuert.](#)

Die Reha-Patientinnen können neben der Teilnahme an der ambulanten Rehabilitation DIE HUMMEL zu den allgemeinen Öffnungszeiten aufsuchen, die wöchentlich 45 Stunden betragen.

Die Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL liegt im Nordosten von Hamburg in unmittelbarer Nähe der Fachklinik des STZ. Sie verfügt über helle, ansprechende Räume für Café, Einzel- und Gruppentherapien sowie zur Akupunkturbehandlung. Den Patientinnen steht darüber hinaus das Schwimmbad mit Sauna im Hause zur Verfügung.

Grundlage der Behandlung ist ein schriftlicher Behandlungsvertrag, der mit der Patientin zu Beginn der Maßnahme geschlossen wird. Hier sind die Bedingungen, Regeln und Grenzen beschrieben, die die Basis der Therapie darstellen. Ein Nichteinhalten führt in der Regel zur Beendigung der Behandlung.

Die ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme umfasst im Regelfall 80 bis 120 Einzel- und Gruppentherapiesitzungen über einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. Im Einzelfall kann ein therapeutisch begründeter Wechsel in die Tagesklinik oder in die Fachklinik erfolgen. Die Therapiegruppe umfasst bis zu zwölf Patientinnen. Sobald ein Platz frei wird, rückt eine Patientin aus der Einzeltherapie nach. So werden lange Wartezeiten vermieden und das Gruppenangebot kann effizient genutzt werden. Die Gruppentherapie wird nach dem Co-Therapeutenprinzip durchgeführt. **Die Therapiegruppe wird nach dem Co-Therapeutinnenprinzip geführt, so dass eine kontinuierliche Behandlung gewährleistet ist.** Neben der Gruppentherapie besteht die Gelegenheit zu wöchentlichen Einzelgesprächen.

6.1.1 Personelle Ausstattung:

Anzahl	Stellenanteile	Grundqualifikation	therap. Zusatzqualifikation
1	0,06	Internist, Psychotherapie	Zusattitel Psychotherapie
1	0,17	Ärztin, Konsil	Zusattitel Psychotherapie
1	1,00	Dipl.-Psych.	Psychologische Psychotherapeutin
4	3,60	Dipl.-Soz.Päd.	Anerkannte suchtspezifische Zusatzausbildung
3	2,30	Dipl.-Soz.Päd.	

6.2 Zielgruppe

Die ambulante Rehabilitation ist ein Angebot für erwachsene alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer.

Voraussetzungen für eine ambulante Behandlung sind eine vorausgegangene mindestens zweimonatige Abstinenz im Rahmen der Vorbereitungsphase und ein hinreichend stabiles Umfeld. Dies bedeutet insbesondere einen festen Wohnsitz und einen gesicherten Lebensunterhalt. Die Patientinnen sollten über ausreichende Kompetenzen zur Alltagsbewältigung und zur Rückfallvermeidung während des Therapieprozesses verfügen. Der Anfahrtsweg sollte eine zumutbare Länge haben, **d.h. die Beratungsstelle muss in maximal 45 Minuten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar sein.**

6.3 Ziele der ambulanten Behandlung

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 2.3) hat die ambulante Rehabilitation folgende therapeutische Zielsetzungen:

6.3.1 Somatotherapeutische Ziele

- Förderung von Gesundheitsbewusstsein im Hinblick auf eine gesunde Lebensweise

- einen angemessenen Umgang mit Krankheit
- Behandlung bereits eingetretener suchtspezifischer Begleiterkrankungen

6.3.2 Suchtspezifische Ziele

- Bekräftigung der Abstinenzentscheidung
- Stabilisierung der Abstinenz unter Alltagsbedingungen
- Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells der Abhängigkeit
- Entwicklung eines tragfähigen Konzepts zum Umgang mit Rückfällen einschließlich konkreter Handlungsweisen

6.3.3 Psychotherapeutische Ziele

- Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte
- alltagsnahe Bearbeitung von Konflikten und Entwicklung von Problemlösestrategien
- Umgang mit Alltagsstress, Erkennen von individuellen Stressoren
- Umsetzung neuer Verhaltensweisen im Alltag
- Behandlung von begleitenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität)

6.3.4 Soziotherapeutische Ziele

- Auseinandersetzung mit der beruflichen Realität
- Klärung der Beziehungen in Partnerschaft/ Familie
- Förderung von Formen der Freizeitgestaltung
- Aufnahme regelmäßiger Kontakte zu Selbsthilfegruppen
- Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinns, Werten und Normen

6.4 Behandlungsverlauf

Nach einer *Abklärungsphase*, die mit der Entscheidung über das weitere Vorgehen endet, dient die *Vorbereitungsphase* der Stabilisierung der Abstinenz, der Überprüfung der Verbindlichkeit von Absprachen, der Stärkung der Eigenmotivation sowie der Begleitung mit Gesprächen bis zum Vorliegen der Kostenzusage und Therapiebeginn.

Zu Beginn der ambulanten Behandlung dienen mehrere Einzelgespräche mit der zuständigen Therapeutin der Kontaktaufnahme, der differenzierten Diagnostik, der Formulierung von Therapiezielen, der Entwicklung eines Behandlungsplans sowie der Vorbereitung auf die Aufnahme in die Therapiegruppe.

Schwerpunkte der weiteren Behandlung sind

- Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen und Verhaltensmustern
- Verstehen der Ursachen der Abhängigkeit im Zusammenhang mit der Lebensgeschichte
- Treffen von abstinenzfördernden Entscheidungen und deren Umsetzung
- Überprüfung des Therapievertrages hinsichtlich der angestrebten Ziele
- Erarbeitung einer weitergehenden, tragfähigen Perspektive.

6.5 Therapeutische Angebote

6.5.1 Medizinische Therapie

Die medizinische Betreuung wird von der Konsiliarärztin und anteilig von einem der Ärzte der Fachklinik durchgeführt. Gemeinsam mit der Diplom-Psychologin und der Bezugstherapeutin steuern und koordinieren sie die Rehabilitationsmaßnahme.

Aus der medizinischen Exploration sowie den Befunden der Labordiagnostik und den notwendigen Konsiliaruntersuchungen erstellen sie den medizinischen Gesamtstatus. Zusammen mit der psychosozialen Diagnostik bildet er die Grundlage für die Behandlungsplanung.

Ärztinnen, Diplom-Psychologin und Bezugstherapeutin führen regelmäßige therapiebegleitende Fallbesprechungen durch. Sie erstellen gemeinsam den Zwischenbericht mit Verlängerungsantrag und den ärztlichen Entlassungsbericht.

6.5.2 Einzeltherapie

Die Einzeltherapie findet bei Bedarf einmal wöchentlich statt. Angewandte Methoden sind die Transaktionsanalyse sowie die analytisch orientierte Sozialtherapie. Ziel der Einzeltherapie ist es, die Entwicklung der Sucht vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund der Patientin zu verstehen. Insbesondere das Wahrnehmen und erneute Durchleben belastender Lebensereignisse in ihrer mitunter bedrohlichen emotionalen Qualität bedarf im Rahmen einer ambulanten Behandlung einer tragfähigen Beziehung und eines schutzgebenden Rahmens, wie sie in der Einzeltherapie gewährleistet sind. Im Rahmen von Kriseninterventionen und Rückfallbehandlungen hat die Einzeltherapie einen besonderen Stellenwert. Einzeltherapie wird auch dann durchgeführt, wenn Arbeitsplatzbedingungen den Patientinnen eine kontinuierliche Gruppenteilnahme nicht erlauben.

6.5.3 Gruppentherapie

Die offene, gemischtgeschlechtliche Therapiegruppe verfügt über 12 Therapieplätze. Die Gruppentherapie findet einmal wöchentlich statt.

Die Gruppentherapie wird nach dem allgemeinen transaktionsanalytischen Behandlungsmodell für psychische Störungen (Berne 1967, Schlegel 1984) und den spezifischen transaktionsanalytischen Konzepten für Abhängigkeitserkrankungen (Steiner 1971, Kaemmerling 1986) durchgeführt. [Weiterer Hauptschwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme liegt im Rückfallpräventionstrainingprogramm STAR \(Körkel und Schindler\), das zum Regelangebot gehört.](#) In den therapeutischen Prozess werden erlebnisaktivierende Verfahren wie Rollenspiele, Phantasieisen, Familienskulpturen und Interaktionsübungen eingesetzt. Darüber hinaus wird progressive Muskelrelaxation (Jakobson) als Entspannungsverfahren einbezogen.

Im Therapieverlauf wird darauf hingearbeitet, ein klares, realitätsgerechtes Denken zu erreichen, das interne Abwertungs-, Verbots- und Belohnungssystem zu verdeutlichen, destruktive Interaktionsmuster zu erkennen und auf der Grundlage einer neuen Entscheidung Verhaltensmuster zu verändern.

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der Gruppentherapie hat die Rückfallprävention. Neben der Information über die Bedeutung von Rückfällen im Krankheitsverlauf kommt der Analyse zurückliegender Rückfälle und deren Bewältigung, der Erarbeitung individueller Risikosituationen sowie einer Sensibilisierung für Risikosituationen eine erhebliche Bedeutung zu. Das

ambulante Setting ermöglicht es in besonderer Weise, realitätsbezogene und individuelle Notfallmaßnahmen für den Fall eines drohenden oder eingetretenen Rückfalls zu erarbeiten und einzuüben.

6.5.4 Indikative Gruppenangebote

Für Patientinnen mit spezifischen Problemstellungen werden zeitlich begrenzte Gruppen angeboten, innerhalb derer sie sich mit ihren individuellen Fragestellungen auseinandersetzen können. Die Gruppen finden in den Abendstunden oder am Wochenende statt. Genannt seien hier die Angebote

- Angstbewältigung
- Umgang mit Depressionen und Schuldgefühlen
- Selbstbehauptungstraining
- Positives Erleben, Genussstraining.
- Frauenabende
- Freizeitgruppe
- Rückfallpräventionstraining STAR
- Tabakentwöhnung

Zusätzlich gibt es in der HUMMEL eine wöchentliche Selbsthilfegruppe.

6.5.5 Angehörigenseminare und Paargespräche

Durch die große Alltagsnähe der ambulanten Behandlung ist die Einbeziehung der PartnerInnen oder Familienangehörigen zumeist sinnvoll. In Angehörigenseminaren und therapiebegleitenden Paargesprächen besteht die Möglichkeit, die individuelle Problematik und Dynamik innerhalb der Partnerschaft in ersten Schritten zu verstehen und zu verändern. Eine weiterführende Paartherapie ist in der Regel erst nach Abschluss der ambulanten Behandlung indiziert.

6.5.6 Kompaktwochenende

An vier Wochenenden im Jahr werden für Patientinnen der ambulanten Rehabilitation Kompaktwochenenden angeboten. Sie dienen der Vertiefung des therapeutischen Vorgehens, der Intensivierung des Entwicklungsprozesses, dem Treffen richtungweisender Entscheidungen sowie dem Einüben neuer Verhaltensweisen. Darüber hinaus fördern sie die im ambulanten Setting besonders notwendige Gruppenkohäsion. Bei Bedarf werden geschlechtsspezifische Kompaktwochenenden angeboten.

6.5.7 Kontaktaufnahme zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten

Für Patientinnen, bei denen Probleme am Arbeitsplatz auftreten oder die um ihren Arbeitsplatz fürchten, besteht das Angebot von klärenden Gesprächen mit Vorgesetzten, Kolleginnen oder Betriebsrat.

6.5.8 Begleitende Angebote

Patientinnen, die sich in ambulanter Behandlung befinden, können an weiteren Angeboten der Beratungsstelle teilnehmen, wenn dies indiziert ist. Hierfür kommen in Frage:

- [Akupunkturbehandlung zur Entgiftung und Stabilisierung](#)
- [Laufgruppe](#)
- [Selbsthilfegruppen](#)
- [Café](#)

- [Tabakentwöhnung](#)
- [übergreifende Angebote \(s. Kap. 11\)](#)

6.6 Umgang mit Rückfall

Bei einem Rückfall während der Behandlung kann die Therapie fortgesetzt werden, wenn die Patientin den Rückfall von sich aus mitteilt, die Verantwortung dafür übernimmt und die Bereitschaft für eine weitere therapeutische Bearbeitung zeigt. Über einen begrenzten Zeitraum nimmt die Patientin nicht an der Gruppentherapie teil, sondern erhält ausschließlich Einzelgespräche.

Die Rückfallbehandlung umfasst im wesentlichen

- die Analyse des Rückfallgeschehens einschließlich der Erarbeitung der auslösenden inneren und äußeren Faktoren,
- Hilfe zur Verarbeitung des Abstinenzverletzungseffektes,
- Stärkung der Kompetenzen zur Bewältigung des Rückfalls sowie
- die Bekräftigung der Abstinenzentscheidung.

Die Behandlung wird beendet, sobald ein Rückfall geleugnet oder verheimlicht wird oder es zu mehreren Rückfällen kommt. In einer erneuten Abklärungsphase kann das weitere Vorgehen geplant werden.

7 Teilstationäre Rehabilitation in der Tagesklinik

7.1 Rahmenbedingungen

Die Tagesklinik verfügt über 24 Behandlungsplätze in zwei halboffenen, gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen. Die Behandlung dauert im Regelfall 12 Wochen. Ebenso ist eine Aufangbehandlung über einen Zeitraum von 6 Wochen möglich.

Voraussetzung für eine Aufnahme in die Tagesklinik ist eine vorhergehende Abklärung in einer Beratungsstelle sowie eine Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers. Aufgrund des regionalen Behandlungsansatzes werden ausschließlich Patientinnen aus dem Großraum Hamburg aufgenommen.

Die Tagesklinik liegt im Hamburger Stadtgebiet in unmittelbarer Nähe der Fachklinik sowie der HUMMEL. Sie verfügt über helle, freundliche Räume auf einer Gesamtfläche von 370 qm. Ein Schwimmbad im Untergeschoss, die Sporthalle der Fachklinik sowie der Entspannungsraum der Beratungsstelle können mitbenutzt werden. Die Tagesklinik ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Die Besonderheit der Tagesklinik liegt in der alltagsnahen Struktur der Behandlung. Indem die Patientinnen weiterhin in ihrer Alltagsrealität leben, ist die Tagesklinik besonders geeignet, therapeutische Stützung am Tage und Realitätsbewältigung am Abend zu vereinen (Kielstein 1996). Damit wird sowohl die Freiwilligkeit der Behandlung betont als auch die Eigenverantwortlichkeit der Patientinnen bekräftigt. Zudem ist ein beständiger Transfer der therapeutischen Erfahrungen gewährleistet. Die alltagsnahe Struktur bewirkt weiterhin, dass die Patientinnen einerseits die positiven Aspekte der Gruppenkohäsion erleben können, andererseits ihre weitgehende Unabhängigkeit von Gruppennormen bewahren können. Dies macht das Tageskliniksetting zu einem idealen Lernfeld zur Nähe-Distanz-Regulierung.

Die Tagesklinik bietet ein vergleichsweise niedrighschwelliges Angebot, was häufig zu einer Senkung der Hemmschwelle und Erhöhung der Akzeptanz der Behandlung führt. Dies kann unter Umständen einen früheren Beginn einer Therapie ermöglichen. Die Überschaubarkeit der Einrichtung erleichtert es den Patientinnen, sich mit der Einrichtung zu identifizieren und fördert die Gruppenkohäsion.

Die tägliche Konfrontation mit dem sozialen Umfeld birgt auch eine permanente Auseinandersetzung mit möglichen Rückfall-Risikosituationen. Entsprechend wird der Rückfallprävention und der Bearbeitung von Rückfällen in der tagesklinischen Behandlung eine große Bedeutung beigemessen.

Das therapeutische Milieu in der Tagesklinik ist an Arbeitsstrukturen angeglichen. Analog zu einem Arbeitstag kommen die Patientinnen am Morgen und gehen am Abend. Dementsprechend liegt der Schwerpunkt der Behandlung weniger auf der Bereitstellung eines regressionsfördernden Schonraumes als vielmehr auf der realitätsbezogenen Stärkung der Ressourcen und Kompetenzen. In diesem Zusammenhang stellen die Angebote alltagsbezogener Handlungsfelder wie Hausdienste, Einkaufen und Kochen eine Annäherung an Arbeitszusammenhänge dar. Durch das vergleichsweise geringe Ausmaß an Versorgung sind die Patientinnen in ihrer sonstigen Lebensführung weitgehend autonom, die Behandlung bekommt den Charakter einer Unterstützung in der täglichen Lebensführung.

Die Alltagsnähe und regionale Arbeitsweise bietet schließlich die Chance, Angehörige von Anfang bis Ende der Behandlung intensiv in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. So können die Auswirkungen von Erfahrungen im Alltag direkt in die therapeutische Arbeit mit einfließen.

Grundlage der Behandlung ist ein Behandlungsvertrag, in dem die Patientinnen sich zur aktiven Teilnahme an der Therapie verpflichten. Die Patientinnen sichern darüber hinaus zu, bei Krankheit morgens im persönlichen telefonischen Kontakt abzusagen und vom ersten Krankheitstag an ein ärztliches Attest beizubringen. Unbegründetes Fernbleiben gilt als Therapieabbruch. Befreiungen jeder Art werden zuvor mit den zuständigen Therapeuten abgesprochen. Gravierende Verletzungen des Behandlungsvertrages führen zur Überprüfung der gemeinsamen Arbeitsbasis. Bei einer unvermeidlichen Abwesenheit bis zu zwei Wochen, z.B. durch Krankheit, werden Möglichkeiten und Grenzen einer Weiterbehandlung thematisiert. Bei längerer Abwesenheit wird in Absprache mit dem Kostenträger die weitere Vorgehensweise abgesprochen.

7.1.1 Personelle Ausstattung

Anzahl	Stellenanteile	Grundqualifikation	therap. Zusatzqualifikation
1	0,25	Internist, Psychotherapie	Zusattitel Psychotherapie (analytisch orientiert)
1	0,25	Neurologe, Psychiater Dipl.-Psych.	Gesprächspsychotherapie Gestalttherapie Psycholog. Psychotherapeutin (tiefenpsych. fundiert)
1	0,5	Dipl.-Psych.	Paar- und Familientherapie Psycholog. Psychotherapeut
1	1,0	Suchtkrankenhelfer	
1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Sozialtherapie GVS (analytisch orientiert)

1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Sozialtherapie GVS (analytisch orientiert)
1	0,75	Beschäftigungs- u. Arbeitstherapeutin	
1	0,35	Krankenschwester	Reflexzonentherapie Psychomotorik
1	0,13	Krankenschwester	Gestaltberatung

7.2 Zielgruppe

Eine tagesklinische Behandlung ist generell dann indiziert, wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreicht, eine stationäre Behandlung aber noch nicht notwendig ist. Sie ist ebenso ein Angebot für Menschen, die individuelle Gründe haben, ihre Umgebung nicht für mehrere Monate vollständig zu verlassen.

Voraussetzung für eine Behandlung ist eine Lebenssituation, die eine tagesklinische Behandlung nicht beeinträchtigt. Dies umfasst sowohl die Wohnsituation als auch das soziale Umfeld. Patientinnen ohne einen festen Wohnsitz können nicht aufgenommen werden. Der Anfahrtsweg sollte eine zumutbare Länge haben. Eine weitere Voraussetzung ist die Fähigkeit, die therapiefreie Zeit abstinenz zu verbringen.

7.3 Ziele der teilstationären Behandlung

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 2.3) hat die teilstationäre Rehabilitation folgende therapeutische Zielsetzungen:

Somatotherapeutische Ziele

- Förderung von Gesundheitsbewusstsein im Hinblick auf
- eine gesunde Lebensweise
- einen angemessenen Umgang mit Krankheit
- Behandlung bereits eingetretener suchtspezifischer Begleiterkrankungen

Suchtspezifische Ziele

- Akzeptanz der Abhängigkeit als chronische Erkrankung
- Förderung der Abstinenzentscheidung
- Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells der Abhängigkeit
- Aufdecken der zugrundeliegenden psychodynamischen Zusammenhänge und deren Bedeutung in der Lebensgeschichte
- Entwicklung eines tragfähigen Konzeptes zum Umgang mit Rückfällen einschließlich konkreter Handlungsweisen

Psychotherapeutische Ziele

- Förderung der Fähigkeiten zur Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung im Hinblick auf Bedürfnisse und Fähigkeiten
- Förderung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Erhöhung der Frustrationstoleranz
- Förderung von Kreativität, Expressivität und Genussfähigkeit
- Behandlung von begleitenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität)

Soziotherapeutische Ziele

- Training alltagsbezogener Fähigkeiten
- Förderung von Fähigkeiten zur Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit
- Bewertung der beruflichen Situation, Entwicklung beruflicher Perspektiven

- Klärung der Beziehungen in Partnerschaft/ Familie
- Förderung von Formen der Freizeitgestaltung
- Aufnahme regelmäßiger Kontakte zu Selbsthilfegruppen
- Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinns, Werten und Normen

7.4 Behandlungsverlauf

Analog zu allgemeinen Veränderungsprozessen erleben auch die Patientinnen im Verlauf der tagesklinischen Behandlung verschiedene Phasen der Veränderung. Diese sind allerdings nicht als starres Muster zu verstehen, sondern können in ihrer idealtypischen Beschreibung zur Orientierung über den Verlauf der Behandlung dienen.

Die erste Phase der *Eingewöhnung* dient zunächst dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung und der Herstellung eines Arbeitsbündnisses als Grundlage der weiteren therapeutischen Arbeit. Zusammen mit der medizinischen Anamnese, der Sucht- und Sozialanamnese bildet die psychosoziale Diagnostik die Grundlage für den individuellen Behandlungsplan und die Therapieziele, die mit der Patientin vereinbart werden. Für die Patientin kann das Erinnern an lebensgeschichtlich relevante Zusammenhänge einen ersten Zugang zu den Themen darstellen, die im Verlauf der Therapie an Prägnanz gewinnen. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Ressourcen und Kompetenzen der Patientin. Parallel dazu liegt ein Schwerpunkt auf der Integration in die Therapiegruppe, indem die Patientin vom ersten Tag am gesamten Gruppenprogramm teilnimmt und sich innerhalb der ersten Wochen mit ihrer Lebensgeschichte in der Gruppe darstellt. Um den Transfer in das soziale Umfeld sicherzustellen, werden die PartnerInnen durch Partnergespräche und die Teilnahme an der Partnergruppe von Anfang an in die Behandlung miteinbezogen.

In der nachfolgenden Phase der *Aktion und Integration* soll es der Patientin möglich werden, die eigene Suchtgeschichte zu verstehen und mit ihrer aktuellen Situation in Beziehung zu setzen. Das beinhaltet eine Analyse der Lebenssituation in allen wichtigen Bereichen sowie eine Auseinandersetzung mit ihrem individuellen Rollen- und Konfliktverhalten sowie den bisherigen Problemlösungsstrategien. Begünstigt durch die Alltagsnähe kann die Patientin notwendige Schritte zur Veränderung planen und in ersten Ansätzen umsetzen. Die Therapiegruppe dient in diesem Prozess sowohl als Korrektiv und Übungsfeld für das Sozial- und Konfliktverhalten als auch als tragfähiges Netz mit unterstützender Funktion. Der Wahrnehmung von Ressourcen und der Förderung und Erprobung von Kompetenzen kommt in dieser Phase besondere Bedeutung zu.

In der abschließenden Phase der *Konsolidierung und Neuorientierung* findet eine erste Bilanzierung des Therapieerfolges und die Umsetzung konkreter Vorhaben statt. Bezogen auf das Familiensystem werden die Auswirkungen der Therapie thematisiert und weitere Schritte wie z.B. die Teilnahme an einem Partnerseminar vorbereitet. Hinsichtlich der beruflichen Situation werden weiterführende Reha-Maßnahmen eingeleitet, Kontakte zum Arbeitgeber aufgenommen oder die Belastungserprobung durchgeführt. Schließlich gewinnt mit dem verpflichtenden Besuch von Selbsthilfegruppen oder der Planung einer Weiterbehandlung die Zeit im Anschluss an die Therapie an Bedeutung. Nicht zuletzt ist eine gute Ablösung von der Therapiegruppe und den Therapeutinnen eine wichtige Voraussetzung, um gestärkt in die neue Lebensphase eintreten zu können.

7.5 Tagesstruktur

Der Tag beginnt mit einem gemeinsamen Frühstück, das die Patientinnen selbst zubereiten. Dieser Zeitraum dient dem Ankommen und der Gestaltung des Übergangs zwischen Alltag

und Tagesklinik. Hier ist Raum für die Reflexion der therapiefreien Zeit und die Einstimmung auf den Tag. Im weiteren Tagesverlauf finden die unterschiedlichen Therapieangebote statt (s. Wochenplan).

Das gemeinsame Mittagessen dient analog zum Arbeitsleben als Pause mit der Möglichkeit des informellen Austauschs und der Kontaktpflege.

Ein gemeinsamer Tagesabschluss setzt ein Zeichen für das Ende der täglichen Arbeit. Dem Tagesabschluss ist insofern besondere Bedeutung beizumessen, als dass für jede Patientin der Tag so abgeschlossen sein sollte, dass sie am nächsten Tag wiederkommen kann und will.

Besondere Bedeutung haben die Gruppensitzungen am Wochenanfang und vor dem Wochenende. Sie dienen sowohl der Reflexion des vergangenen als auch der Vorbereitung des kommenden Wochenendes und stellen eine wesentliche Brücke zwischen Alltagserfahrung und Therapie dar.

7.6 Therapeutische Angebote

Die therapeutischen Angebote bestehen aus der medizinischen Therapie, den verbalen und den nonverbalen Therapieformen. Zu den verbalen Therapieformen gehören die Einzelgespräche, die Gruppentherapie und die themenzentrierten Angebote, zu den nonverbalen zählen die Ergotherapie, die Bewegungs- und die Entspannungstherapie.

7.6.1 Medizinische Therapie

Der leitende Arzt und sein Stellvertreter sind für den Gesamtverlauf der Rehabilitationsmaßnahme verantwortlich. Sie planen und koordinieren die Behandlung in Absprache mit den therapeutischen Mitarbeiterinnen. Ebenso sind die Ärzte für die gesamte medizinische Betreuung zuständig. Aus der ausführlichen medizinischen Exploration, der körperlichen Untersuchung, den Befunden aus Labor-, Röntgen- und Ultraschall diagnostik sowie notwendigen Konsiliaruntersuchungen erstellen sie den medizinischen Gesamtstatus. Zusammen mit der psychosozialen Diagnostik bildet er die Grundlage für die Behandlungsplanung.

Ein weiteres wesentliches Ziel der medizinischen Therapie ist die Veränderung bisheriger Einstellungs- und Verhaltensmuster im Hinblick auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit.

Zum Abschluss der Behandlung erstellen die Ärzte in Zusammenarbeit mit den behandelnden Psychologinnen und Sozialpädagoginnen den ärztlichen Entlassungsbericht, der in der Zusammenfassung Aufnahmebefund, Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnis unter besonderer Berücksichtigung der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit beschreibt.

7.6.2 Einzeltherapie

Jeder Patientin steht für die Zeit ihrer Behandlung eine Bezugstherapeutin als Vertrauensperson für Einzelkontakte zur Verfügung. Zu Anfang der Behandlung dienen Einzelgespräche dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung als Basis für die weitere therapeutische Arbeit. Innerhalb der Einzelgespräche werden die Sozial- und Suchtanamnesen erhoben sowie eine psychosoziale Diagnostik erstellt. Im weiteren Verlauf werden Einzelgespräche zur Vertiefung von Vertrauen, zur differenzierten Diagnostik, zur Bearbeitung besonders sensibler Themen und in Krisensituationen angeboten. Am Ende der Behandlung dient ein Abschlussgespräch

der Bilanzierung der gemeinsamen Arbeit und dem Abschied von der zuständigen Therapeutin.

7.6.3 Gruppentherapie

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt in der viermal wöchentlich stattfindenden Gruppentherapie, die von zwei Gruppentherapeutinnen geleitet wird.

Die Gruppentherapie bietet die Möglichkeit, alltagsnah an den individuellen Konflikten, Belastungen und Krisen zu arbeiten. Die Schwerpunkte liegen auf der Auseinandersetzung mit der aktuellen Lebenssituation, der Verbindung mit der eigenen Lebensgeschichte und der darin verwobenen Suchtgeschichte, dem Konflikt- und Problemlösungsverhalten sowie der Rückfallprävention und -bewältigung.

Eine Besonderheit der Gruppentherapie in der Tagesklinik liegt in der Integration gestaltungstherapeutischer Methoden und Techniken (Schottenloher 1983) in die analytisch orientierte Gruppentherapie. Die Verwendung gestaltungstherapeutischer Elemente bewirkt, dass Hemmschwellen schneller abgebaut werden können und der Zugang zu Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen den meisten Patientinnen leichter fällt. Dies gewinnt besondere Bedeutung vor dem Hintergrund der vergleichsweise kurzen Behandlungsdauer. Lernziele wie adäquates Umgehen mit Konflikten, Nähe- und Distanzregulierung, Akzeptieren unterschiedlicher Standpunkte und Meinungen sowie ein angemessener Ausdruck von inneren Befindlichkeiten können durch die Integration von Methoden der Gestaltungstherapie, der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie sowie Methoden der Sozialtherapie besonders gut erreicht werden. So wird beispielsweise der Lebensverlauf des Einzelnen durch den Einsatz gestalterischer Mittel (z.B. Darstellung des Lebensflusses, Lebenspanorama) sinnlich erfahrbar und in seiner emotionalen Qualität für Gruppenmitglieder und Therapeutinnen mitteilbar und nachvollziehbar.

Das Vorgehen in der Gruppentherapie ist vorwiegend konfliktorientiert unter weitgehendem Verzicht auf regressionsfördernde Interventionen. So werden auftretende Übertragungsphänomene zwar bearbeitet, aber nicht im Sinne eines regressiven Milieus gefördert.

7.6.4 Themenzentrierte Gruppenarbeit

Ziel dieser Gruppenveranstaltung ist es, das kognitive Verständnis der Patientinnen hinsichtlich ihrer Sucht und Eigenverantwortung zu fördern. Dabei setzen sich die Patientinnen unter Einbeziehung ihrer aktuellen Erfahrungen mit ihrer Abhängigkeitserkrankung, deren Erscheinungsbild und den daraus erwachsenden Konsequenzen auseinander. Die Patientinnen sind Experten aus eigener Erfahrung, haben aber ein Bild ihrer Abhängigkeit, das durch Schuldgefühle, Schuldzuweisungen und persönliche Erklärungssysteme verzerrt ist. Unter Berücksichtigung auftretender Widerstände geht es darum, dieses Bild zu beleuchten und zurechtzurücken. Gezielte Informationsvermittlung und das Gespräch in der Gruppe verhelfen dazu, sowohl Fakten als auch eigene und fremde Erfahrungen einzuordnen. Die Gruppe hat Mitverantwortung für die gewählten Themen. Methodisch lehnt sich die Arbeitsform an die themenzentrierte Interaktion (Cohn 1984) an.

7.6.5 Angebote zur beruflichen Orientierung

Ein wesentlicher Schwerpunkt der teilstationären Behandlung ist die Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation und die Entwicklung einer realistischen beruflichen Perspektive. Dies

wird zum einen durch die Struktur des Tagesklinikalltags, zum anderen in der wöchentlich stattfindenden Gruppe *Sucht und Arbeitswelt* ermöglicht.

Sucht und Arbeitswelt

Die Teilnahme an dieser Gruppe ist für alle Patientinnen verbindlich. Ziel ist die Erarbeitung möglicher beruflicher Perspektiven.

Für Patientinnen, die in einen Arbeitsverhältnis stehen, ist das Hauptziel, Bedingungen zu schaffen, unter denen die Abstinenz am Arbeitsplatz möglich ist. Dazu gehören u.a.:

- Bestandsaufnahme der beruflichen Situation,
- Analyse betrieblicher suchtfördernder/ suchthemmender Faktoren,
- Entwicklung von Strategien zur Bewältigung von Risikosituationen, die im Betrieb auftreten können,
- Kontaktpflege und Gespräche mit strategisch wichtigen betrieblichen Bezugspersonen,
- Teilnahme an wichtigen betrieblichen Terminen wie Betriebsversammlungen o.ä.,
- Aufsuchen des Arbeitsplatzes im Sinne einer betrieblichen Belastungserprobung, bis zu drei Tagen. Die Belastungserprobung sollte im letzten Drittel der Behandlung erfolgen, damit die Erfahrungen in der Gruppentherapie bearbeitet und integriert werden können.

Für arbeitslose Patientinnen steht die Entwicklung von Strategien zur Erreichung einer Arbeitsaufnahme im Vordergrund. Dies beinhaltet vor allem:

- Bestandsaufnahme und Analyse der Chancen auf dem Arbeitsmarkt,
- Erstellung eines realistischen persönlichen Ausbildungs- und Leistungsprofils,
- Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt,
- Besuch qualifizierter Fachberatungsstellen mit dem Ziel einer neuen beruflichen Perspektive,
- Bewerbungstraining, Erstellen von Bewerbungen,
- Kontaktaufnahme mit Institutionen zur beruflichen Wiedereingliederung, um im Abschluss an die Behandlung nahtlos eine solche Maßnahme zu beginnen,
- bei Bedarf Vorbereitung eines betriebliches Praktikums.

Alltagsbezogene Leistungserprobung

Im Sinne eines alltagsbezogenen Handlungsfeldes sind die Patientinnen für die Organisation und die Durchführung folgender Aufgaben verantwortlich:

- Arbeiten zur Selbstversorgung (Einkaufen, Kochen, etc.)
- Reinigen der Räumlichkeiten
- Pflege der Pflanzen und Terrassenbegrünung
- Instandsetzungsarbeiten
- eigenständige Haushaltsführung incl. Finanzverwaltung.

Damit gleicht der Tagesklinikalltag sowohl in Länge und Struktur als auch in seinen Anforderungen an Konzentration und aktive Mitarbeit einem normalen Arbeitsalltag inklusive der notwendigen Koordination von Beruf, Familie, Freizeit und Haushalt. Darüber hinaus macht die Auseinandersetzung mit persönlichen Themen den Tagesklinikalltag unter Umständen anstrengender als den bisher erlebten Arbeitsalltag. Unter diesem Aspekt hat die gesamte Behandlung auch den Charakter eines allgemeinen Belastungstrainings im Dienste der Wiederherstellung oder des Erhaltes der Erwerbsfähigkeit.

7.6.6 Bewegungs- und Entspannungstherapie

Sowohl die Bewegungstherapie als auch die Entspannungstherapie betonen das Zusammenwirken von psychischen und körperlichen Prozessen und tragen zu einem verbesserten Körpergefühl bei.

Der therapeutische Ansatz in der Bewegungstherapie ist die Psychomotorik. Durch Verbesserung der Kondition, Erweiterung des Bewegungspotentials sowie spielerische Bewegungserfahrungen sollen die Patientinnen ihren Erfahrungsspielraum erweitern und Anregungen zu weiterer sportlicher Betätigung erhalten.

In der Entspannungstherapie besteht die Möglichkeit, zwei Entspannungstechniken kennenzulernen, die sich hinsichtlich ihres Aktivierungsgrades unterscheiden. Dies ist zum einen die Progressive Muskelrelaxation nach Jakobson, zum anderen ein Verfahren der Atementspannung. Beide Verfahren können selbständig weiter ausgeübt werden. Angeleitete Imaginationsübungen tragen dazu bei, tieferliegende Emotionen mit den entsprechenden Bewegungsimpulsen wahrzunehmen und einen Ausdruck dafür zu finden.

7.6.7 Ergo- und Gestaltungstherapie

In der Ergotherapie werden die kreativen Fähigkeiten der Patientinnen angeregt und gefördert. Der Umgang mit unterschiedlichen Materialien und Techniken ermöglicht neue Erfahrungen und Anregungen für den eigenen Ausdruck.

Besonders für Menschen mit einem negativen Selbstbild bietet sich hier die Gelegenheit, sich als gestaltenden und kreativen Menschen kennen zu lernen und zu erproben. Durch positive Rückmeldung von Patientinnen und Therapeutinnen erleben sie eine Wertschätzung ihrer Arbeit, die zur Steigerung des Selbstwertgefühls beiträgt.

7.6.8 Angehörigenarbeit

Da sich die Partner weiterhin täglich begegnen, erleben sie auch regelmäßig die Konflikte miteinander weiter, die durch die Suchtentwicklung entstanden sind. Während die Patientinnen in der Therapie Orientierung und Stärkung erfahren können, werden die PartnerInnen zunächst oft versuchen, an ihrer vertrauten Rolle festzuhalten. Um die daraus resultierenden Konflikte für den therapeutischen Prozess zu nutzen, werden die PartnerInnen in die Behandlung weitgehend mit einbezogen. So kann die Dynamik der Partnerschaft im Rahmen von Paargesprächen und ganztägigen Partnerseminaren bearbeitet werden.

PartnerInnen machen oft die Erfahrung, dass sich alles um den Abhängigen als Symptomträger dreht und sie häufig lediglich nebenbei bemerkt werden. Mit der Angehörigengruppe schaffen wir einen Raum, in dem PartnerInnen sich über ihr Erleben austauschen können, Solidarität erfahren und sich mit ihrer Rolle als Co-Alkoholikerin auseinandersetzen können. Die Angehörigengruppe findet je nach zeitlichen Voraussetzungen der Partnerinnen entweder wöchentlich am Abend über einen Zeitraum von mindestens sechs Wochen oder als Wochenendseminar statt.

Ziel der Partnerarbeit ist es, für beide Partner sowohl die Zeit vor der Behandlung zu verstehen als auch ein Zusammenleben nach der Behandlung zu ermöglichen. Dies kann bedeuten, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Neuorientierung in der Partnerschaft ein längerer Prozess ist, der unter Umständen eine professionelle Begleitung über den Rahmen der Tagesklinik hinaus in Form einer Paartherapie erfordert.

7.6.9 Indikative Gruppenangebote

Patientinnen mit spezifischen Problemstellungen können - je nach Behandlungsplan - an den abteilungsübergreifenden indikativen Gruppenangeboten teilnehmen. Diese Gruppen finden in den Abendstunden oder am Wochenende statt. Genannt seien hier die Angebote

- Angstbewältigung
- Umgang mit Depressionen und Schuldgefühlen
- Selbstbehauptungstraining
- Positives Erleben, Genussstraining
- Bewegungserfahrung
- Freizeitgruppe

Ebenso steht den Patientinnen der Tagesklinik die Teilnahme an geschlechtsspezifischen Gruppen frei:

- Selbsthilfegruppe für Frauen
- Selbsthilfegruppe für Männer

Darüber hinaus stehen sämtliche übergreifenden Angebote (s. Kap. 11) den Patientinnen der Tagesklinik offen.

7.6.10 Rückfallbehandlung

Der Umgang mit Rückfällen in der Tagesklinik ist eingebettet in ein Konzept der Rückfallprävention. Es umfasst im wesentlichen die Information über die Bedeutung von Rückfällen, die Analyse zurückliegender Rückfälle und deren Bewältigung, die Sensibilisierung für individuelle Risikosituationen sowie die Verabredung von Notfallmaßnahmen für den Fall eines drohenden oder eingetretenen Rückfalls.

Ein Rückfall während der Behandlung führt nicht zwangsläufig zur Beendigung der Therapie, sondern wird als Anstoß zur Entwicklung von Strategien zur Krisenbewältigung und zur weiterführenden Rückfallprophylaxe genutzt. Voraussetzung für eine Fortsetzung der Behandlung ist, dass die Patientin den Rückfall umgehend von sich aus anspricht. Weiter wird die Bereitschaft erwartet, sich in einem Rückfallgespräch mit der Bedeutung des Rückfalls auseinander zu setzen. Dabei sind folgende Fragen hilfreich:

- wozu war der Rückfall für mich in dieser Situation gut?
- was sollte mir in dieser Situation durch das Suchtmittel besser gelingen?
- womit war ich vorher überfordert?
- welche Stärken haben es mir bislang ermöglicht, abstinent zu leben?

Im Anschluss an das Gespräch entscheidet das therapeutische Team, ob sich aus dem Gespräch ein konstruktiver Ansatz für eine Weiterbehandlung ergibt. In der weiteren therapeutischen Arbeit wird der Rückfall unter folgenden Aspekten berücksichtigt:

- Analyse des Rückfallgeschehens und Erarbeitung der auslösenden inneren und äußeren Faktoren,
- Minderung des Abstinenzverletzungseffektes und Bekräftigung des Abstinenzwunsches sowie
- Stärkung der Kompetenzen zur Rückfallvermeidung.

Kommt es zu einem weiteren Rückfall, kann die Behandlung in der Tagesklinik nicht fortgesetzt werden. Nach Abklärung ist ein Übergang in die Fachklinik möglich.

7.6.11 Angebote zur Erhöhung der Lebenszufriedenheit

Durch gemeinsame Unternehmungen außerhalb der Tagesklinik (Außenaktivitäten) werden die Patientinnen ermutigt, den Bereich der alltäglichen Gewohnheiten zu verlassen und das im Verlauf der Suchtentwicklung eingeengte Aktions- und Wahrnehmungsfeld zu erweitern. Sowohl durch Anregungen der Therapeutinnen als auch durch den Austausch von Interessen der Patientinnen sollen neue Blickrichtungen und Erfahrungen ermöglicht werden. Neben der Förderung der Gruppenkohäsion wird damit ebenso die Entwicklung von Toleranz und Neugier gefördert. Die Außenaktivitäten sollen ohne aufwendige Planung mit hohem finanziellen Aufwand möglich sein und damit einer Konsumorientierung entgegenwirken.

Viele Patientinnen brauchen Unterstützung, um ihre individuellen Stärken und Fähigkeiten wahrzunehmen und wertzuschätzen. Im Rahmen der tagesklinischen Behandlung werden sie angeregt, sich ihrer Fähigkeiten und Interessen bewusst zu werden und sie mit anderen zu teilen ("Schatztruhe"). Dies können beispielsweise angeleitete Naturspaziergänge, Vorträge, Musikdarbietungen, Ausstellungen eigener Produkte, Kochen, Sportangebote oder Werkanleitungen sein.

7.7 Nachbetreuung

Erfahrungsgemäß sind die Patientinnen in den ersten Monaten nach Beendigung der Behandlung besonders gefährdet, weil sich in dieser Zeit die Tragfähigkeit der positiven Erfahrungen und Veränderungen im Alltag erweist. Dementsprechend kommt der Nachbetreuung eine besondere Bedeutung zu. Je nach Bedarf stehen unterschiedliche Angebote zur Verfügung:

- regionale Selbsthilfegruppen für Patientinnen, die weitgehend stabilisiert sind,
- niedergelassene Psychotherapeuten zur ambulanten Psychotherapie für Patientinnen mit weiteren behandlungsbedürftigen Störungen bei stabiler Abstinenz sowie
- professionelle Nachsorgeangebote wie die ambulanten Rehabilitation, z.B. in der Behandlungsstelle DIE HUMMEL, um den Transfer des Therapieerfolges weitergehend zu festigen.

Darüber hinaus stehen den Patientinnen auch nach der Entlassung die übergreifenden Gruppenangebote des STZ offen (s. Kap. 11).

7.8 Wochenplan der Tagesklinik (Änderungen vorbehalten)

Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag	
8.30 - 9.00 Uhr: Frühstück									
Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 1	Gruppe 2
9.15-10.45 Gruppen- therapie	9.15-10.45 Gruppen- therapie	9.15-10.45 Organisation der Woche	9.15-10.45 <i>Team</i>	9.15-10.45 Sucht und Arbeit	9.15-10.45 Gruppen- therapie	9.15-10.45 Gruppen- therapie	9.15-10.45 Sucht und Arbeit	8.30-10.00 Bewegungs- therapie	
11.00-12.30 Schatzkiste	11.00-12.30 Themen- zentrierte Gruppe	11.00-12.30 Themen- zentrierte Gruppe	11.00-12.30 Gruppen- therapie		Kochen	Kochen	Außenaktivität 11.30-13.00 <i>Supervision</i>	Kochen	10.30-12.00 Bewegungs- therapie
13.00 - 13.30 Uhr: Mittagessen									
14.00-15.30 Beschäfti- gungs- therapie	14.00-15.00 Entspan- nung.	14.00-15.30 Beschäfti- gungs- therapie	14.00-15.30 Themen- zentrierte Gruppe	14.00-15.30 Gruppen- therapie	14.00-15.30 Themen- zentrierte Gruppe	14.00-15.30 Gruppen- therapie	14.00-15.30 <i>Besucherrunde</i>	14.00-15.30 Gruppenthe- rapie	14.00-15.30 Gruppen- therapie
16.00-16.30 Uhr: Abschlusrunde									
						17.00-18.30 <i>Wartezeitgruppe</i>			

Partnergruppen bzw. Partnerseminare nach Bedarf abends bzw. am Wochenende

8 Stationäre Rehabilitation in der Fachklinik

8.1 Rahmenbedingungen

Die Fachklinik bietet eine stationäre Rehabilitation für 48 erwachsene Frauen und Männer. Aufgrund des regionalen Behandlungsansatzes werden in erster Linie Patientinnen aus dem Großraum Hamburg aufgenommen.

Die Fachklinik liegt im Hamburger Stadtgebiet und ist mit öffentlichen Verkehrsmittel gut zu erreichen. Dadurch kann das soziale Umfeld leicht in die Behandlung mit einbezogen werden. Im Sinne größtmöglicher Alltagsnähe werden je nach Therapieverlauf insbesondere Familienkontakte, Kontakte mit Arbeitgebern sowie Formen der Freizeitgestaltung gefördert.

Die Therapie dauert im Regelfall 16 Wochen. Ebenso sind Auffangbehandlungen möglich. Im Einzelfall kann ein therapeutisch begründeter Wechsel in die teilstationäre Entlassphase oder in die Tagesklinik erfolgen. Grundlage der Behandlung ist ein schriftlicher Therapievertrag sowie die aktuelle Haus- und Therapieordnung.

Während des Aufenthalts in der Fachklinik leben die Patientinnen in Wohngruppen mit einer Größe von 12 - 13 Patientinnen. Jede Wohngruppe verfügt über einen abgeschlossenen Wohnbereich mit Ein- und Zweibettzimmern sowie einem Gemeinschaftsraum. Die Mahlzeiten werden von allen Patientinnen der Fachklinik gemeinsam eingenommen.

In der Freizeit stehen den Patientinnen Sauna, Werkräume, Patientenbibliothek sowie die Sporthalle offen. Darüber hinaus bietet das nahegelegene Naturschutzgebiet und der Alsterwanderweg zahlreiche Möglichkeiten zum Radfahren und Spazieren gehen.

8.1.1 Personelle Ausstattung

Anzahl	Stellenanteile	Grundqualifikation	therap. Zusatzqualifikation
1	0,75	Internist, Psychotherapie	Zusattitel Psychotherapie (analytisch orientiert)
1	0,5 0,25	Neurologe, Psychiater Dipl.-Psych.	Gesprächspsychotherapie Gestalttherapie Psycholog. Psychotherapeutin (tiefenpsych. fundiert)
1	0,5	Dipl.-Psych.	Psycholog. Psychotherapeut
1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Gestalttherapie Approbation PTG
1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Gestalttherapie Approbation PTG
1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Gestalttherapie
1	1,0	Dipl.-Soz.Päd.	Psychodrama
1	0,5	Dipl. Soz-Päd.	Psychodrama Approbation PTG
1	1,0	Praktikant, Soz.-Päd.	

1	0,75	Beschäftigungs- u. Arbeitstherapeutin	Psychodrama
1	0,5	Diplom Freie und Bildende Kunst	psychoanalytische Kunsttherapie
1	0,65	Krankenschwester	Reflexzonentherapie Psychomotorik
1	0,5	Gymnastiklehrerin	Reflexzonentherapie Psychomotorik
1	0,25	Krankenschwester	Gestaltberatung
5	3,5	Krankenschwestern	

8.2 Zielgruppe

Die Fachklinik ist ein stationäres Rehabilitationsangebot für erwachsene, alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer, für die weder ein ambulantes noch ein teilstationäres Angebot ausreichend ist.

Voraussetzung für eine Aufnahme in die Fachklinik ist in der Regel eine vorhergehende Abklärung in einer Beratungsstelle sowie eine Kostenzusage des zuständigen Kostenträgers.

8.3 Ziele der stationären Behandlung

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 2.3) hat die stationäre Rehabilitation folgende therapeutische Zielsetzungen:

8.3.1 Somatotherapeutische Ziele

- Behandlung suchtspezifischer Begleiterkrankungen
- Behandlung weiterer somatischer Erkrankungen (Multimorbidität)
- Verbesserung des körperlichen Allgemeinzustandes und der körperlichen Leistungsfähigkeit
- Förderung von Gesundheitsbewusstsein

8.3.2 Suchtspezifische Ziele

- Akzeptanz der Abhängigkeit als chronische Erkrankung
- Einsicht in die Notwendigkeit der Abstinenz
- Erarbeitung eines individuellen Erklärungsmodells der Abhängigkeit
- Verstehen der zugrundeliegenden psychodynamischen Zusammenhänge und deren Bedeutung in der Lebensgeschichte
- Entwicklung eines tragfähigen Konzeptes zum Umgang mit Rückfällen einschließlich konkreter Handlungsweisen

8.3.3 Psychotherapeutische Ziele

- Entwicklung von Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung, Affekttolerierung und Frustrationstoleranz
- Förderung der Kommunikations- und Konfliktfähigkeit, Entwicklung von Problemlösestrategien

- Förderung der Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung hinsichtlich eigener Bedürfnisse und Fähigkeiten
- Förderung von Kreativität, Expressivität und Genussfähigkeit
- Behandlung von begleitenden psychischen Erkrankungen (Komorbidität)

8.3.4 Soziotherapeutische Ziele

- Training lebenspraktischer Fähigkeiten
- Entwicklung von beruflichen Perspektiven
- Sicherung des Lebensunterhalts
- Hilfen zur Wohnungsbeschaffung
- (Wieder-) Aufbau eines tragfähigen sozialen Netzes
- Klärung der Beziehungen in Partnerschaft/ Familie
- Entwicklung von Formen der Freizeitgestaltung
- Aufnahme regelmäßiger Kontakte zu Selbsthilfegruppen
- Auseinandersetzung mit Fragen des Lebenssinns, Werten und Normen
- Entwicklung tragfähiger Lebensperspektiven

8.4 Behandlungsverlauf

Bedingt durch das offene Gruppensystem erleben die Patientinnen individuelle Therapieverläufe, die im folgenden in einer idealtypischen Weise beschrieben werden:

In einer ersten Phase, der *Initialphase*, geht es zunächst darum, Voraussetzungen für eine erfolgreiche stationäre Therapie zu schaffen. In diesem Sinne steht für einige Patientinnen die medizinische Entgiftung und die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit an erster Stelle, andere bedürfen noch einer Regelung aktueller Schwierigkeiten wie beispielsweise der Klärung des gegenwärtigen Lebensunterhaltes. Für die meisten Patientinnen kommt der Förderung der Motivation, dem Aufbau von Vertrauen und Zuversicht und schließlich der Entwicklung von Krankheitseinsicht eine große Bedeutung zu. Eine weitere wesentliche Grundlage bildet die Gewöhnung an das therapeutische Milieu der Fachklinik mit ihrer Tages- und Wochenstruktur sowie die Übernahme von Normen und Regeln der Behandlung. Die anfängliche Einschränkung von Außenkontakten soll dazu beitragen, den erforderlichen Abstand zu bisherigen Konfliktfeldern zu erreichen und die Integration in die Therapiegruppe zu erleichtern.

In die Phase der Eingewöhnung fällt auch der Aufbau einer therapeutischen Beziehung und die Herstellung eines Arbeitsbündnisses als Grundlage der weiteren therapeutischen Arbeit. Auf der Basis der medizinischen und psychosozialen Diagnostik werden erste therapeutische Ziele vereinbart. Für die Patientinnen kann das Erinnern an lebensgeschichtlich relevante Zusammenhänge einen ersten Zugang zu den Themen darstellen, die im Verlauf der Therapie an Prägnanz gewinnen.

In der nachfolgenden Phase der *Aktion und Integration* soll es der Patientin möglich werden, die eigene Suchtgeschichte und die Funktion des Suchtmittels zu verstehen und mit ihrer aktuellen Situation in Beziehung zu setzen. Die Therapiegruppe dient während dieser Zeit sowohl als Korrektiv und Übungsfeld für das Sozial- und Konfliktverhalten als auch als tragfähiges Netz mit unterstützender Funktion. Der Wahrnehmung, Förderung und Erprobung von Kompetenzen kommt in dieser Phase besondere Bedeutung zu. Dafür stehen in der Fachklinik vielfältige Lernfelder zur Verfügung. Ziel ist es, die Abstinenzentscheidung zu bekräftigen und Kompetenzen zur suchtmittelfreien Bewältigung auch von kritischen Lebenssituationen zu fördern.

Die abschließende Phase der *Konsolidierung und Neuorientierung* ist durch eine zunehmende Außenorientierung gekennzeichnet. Die zukünftige Lebensplanung im Hinblick auf Familie, Beruf, Freizeit gewinnt an Bedeutung, die Kontakte mit der sozialen Realität spielen eine immer größere Rolle. Verbunden mit einer ersten Bilanzierung des Therapieerfolges beginnt die Umsetzung konkreter Vorhaben im Alltag. Dies betrifft beispielsweise den Umgang mit Familienangehörigen, FreundInnen und Kolleginnen, die Bewältigung risikoreicher Situationen, Wohnungssuche oder das Erkunden von Freizeitmöglichkeiten. Hinsichtlich der beruflichen Situation werden bei Bedarf weiterführende Reha-Maßnahmen eingeleitet, Kontakte zum Arbeitgeber aufgenommen oder die Belastungserprobung im Rahmen einer Probearbeitswoche oder eines Praktikums durchgeführt.

Schließlich gewinnt mit verpflichtenden, regelmäßigen Besuchen von Selbsthilfegruppen mit dem Ziel einer festen Einbindung in das Selbsthilfesystem oder der Planung einer Weiterbehandlung die Zeit nach der Therapie an Bedeutung. Die Ablösung von der Therapiegruppe und den Therapeutinnen ist besonders vor dem Hintergrund intensiver gemeinsamer Erfahrungen eine wichtige Voraussetzung, um in die neue Lebensphase eintreten zu können. Entsprechend wird einer bewussten Gestaltung des Abschieds und des Neuanfangs große Bedeutung beigemessen.

8.5 Therapeutisches Angebot

Der überwiegende Teil der therapeutischen Arbeit wie die Gruppentherapie, die Bewegungstherapie und die Ergotherapie, findet in der Zusammensetzung der Wohngruppe statt. Jede Gruppe wird von einer Mitarbeiterin als Bezugstherapeutin begleitet, die für die Gruppentherapie und die Einzeltherapie zuständig ist. In den Gruppentherapiesitzungen wird sie von einer Co-Therapeutin unterstützt. Jede der im therapeutischen Prozess mitwirkenden Berufsgruppen leistet einen spezifischen und notwendigen Beitrag zum Behandlungsziel. Durch Transparenz des Therapieprozesses und durch interdisziplinäre Zusammenarbeit wird für die Patientinnen das Zusammenwirken der einzelnen Therapieangebote im gesamten Behandlungskonzept nachvollziehbar.

8.5.1 Medizinische Therapie

Der leitende Arzt und sein Stellvertreter sind für den Gesamtverlauf der Rehabilitationsmaßnahme verantwortlich. Sie planen und koordinieren die Behandlung in Absprache mit den therapeutischen Mitarbeiterinnen.

Die medizinische Behandlung umfasst die diagnostische Abklärung und Behandlung sowohl der Begleit- und Folgeerkrankungen als auch der während der Behandlung auftretenden interkurrenten Gesundheitsstörungen. Im Einzelfall werden externe Fachärzte oder klinische Fachambulanzen hinzugezogen. Bei Bedarf wird eine medikamenten- oder akupunkturgestützte Entgiftung durchgeführt.

Ziel der medizinischen Therapie ist neben der eigentlichen Behandlung ebenso die Veränderung bisheriger Einstellungs- und Verhaltensmuster im Hinblick auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit. So kann beispielsweise der Zusammenhang zwischen Beschwerden (Kopfschmerzen) und Stressbewältigungsverhalten thematisiert werden, das bisherige Verhalten (Schmerzmitteleinnahme) problematisiert werden und neue Verhaltensweisen zur Behebung der Beschwerden (z.B. Einsatz eines aktiven Entspannungsverfahrens) angeregt werden.

Als alternative Behandlungsmittel werden Formen der Hydrotherapie (Kneippsche Anwendungen, medizinische Bäder, Sauna), Entspannungsverfahren, Sondergymnastik, Fußreflexzonenbehandlung sowie Akupunktur eingesetzt. Insbesondere zur Linderung der Entzugssymptome, zur Harmonisierung der Körperfunktionen, zur Rückfallprophylaxe und zur Stabilisierung nach einem Rückfall hat sich der Einsatz von Akupunktur bewährt.

8.5.2 Einzeltherapie

Die Einzelgespräche werden von der zuständigen Bezugstherapeutin geführt und dienen zunächst dem Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung als Grundlage der therapeutischen Arbeit. Zu Beginn der Behandlung werden in den Einzelgesprächen Sozial- und Suchtanamnesen erhoben, die psychosoziale Diagnostik erstellt sowie wesentliche Fragen der bevorstehenden Therapie geklärt. Ebenso findet hier eine Klärung der allgemeinen Lebenssituation im Hinblick auf Partnerschaft, Schuldenregulierung, Wohnsituation, berufliche Situation etc. statt. Im weiteren Verlauf der Behandlung dienen Verlaufsgespräche der Bilanzierung des Therapieverlaufs und der weiteren Therapieplanung. Die Bezugstherapeutin steht auch für Krisengespräche zur Verfügung.

8.5.3 Gruppentherapie

Der überwiegende Teil der therapeutischen Behandlung findet in der Zusammensetzung der Wohngruppe statt. Dabei bildet die dreimal wöchentlich stattfindende Gruppentherapie das Kernstück der Behandlung. Die Gruppentherapie wird von der Bezugstherapeutin und einer Co-Therapeutin geleitet.

Die Gruppen sind offen, entsprechend befinden sich die Patientinnen in unterschiedlichen Stadien der Therapie, sei es im Stadium des Ankommens und der Orientierung, der tieferen therapeutischen Auseinandersetzung mit ihrer Lebensgeschichte oder der Neuorientierung und des Abschiednehmens. So können die unterschiedlichen therapeutischen Erfahrungen und Entwicklungsschritte der einzelnen Patientinnen im therapeutischen Prozess genutzt werden. Insbesondere die Aneignung sozialer Kompetenzen wird so ermöglicht und erleichtert.

Das Vorgehen in der Gruppentherapie orientiert sich an dem Konzept von Yalom (1974) und an dem interaktionellen Vorgehen von Heigl-Evers (1995). Darüber hinaus findet je nach Ausbildung der Mitarbeiterin ein spezielles Therapieverfahren Anwendung, genannt seien hier Gestalttherapie, Psychodrama sowie analytisch orientierte Gruppentherapieverfahren.

Ein Schwerpunkt der Gruppentherapie ist die Auseinandersetzung mit der persönlichen Lebensgeschichte und der darin verwobenen Suchtgeschichte. Die Resonanz der Gruppenmitglieder und Therapeutinnen auf die Lebensgeschichte des Einzelnen ermöglichen heilsame Solidaritätserfahrungen ebenso wie kritische Anmerkungen zu Lebenseinstellungen und Lebensstil.

In der Wohngruppe werden in der Regel die charakteristischen und zum Teil pathologischen Beziehungsmuster des Einzelnen re-inszeniert. Im Rahmen der Gruppentherapie werden diese Muster sichtbar gemacht und damit einer Veränderung im Sinne einer korrigierenden Wiederholung der Familiengeschichte zugänglich. Dabei bilden die Möglichkeiten der Erprobung neuer Verhaltensweisen in der Wohngruppe in Verbindung mit entsprechenden Rückmeldungen auf das eigene Verhalten wichtige Schritte zur Veränderung.

Auf der Basis konfliktzentrierter Vorgehensweisen findet eine Konfrontation mit dem individuellen Abwehr- und Vermeidungsverhalten in Bezug auf Konsum und Abhängigkeit statt; die Therapiegruppe übernimmt hier häufig die Funktion sozialer Kontrolle.

Erlebniszentrierte Interventionen wie gemeinsame Projekte, Ausflüge oder Feste dienen der Förderung der Gruppenkohäsion und helfen, Isolationstendenzen entgegenzuwirken und Erfahrungen von Gemeinschaftserlebnissen zu ermöglichen.

Das Anfertigen von Wochenberichten dient sowohl der Reflexion der eigenen Entwicklung innerhalb des therapeutischen Prozesses als auch der Überprüfung von Vorsätzen und deren Umsetzung. Dies dient insbesondere der Förderung der Eigenverantwortung für den therapeutischen Prozess.

8.5.4 Ergo- und Gestaltungstherapie

Ergotherapie und Gestaltungstherapie haben als gemeinsames Element die Auseinandersetzung mit einem Material, unterscheiden sich aber in ihren Zielsetzungen.

Die **Ergotherapie** in der Fachklinik wird verstanden als eine sinn- und zweckgebundene Tätigkeit zur Reaktivierung und Resozialisierung, die über verschiedene Materialien (z.B. Ton, Speckstein, Papier) und bestimmte Aufgabenstellungen neue Erfahrungen ermöglicht.

Angestrebte Ziele sind unter anderem

- Aktivierung von Ressourcen, Förderung von Stärken und Fähigkeiten, Steigerung des Selbstwertgefühls
- Entwicklung von Freude am kreativen Gestalten
- Wecken von Spontaneität und Flexibilität in freier, spielerischer Tätigkeit
- Wandlung eines blockierenden perfektionistischen Eigenanspruchs mit Neigung zur Objekt-, Eigen- oder Fremdadwertung hin zu einer Würdigung der eigenen Leistung
- Erhöhung der Frustrationstoleranz, Akzeptanz der eigenen Begrenztheit
- Förderung von Ausdauer, Genauigkeit und Konzentration
- Umgang mit Maßhalten und das richtige Maß finden.

Beim Erstellen von *Gemeinschaftsarbeiten* liegt der Schwerpunkt auf gruppenspezifischen Prozessen und deren Bearbeitung (Czerny 1992). Dabei werden Entscheidungsprozesse und Rollendifferenzierung bei der Planung und Durchführung des Arbeitsvorhabens ebenso wie Konflikt- und Lösungsstrategien des Einzelnen deutlich und bearbeitbar. Ziel ist die Förderung von Korrespondenzprozessen durch Kooperation, Verständnis und Einfühlung in den anderen sowie die Gestaltung von Beziehungen.

Durch **Gestaltungstherapie** als Ausdruck der Persönlichkeit mit bildnerischen Mitteln (Bieniek 1982) wird sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Ausdrucksfähigkeit der Patientinnen gefördert. Mit gestalterischen Mitteln können intra- und interpsychische Prozesse, Bilder, Phantasien oder Konflikte einen Ausdruck finden und damit einer Bearbeitung und Lösung zugänglich werden. Alle gestaltungstherapeutischen Arbeiten werden abschließend reflektierend verbalisiert. Im Schutz der Symbolsprache kann sich die Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin entwickeln. Das gestaltete Produkt kann zeitweise die Funktion eines Hilfs-Ich übernehmen, indem es nicht verbalisierungsfähigen Inhalten zum Ausdruck verhilft. Dies kann besonders für traumatisierte Patientinnen unterstützend wirken.

Die *freie Collagengestaltung* bedient sich des reichen Text- und Bildmaterials aus Printmedien und konfrontiert die Patientinnen sowohl mit der Werbung für ihr Suchtmittel als auch mit bewussten und unbewussten Symbolen, die Sehnsüchte oder lebensgeschichtliche Problematiken veranschaulichen können. Im Zerschneiden und Zerreißen, Verzerren und Entfremden des

Materials können "böse" Objektinternalisierungen ausgedrückt und befreit werden. Mit der Suche nach neuen Symbolen und Symbolzusammenhängen wird ein kreativer Prozess der Wandlung eingeleitet.

Das *Mandala-Malen* im Sinne C. G. Jungs (Fincher 1992) ist ein meditatives Malen eigener, sich individuell entwickelnder Mandalas, deren Kreis das Selbst und deren Inhalt die Dynamik der Seele widerspiegelt. C.-G. Jung bezeichnet das Mandala-Malen als eine spirituelle Tätigkeit im Sinne eines Versuches, zur eigenen Selbstmitte und zur Ganzheit zu gelangen. Der Entstehungsprozess wird mit Entspannungsmusik begleitet.

Imaginationen und Tagtraumtechniken sind oft auf die Zukunft und auf das Überschreiten von Raum und Zeit ausgerichtet. In dem damit verbundenen Beleben von Gefühlen wie Hoffnung und Zuversicht liegt ein spezifisches Heilungsmoment (Kast 1988). Die Imaginationen werden im Rahmen der Gestaltungstherapie mit einer Entspannung eingeleitet. Im Anschluss an die Imaginationen werden die erlebten Bilder oder Phantasien durch Malen oder Modellieren zur weiteren Reflexion der Realität sichtbar oder greifbar gemacht.

8.5.5 Bewegungs- und Entspannungstherapie

Ausgehend davon, dass Körper und Psyche eine Einheit bilden, sich wechselseitig beeinflussen und voneinander abhängig sind, liegt der Schwerpunkt der bewegungstherapeutischen Arbeit auf der (Wieder-) Aneignung häufig verlorengangener Erlebnis- und Ausdrucksqualitäten. Dies umfasst vor allem die Bereiche der Wahrnehmungsfähigkeit, der Ausdrucksfähigkeit sowie der Leistungsfähigkeit. Die Bewegungstherapie bietet dafür ein breites Repertoire an Methoden und Techniken:

- Verbesserung der Kondition und Erweiterung des Bewegungspotentials durch Gymnastik, Lauf- und Sportspiele
- Nutzung der stressreduzierenden und antidepressiven Effekte eines richtig dosierten Ausdauertrainings im Rahmen einer Laufgruppe. Dies führt insbesondere bei depressiv gestimmten Patientinnen zu einer deutlichen Verbesserung des Selbstbildes (van der Mei 1997)
- Förderung der Geschicklichkeit und Fähigkeit zur Kooperation durch "new games" sowie den Umgang mit unterschiedlichen Materialien
- Wahrnehmungsförderung einzelner Sinne und deren Koordination durch funktionale Bewegungsübungen
- Förderung der Wahrnehmung, des Ausdruck und der Integration emotionaler Impulse, z.B. durch Bewegungspantomimen
- Kreativitätsförderung durch bewegungstherapeutische Gestaltung wie Legen eines Körperbildes oder Entwickeln einer Bewegungsübung
- Verdeutlichung und Bearbeitung der Gruppendynamik durch Partnerarbeit und Vertrauensübungen
- Vermittlung und Einüben spannungsregulierender Übungen aus der Atemtherapie, Stretching, Rückenschulung und Progressive Muskelentspannung nach Jakobson.

8.5.6 Themenzentrierte Gruppenangebote

Ziel der themenzentrierten Gruppenangebote ist, auf der Grundlage des Konzeptes der themenzentrierten Interaktion (Cohn 1984) die kognitive Auseinandersetzung mit der Abhängigkeitserkrankung zu fördern. Inhalt sind sowohl Informationsvermittlung als auch Austausch über Abhängigkeitserkrankungen und deren Folgeerscheinungen. Dies umfasst die Themenbereiche Suchtentwicklung einschließlich der psychischen, sozialen und körperlichen Auswirkungen, Beziehungsstörungen und Co-Abhängigkeit sowie Suchtverlagerung. Medizinische Infor-

mationen über Begleiterkrankungen und gesunde Lebensweise sind ebenso Inhalt der themenzentrierten Angebote.

Einen besonderen Stellenwert innerhalb der themenzentrierten Gruppenangebote hat die Rückfallprävention (Watzl 1989). Sie umfasst in der Fachklinik folgende Elemente:

- Information über die Bedeutung von Rückfällen im Krankheitsverlauf
- Analyse zurückliegender Rückfälle und deren Bewältigung
- Erarbeitung individueller Risikosituationen (Klein 1995)
- Sensibilisierung für das Rückfallrisiko durch Selbstbeobachtung
- Erstellung eines Rückfallvertrages
- Einüben von Notfallmaßnahmen für den Fall eines drohenden oder eingetretenen Rückfalls.

8.5.7 Geschlechtsspezifische Gruppenangebote

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher männlicher und weiblicher Sozialisationsbedingungen sowie entsprechend unterschiedlicher Verläufe und Ausprägungen der Abhängigkeitserkrankung bieten geschlechtsspezifische Gruppenangebote die Möglichkeit, Themen zu bearbeiten, die in gemischtgeschlechtlichen Gruppen nur schwer zugänglich sind. Dies gilt insbesondere für Fragen der Selbstwahrnehmung als Mann oder Frau, des Umgangs mit Sexualität sowie der Auswirkungen der Abhängigkeit auf die Sexualität. Auch die Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Faktoren, die zur Suchtmittleinnahme geführt haben, ist häufig mit Scham verbunden. Insbesondere für Frauen bedarf es häufig eines sicheren Rahmens, um über Gewalt- und Missbrauchserfahrungen in ihrer scham- und angstbesetzten Dimension sprechen zu können. In der Fachklinik kann indikativ eine Frauen- oder Männergruppe besucht werden. Abhängig von der Belegungssituation besteht die Möglichkeit, eine Therapiegruppe ausschließlich für Frauen einzurichten.

8.5.8 Rückfallbehandlung

Im STZ werden Rückfälle als mitunter notwendige Schritte von der kurzfristigen Symptomfreiheit hin zur Strukturveränderung verstanden. Entsprechend können rückfällig gewordene Patientinnen im Rahmen einer Rückfallbehandlung weiter behandelt werden. Ziel ist es, den Patientinnen Gelegenheit zu geben, ihren Rückfall zu verstehen und zu bewältigen. Voraussetzung ist, dass die Patientinnen Verantwortung für ihre Rückfälligkeit übernehmen, indem sie den Rückfall von sich aus mitteilen und eine Weiterbehandlung wünschen. Wiederholte Rückfälle werden als ein Zeichen gewertet, dass zum jetzigen Zeitpunkt die stationäre Therapie nicht erfolversprechend ist. Die Rückfallbehandlung ist eingebettet in ein Konzept allgemeiner Rückfallprävention (s.o.).

Die wesentlichen Elemente der Rückfallbehandlung in der Fachklinik sind

- Analyse des Rückfallgeschehens mittels eines Rückfallprotokolls,
- Erarbeitung der auslösenden inneren und äußeren Faktoren,
- kognitive Verarbeitung des Abstinenzverletzungseffektes,
- Stärkung der Kompetenzen zur Rückfallvermeidung sowie
- Bekräftigung des Abstinenzwunsches gegenüber Patientinnen und Therapeutinnen.

5.5.9 Angehörigenarbeit

Für alle Patientinnen, die in einer Partnerschaft oder Familie leben, stellt eine stationäre Behandlung einen tiefen Einschnitt nicht nur für sie selbst, sondern ebenso für ihre Familien oder Partnerschaften dar. Dies besonders vor dem Hintergrund, dass etwa ein Fünftel der PartnerInnen ebenfalls eine Suchtproblematik aufweisen (Simon 1995). Entsprechend sinnvoll ist es,

die PartnerInnen weitgehend in die stationäre Therapie mit ein zu beziehen. Die Familie oder Partnerschaft ist in der Regel geprägt durch die Abhängigkeitsgeschichte mit häufig unverarbeiteten wechselseitigen Kränkungen. Sowohl die Patientinnen als auch die PartnerInnen bedürfen der Klärung ihrer Rollen und der Vorbereitung auf die Veränderungen, die die Abstinenz des Partners in ihrem Familiensystem bewirken wird. Dies umfasst sowohl die Thematisierung co-abhängigen Verhaltens als auch den Umgang mit befürchteten oder bereits eingetretenen Rückfällen. Darüber hinaus benötigen die Angehörigen häufig Informationen über die Abhängigkeitserkrankung, deren Ausprägung und Folgen sowie über Struktur und Inhalte der Behandlung.

In Partnergesprächen, Einzelgesprächen und therapiebegleitenden Gruppengesprächen im Rahmen einer Angehörigengruppe haben Paare die Gelegenheit, eine Neugestaltung ihrer Beziehung zu beginnen. Im Einzelfall werden auch Gespräche mit Angehörigen oder nahestehenden Bezugspersonen geführt. Insbesondere bei der Angehörigengruppe hat sich der transaktionale Ansatz (Steiner 1971, Berne 1967) bewährt.

Die regionalisierte Arbeitsweise ermöglicht die Beibehaltung regelmäßiger Kontakte durch Besuche von Freunden und Familienangehörigen in der Fachklinik. Insbesondere für Mütter oder Väter besteht die Möglichkeit der Übernachtung ihrer Kinder am Wochenende zur Aufrechterhaltung und Intensivierung der Eltern-Kind-Beziehung.

Über die Behandlung hinaus ist häufig eine Motivierung für eine weitergehende Paar- oder Familientherapie im Anschluss an die stationäre Behandlung angezeigt.

8.5.10 Sucht und Arbeitswelt

Für die Patientinnen, die in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, wird die Gruppe *Sucht und Arbeitswelt* angeboten. Inhalte dieser Gruppe sind:

- die Auseinandersetzung mit abhängigkeitsfördernden Arbeitsbedingungen,
- eine Ist-Analyse und Erfahrungsaustausch über die betriebliche Praxis im Umgang mit Suchtmittelgefährdeten und – abhängigen,
- betriebliche Reaktionen und Co-Alkoholismus,
- Ziele und Inhalte innerbetrieblicher Hilfesysteme,
- arbeitsrechtliche Fragen,
- individuelle Probleme bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz sowie
- eine Belastungserprobung (Probearbeit).

Die Belastungserprobung mit bis zu 5 Probearbeitstagen dient der Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern und Kollegen mit dem Ziel, Schwellenängste abzubauen und einen realistischen Eindruck von der bevorstehenden Situation am Arbeitsplatz zu erhalten.

In regelmäßigen Abständen finden Seminare mit Betriebsangehörigen statt, zu denen die Patientinnen wichtige Kontaktpersonen aus ihrem Arbeitsfeld einladen. In Form einer Seminarveranstaltung geben wir eine Einführung in das Krankheitsbild, bieten Gelegenheit zum Erfahrungsaustausch und informieren über die Möglichkeiten betrieblicher Hilfen. Im Einzelfall wird gemeinsam mit Vorgesetzten, Betriebs- und Personalräten die individuelle Situation des einzelnen Patienten betrachtet und mögliche notwendige Veränderungen eingeleitet.

8.5.11 Arbeitslosengruppe

Für arbeitslose Patientinnen wird eine *Arbeitslosengruppe* angeboten mit dem Ziel einer beruflichen Neuorientierung. Nach ausführlicher Bestandsaufnahme der schulischen und berufli-

chen Ausbildungssituation des Einzelnen werden zunächst angemessene und sinnvolle berufliche Ziele erarbeitet sowie deren Umsetzungsmöglichkeiten erörtert. Die Umsetzung wird durch verbindliche Vereinbarungen im Hinblick auf konkrete Schritte unterstützt. Verpflichtend ist der Besuch des Arbeitsamtes und die Kontaktaufnahme zu einer Arbeitslosen-Initiative. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit eines einwöchigen Praktikums zur Arbeitserprobung, um Schwellenängste abzubauen und sich der Arbeitswelt zu nähern.

8.5.12 Soziales Training

Besonders dann, wenn sich im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung eine zunehmende soziale Desintegration entwickelt hat, kommt dem (Wieder-) Erwerb sozialer Kompetenzen eine erhebliche Bedeutung zu. Die Übernahme von Aufgaben der Selbstorganisation sind dabei Übungsfelder für die spätere Bewältigung sozialer Aufgaben. Im Vordergrund steht dabei der Gewinn an Zuversicht und Selbstvertrauen durch die Bewältigung konkreter sozialer Aufgaben. Je nach Art der Aufgabenstellung werden ebenso Kontaktfähigkeit wie Durchsetzungsvermögen gefordert und gefördert. Milieuthérapeutisch wirksame Versammlungen zur Begrüßung und Verabschiedung von Patientinnen sowie zur Regelung des Klinikalltags bieten einen Rahmen, innerhalb dessen soziale Kompetenzen erprobt werden können.

Im Rahmen von regelmäßiger Mitarbeit im Wäscherei-, Küchen- und Reinigungsbereich werden unterschiedliche Formen alltagsbezogener Leistungserprobung ermöglicht. Dies dient der Förderung von Prinzipien der Mitbeteiligung, Selbstversorgung und Eigenständigkeit.

Die Übernahme sozialer Regeln und Normen kann infolge der Bindung an Patientinnen, Therapeutinnen sowie die Therapiekultur innerhalb der Fachklinik durch Internalisierungsprozesse und Modelllernen stattfinden. Eine differenzierte Haus- und Therapieordnung sowie eine klare Tagesstruktur bieten dabei sowohl Orientierung und Sicherheit als auch Ansatzfläche für Auseinandersetzung und Widerstand. Dies wird im therapeutischen Prozess nutzbar gemacht. In wöchentlichen selbstorganisierten Gruppensitzungen werden die Belange des alltäglichen Zusammenlebens geregelt. Hier bietet sich ein Übungsfeld zur Konfliktbewältigung und zur Erprobung sozialer Kompetenzen in dem geschützten Rahmen der Wohngruppe.

8.5.13 Angebote mit Projektcharakter

Über einen Zeitraum von sechs bis acht Wochen können die Patientinnen an einem Projekt teilnehmen. Zu nennen seien hier

- das Gartenprojekt: Gestaltung und Pflege des Blumengartens.
- das Hühnerprojekt: Versorgung und Pflege der hauseigenen Hühner.
- das Fahrradprojekt: Reparatur, Instandhaltung und Verleih von Fahrrädern, Planung und Durchführung von Radtouren.
- das Caféprojekt: Gestaltung des Cafébereichs, Cafébetrieb für Patientinnen und Gäste der Fachklinik am Wochenende.
- das Fotoprojekt: Grundbegriffe des Fotografierens und Entwickelns, Motivsuche, Ausstellung der Ergebnisse.
- das Kanuprojekt: Wartung und Pflege der Kanus, kleinere und größere Kanutouren.
- Ziel der Projektarbeit ist es, Interessen und Fähigkeiten (wieder) zu entdecken, den Erlebnishorizont zu erweitern und neue Formen der Freizeitgestaltung zu entwickeln. Je nach Projekt bieten sich unterschiedliche Anforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten:
- arbeitstherapeutische Aspekte: Durch die teilweise Angleichung an Arbeitsbezüge (Fahrradprojekt, Caféprojekt) werden Möglichkeiten der Annäherung an reale Arbeitsbedingungen geschaffen.

- Soziales Training: Mit der Übernahme von Verantwortung werden Fähigkeiten wie Teamarbeit, Zuverlässigkeit und Durchhaltevermögen gefördert. Besonders im Caféprojekt kann der Abbau sozialer Ängste in geschütztem Rahmen trainiert werden.
- Aktivitätsförderung: Insbesondere das Kanu-, das Foto- und das Fahrradprojekt bieten zahlreiche Möglichkeiten, den eigenen Radius zu erweitern und sich die Umgebung aktiv zu erschließen.
- Kreativitätsförderung: Sowohl unter gestalterischen als auch unter ökonomischen Gesichtspunkten (Umgang mit knappen Ressourcen) bieten sich in jedem Projekt zahlreiche Entfaltungsspielräume. So wird im Fotoprojekt speziell die Feinmotorik (Kameraeinstellung, Film- und Bildentwicklung) sowie die Wahrnehmungsfähigkeit (Objektauswahl) gefördert.

8.5.14 Sinnfindungsgruppe

Im Rahmen dieses indikativen Gruppenangebotes ist Raum für die Beschäftigung mit Fragen nach dem Sinn des eigenen Lebens unter spirituellen Gesichtspunkten. Dies kann Fragen nach der religiösen Orientierung umfassen, aber auch Fragen nach der Bewältigung der persönlichen Vergangenheit unter Aspekten von Schuld, Scham und Wiedergutmachung oder Fragen nach dem Umgang mit schweren Folgeerkrankungen. Ausgangspunkt sind das Erleben und die aktuellen Fragestellungen der Patientinnen, die sich im Prozess der Abstinenzentscheidung und der damit verbundenen Neuorientierung einstellen. Neben dem persönlichen Gespräch gibt es die Möglichkeit zur Stille oder zur Meditation.

8.6 Wochenplan der Fachklinik (Änderungen vorbehalten)

Zeit	Montag					Dienstag					Mittwoch					Donnerstag					Freitag									
	2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5		2	3	4	5						
08.30	HA	G	G	Bw			Ga	Bw	Ga	HA			HA					HA	GA				HA	GA				HA	GA	
10.00																														
10.30	HA	(Team/Supervision)																												
12.00																														
13.30	G	GT	BW	G																										
15.00																														
15.30	Projekte					Frauengruppe Männergruppe (ab 6/99)					Themenzentrierte Gruppen					Themenzentrierte Gruppen														
17.00	16.45 - 18.00 Laufgruppe															13.45 Forum (Team)														
19.00	Partner- und Angehörigengruppe Freizeitangebote					Klienten-Forum Freizeitangebote					18.30 STZ-Führung für Interessierte Freizeitangebote					Freizeitangebote														
22.30																Freizeitangebote														

Bw = Bewegungstherapie ET = Einzeltherapie G = Gruppentherapie Ga = Soziales Training, Gruppe allein GT = Ergo-/Gestaltungstherapie
 HA = Hausarbeit + Tischdienst E = Entspannung ① Wochenend-HA im wöchentlichen Wechsel nach Plan ② GT-Ausweichtermin, wenn Gr. 2 HA
 hat. Freizeitangebote: Werken, Sport, Sauna nach Plan Fußreflexzonenbehandlung nach Vereinbarung

9 Teilstationäre Entlassphase in der Fachklinik

9.1 Rahmenbedingungen

Die ersten sechs Monate nach Entlassung aus einer stationären Therapie stellen erfahrungsgemäß die Zeit des größten Rückfallrisikos dar. Die Mehrzahl der Rückfälle ereignen sich beim Übergang vom stationären Behandlungssystem in den Alltag (Körkel und Lauer 1995). Dies gilt besonders für Patientinnen mit besonders hohem Rückfallrisiko. Umgekehrt bilden Katamneseuntersuchungen zufolge Patientinnen, die die ersten Monate nach einer Behandlung abstinent bleiben, die stabilste Gruppe. In der Konsequenz bedeutet dies vor allem, die Stadtlage der Fachklinik zur Gestaltung des Übergangs zwischen Fachklinik und Alltag zu nutzen und einen Transfer des Therapieerfolgs in den Alltag zu ermöglichen.

Innerhalb der teilstationären Entlassphase können Patientinnen unter alltagsnahen Bedingungen den Transfer ihrer therapeutischen Erfahrungen erproben. Die teilstationäre Entlassphase ist im Rahmen der Gesamtdauer Bestandteil des stationären Aufenthalts in der Fachklinik. Über einen Zeitraum von maximal 6 Wochen verbleiben die Patientinnen in ihrer Therapiegruppe und nehmen am regulären Therapieprogramm der Fachklinik teil. Die Zeit zwischen Programmende und Programmanfang des nächsten Tages sowie die Wochenenden verbringen sie in ihrer häuslichen Umgebung.

Erweist sich das teilstationäre Setting als Überforderung oder als hinderlich für den therapeutischen Prozess, kann die Therapie jederzeit wieder stationär weitergeführt werden. Nach Abschluss der teilstationären Behandlung ist bei therapeutischer Notwendigkeit eine Weiterbehandlung im Rahmen der ambulanten Rehabilitation möglich. Die teilstationäre Entlassphase befindet sich in der Erprobung. Die Erfahrungen im Hinblick auf die Zielgruppe, die Ziele und die Behandlungserfolge werden sorgfältig dokumentiert und ausgewertet.

9.2 Zielgruppe

Die teilstationäre Entlassphase ist ein Angebot für Patientinnen der Fachklinik, die einen strukturierten Übergang in ihren Alltag benötigen. Voraussetzung für die teilstationäre Entlassphase ist, dass die therapeutischen Prozesse im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit der Lebensgeschichte weitgehend abgeschlossen und integriert sind. Weiterhin sollte ein ausreichendes Maß an Integration und Rückhalt in der Wohngruppe vorhanden sein, sodass weder Ausgrenzungsaspekte noch Vermeidung interpersoneller Konflikte befürchtet werden müssen. Dies beinhaltet insbesondere die Fähigkeit und Bereitschaft, die Erfahrungen in ihrer Lebenswelt im Rahmen der Gruppentherapie einzubringen und sich selbstkritisch damit auseinanderzusetzen. Schließlich sollten die Wohnverhältnisse ausreichend stabil sein, der Anfahrtsweg sollte eine zumutbare Länge haben.

9.3 Ziele der teilstationären Entlassphase

Die erheblich autonomere Gestaltung des Tages- und Wochenendablaufs stellt eine weitgehende Annäherung an Belastungen des Alltags dar und geht mit erhöhten Anforderungen an die Eigenaktivität und die Selbstverantwortung einher. Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 2.3) gewinnen folgende Zielsetzungen entsprechend an Bedeutung:

- Sicherung und Stabilisierung des Therapieerfolgs durch alltagsnahe Überprüfung von Vorhaben
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitsüberzeugung durch die Selbstversicherung eigener Fähigkeiten

- Wahrnehmung und Bewertung von Veränderungen im sozialen Umfeld, die mit der Abstinenzentscheidung zusammenhängen
- Umgang mit Risikosituationen und einer damit verbundenen Rückfallgefährdung unter realitätsgerechten Bedingungen mit dem Ziel, Risikosituationen zu erkennen und abstinenzbewältigen
- Erkundung regionaler Hilfesysteme wie Selbsthilfegruppen oder der zuständigen Beratungsstelle. Dies dient insbesondere der ersten Kontaktaufnahme und dem Abbau von Schwellenängsten.
- Aufnahme von Freizeitaktivitäten. Das kann von Anknüpfen an frühere Erfahrungen bis hin zur Entwicklung neuer Formen der Freizeitgestaltung reichen. Dabei auftauchende soziale Ängste oder Rückzugstendenzen können im Rahmen der Gruppentherapie aufgegriffen und bearbeitet werden.

10 Ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung in der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL

10.1 Rahmenbedingungen

Die ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung ist ein Angebot sowohl für Patientinnen aller Abteilungen des STZ als auch anderer regionaler Fachkliniken. Die ambulante Rehabilitation findet im Rahmen der Beratungs- und Behandlungsstelle DIE HUMMEL statt.

Grundlage dieses Angebotes ist die Erfahrung, dass die ersten Wochen und Monate nach der Entlassung aus (teil-) stationärer Behandlung für die meisten Patientinnen mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden sind. Im allgemeinen erfolgt die Kontaktaufnahme durch die Patientinnen schon während der (teil-) stationären Behandlung im Rahmen der Rehabilitations - Sprechstunde. Ziel des Erstgespräches ist es, Bedingungen zu schaffen, die einen Beginn der Behandlung direkt nach der Entlassung ermöglichen. Wenn Patientinnen bereits kurz nach der Entlassung und vor Beginn der ambulanten Behandlung rückfällig geworden sind, erfolgt eine Klärung, ob eine ambulante Behandlung erfolgversprechend ist. Anderenfalls erfolgt eine Vermittlung in eine Entgiftung oder eine allgemeine Betreuung durch eine Beratungsstelle.

10.2 Zielgruppe

Die ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung ist ein Angebot für PatientInnen nach einer (teil-) stationären Rehabilitation.

Voraussetzungen für eine ambulante Anschlussbehandlung sind ein hinreichend stabiles Umfeld (fester Wohnsitz, gesicherter Lebensunterhalt) sowie weiter anhaltende Abstinenz.

10.3 Ziele der ambulanten Rehabilitation als Anschlussbehandlung

Neben den übergeordneten Rehabilitationszielen (s. Kap. 2.3) hat die ambulante Rehabilitation als Anschlussbehandlung folgende Zielsetzungen:

- Fortführung der in der (teil-) stationären Behandlung begonnenen Entwicklungsschritte
- Stabilisierung der Abstinenz unter Alltagsbedingungen
- Rückfallprävention und Rückfallbehandlung
- Erproben und Umsetzen neuer Verhaltensweisen im Alltag
- Wiedereingliederung in den Alltag
- Unterstützung bei der beruflichen Rehabilitation

10.4 Behandlungsverlauf

Zur Vorbereitung auf die Aufnahme in die wöchentlich stattfindende Therapiegruppe dienen anfängliche Einzelgespräche. Die Behandlung verläuft unter den gleichen Bedingungen wie die in Kap. 7 dargestellte ambulante Rehabilitation als Einzelmaßnahme. Ebenso stehen sämtliche begleitenden Angebote zur Verfügung. Nach 4 Monaten erfolgt eine Klärung, ob eine Verlängerung um weitere 6 Monate indiziert ist. Die Maßnahme kann insgesamt bis zu 12 Monaten dauern.

11 Übergreifende Angebote

Für alle Patientinnen des STZ besteht die Möglichkeit, diverse übergreifende Gruppenangebote zu besuchen. Um auch Berufstätigen die Teilnahme zu ermöglichen, finden sie zum Teil in den Abendstunden, zum Teil am Wochenende statt. Die übergreifenden Angebote werden entsprechend der Teilnahme der Patientinnen von Mitarbeiterinnen aus den verschiedenen Abteilungen durchgeführt.

Laufgruppe

Unter fachlicher Anleitung wird in der HUMMEL ein wöchentliches Lauftraining angeboten, in dem sowohl funktionelle Aspekte als auch Aspekte der Leistungssteigerung Berücksichtigung finden. Aus therapeutischer Sicht führen insbesondere die stressreduzierenden und antidepressiven Effekte eines richtig dosierten Lauftrainings zu einer deutlichen Verbesserung des Selbstbildes (van der Mei 1997).

Café in der Fachklinik

Das Projekt der Fachklinik ist an Wochenenden für alle Besucherinnen geöffnet. Neben Getränken und Kuchen gibt es die Möglichkeit, sich über die Fachklinik zu informieren.

Café in der HUMMEL

An Werktagen steht das Café den BesucherInnen der HUMMEL offen. Es stellt einen Treffpunkt mit diversen Angeboten dar:

- Spiele (Tischtennis, Billard, Dart, Tischfußball)
- wechselnde Freizeitprogramme (Kochen, Dia-Schau)
- Bibliothek mit einer Auswahl an Fach- und Unterhaltungsliteratur sowie Zeitungen und Zeitschriften
- verschiedene Getränke- und Speisenangebote

Ambulante, akupunkturgestützte Entgiftung und Stabilisierung in der HUMMEL

Täglich von Montag bis Freitag können alle STZ-Patientinnen ohne Voranmeldung an diesem Programm teilnehmen, um sich zu entspannen, den Suchtdruck zu mindern und besser schlafen zu können.

Tabakentwöhnung in der HUMMEL

Das Programm "Rauchfrei in 10 Schritten" wird regelmäßig angeboten.

Vorträge, Veranstaltungen, Gesprächsgruppen

Zu unterschiedlichen Themen finden sowohl in der *Fachklinik* als auch in der *HUMMEL* Informations- und Diskussionsveranstaltungen statt. In Zusammenarbeit mit dem örtlichen Gemeindepastor gibt es das Angebot einer Gesprächsgruppe mit dem Titel "Sinn statt Sucht".

Seminare zu spezifischen Fragestellungen

Über einen bestimmten Zeitraum werden regelmäßig Seminare zu spezifischen Fragestellungen angeboten. Die Seminare finden entweder am Abend oder am Wochenende statt. Die Gruppen sind geschlossen; die Anmeldung kann nach einem Vorgespräch erfolgen. Die Themen variieren nach Bedarf. Zu nennen seien hier

- Umgang mit Depressionen
- Angstbewältigung
- Selbstbehauptungstraining
- Positives Erleben, Genussstraining
- [Rückfallpräventionstraining](#).

Kulturelle Veranstaltungen

In unregelmäßigen Abständen wird für Interessierte ein gemeinsamer Besuch einer kulturellen Veranstaltung angeboten (Kabarett, Theater, Musik). Durch eine enge Kooperation mit dem Deutschen Schauspielhaus ist es möglich, regelmäßig Stücke des aktuellen Spielplans zu Sonderkonditionen zu besuchen.

12 Ausblick

Jede Einrichtung, die sich mit der Gesundheit von Menschen oder der Verminderung von Leid beschäftigt, ist einem beständigen Veränderungsprozess unterworfen. Ohne Veränderung gibt es keine Entwicklung, ohne Entwicklung keine Heilung. Seit der Gründung im Jahr 1972 haben im STZ unterschiedliche Konzepte und Methoden der Behandlung abhängiger Menschen Eingang gefunden, wurden erprobt und mitunter verändert. Erinnert sei an dieser Stelle an die damals bundesweit einmalige Konzeption des Ambulatoriums, das in der Zeit von 1972 bis 1975 weitgehend verwirklicht werden konnte, aber aufgrund von Veränderungen der Rechtsnormen nicht mehr finanzierbar war.

In der Form *des* Integrierten Konzepts erfährt das Ambulatorium nunmehr eine konsequente Weiterentwicklung und nachfolgende Würdigung der damaligen zentralen Prinzipien wie

- konsequente Anwendung des Individualitätsprinzips, d.h. Ausmaß und Schwere der Erkrankung sollten Dauer und Inhalt der Maßnahme bestimmen,
- Schaffung eines Gesamtkonzepts mit absoluter Durchlässigkeit der sonst institutionell getrennten Glieder einer Therapiekette wie Beratungsstelle, Krankenhaus, Fachklinik.

Vor diesem Hintergrund stellt das Integrierte Konzept keinen einmaligen, statischen Entwurf dar, sondern eine Momentaufnahme innerhalb eines beständigen Veränderungs- und Erneuerungsprozesses. So werden wir auch weiterhin von den Patientinnen lernen, uns von Kolleginnen inspirieren lassen und unsere Angebote durch Begleitforschung überprüfen lassen, um sie den aktuellen Anforderungen anpassen zu können.

Oberste Maxime wird dabei immer die Orientierung an den Menschen sein, die in der Bewältigung ihrer Erkrankung auf professionelle Unterstützung angewiesen sind und unseren Respekt verdienen.

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. Jost Fischer
Leitender Arzt

Dr. Johanne Feldkamp
Leiterin der Beratungs- und
Behandlungsstelle DIE HUMMEL

STZ: Ambulante Beratungs- und Behandlungsstelle mit Café DIE HUMMEL
Am Hehsel 40, 22339 Hamburg
fon 040 / 538 10 38
fax 040 / 538 75 57
hummel.stz@martha-stiftung.de

STZ: FACHKLINIK
Hummelsbütteler Hauptstr. 15, 22339 Hamburg
fon 040 / 538 07 7 – 0
fax 040 / 538 07 7 – 61
fachklinik.stz@martha-stiftung.de

STZ: TAGESKLINIK
Hummelsbütteler Hauptstr. 15, 22339 Hamburg
fon 040 / 538 99 3 – 0
fax 040 / 538 99 3 – 11
tagesklinik.stz@martha-stiftung.de

13 Literatur

- Baltes, P.B. (1979): Entwicklungspsychologie unter dem Aspekt der ganzen Lebensspanne. In: Montada, L. (Hrsg.): *Brennpunkte der Entwicklungspsychologie* (S. 49-62). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesdrucksache 7/ 4200 (1975): *Bericht über die Lage der Psychiatrie, Psychiatrie-Enquête* Berne, E. (1967): *Spiele der Erwachsenen*. Reinbek: Rowohlt.
- Bieniek, E. (1982): *Psychotherapie mit gestalterischen Mitteln*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Buber, M. (1973): *Das dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Cohn, R. C. (1984): *Von der Psychoanalyse zur themenzentrierten Interaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Czerny, M. (1992): *Gruppendynamik und Gestaltungstherapie im Verständnis der analytischen Psychologie*. Stuttgart: Deutscher Arbeitskreis Gestaltungstherapie.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.)(1991): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10*. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Filipp, H.S. (Hrsg.) (1981): *Kritische Lebensereignisse*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Fincher, S. (1992): *Mandala-Malen, Der Weg zum eigenen Zentrum*. Braunschweig: Auum.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F. (1994): *Psychotherapie im Wandel von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Havighurst, R.J. (1963): *Dominant concerns in the life*. In: Schenk-Danziger, L.: *Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Heigl, F., Schultze-Dierbach, E., Heigl-Evers, A. (1994): Die Bedeutung des psychoanalytisch-interaktionellen Prinzips für die Sozialisation des Suchtkranken. In: Bilitzka, K. W. (Hrsg.) : *Suchttherapie und Sozialtherapie* (S. 230-249). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. (1980): *Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytisch orientierten Suchtkranken-Therapie*. In: Sozialtherapie in der Praxis: Psychoanalytisch orientierte Suchtkrankentherapie. Kassel
- (Hrsg.). (1995): *Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität*. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hollstein, Helmut (1996): Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigen. In: Delbrück, H., Haupt, E. (Hrsg.): *Rehabilitationsmedizin* (S. 549-582). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Kaemmerling, H. (1986): Magie des Trinkens. Ein psychologisches Modell der Alkoholabhängigkeit. *Zeitschrift für Transaktionsanalyse in Theorie und Praxis*. Band 2/1986.
- Kast, V. (1988): *Imaginationen als Raum der Freiheit*. Zürich: Walter.
- Klein, M., Funke, J., Funke, W., Scheller, R. (1995): Hochrisikosituationen für den Alkoholrückfall: Theorie und Klassifikation. In: Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.): *Sucht und Rückfall* (S. 38-51). Stuttgart: Enke.
- Kielstein, V. (1996): Besonderheiten der ambulanten/ tagesklinischen Behandlung von Alkoholkranken. In: Buchkremer, Martin: *Sucht. Grundlagen. Beratung. Therapie* (S. 276-280). Stuttgart: G. Fischer.
- Körkel, J. (1993): *Mit dem Rückfall leben*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Lauer, G. (1995): Rückfälle Alkoholabhängiger: ein Überblick über neuere Forschungsergebnisse und Trends. In: Körkel, J., Lauer, G., Scheller, R. (Hrsg.): *Sucht und Rückfall* (S. 158-185). Stuttgart: Enke.
- Krystal, H. & Raskin, H.A. (1983): *Drogensucht. Aspekte der Ichfunktion*. Göttingen: Hogrefe.
- Küfner, H. (1997): Behandlungsfaktoren bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit. In: Watzl, H. & Rockstroh, B. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Missbrauch von Alkohol und Drogen*. Göttingen: Hogrefe.
- Mentzos, S. (1988): *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt: Fischer.

- Merleau-Ponty, M. (1966): *Phänomenologie der Wahrnehmung*. Berlin: De Gruyter.
- Oerter, R. (1987): Der ökologische Ansatz. In: Oerter, R., Montada, L. (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie* (S. 86-128). München-Weinheim: Psychologische Verlags-Union.
- Petzold, H. (1988): *Integrative Leib- und Bewegungstherapie*. Paderborn: Junfermann.
- (1992): *Integrative Therapie. Ausgewählte Werke, Bd. II/2: Klinische Theorie*. Paderborn: Junfermann.
- Prochaska, J., DiClemente, C, Norcross, J. (1997): *Jetzt fange ich neu an*. München: Knauer.
- Rost, W. D. (1994): *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rutter, M. (1988): *Studies of psychosocial risks: the power of longitudinal data*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schlegel, L. (1984): *Die Transaktionale Analyse*. München: OTB Neue Reihe
- Schneider, R. (1997): Zur Flexibilisierung von Suchttherapie. *Sucht aktuell 1-2/97*, S. 11-16
- Schottenloher, G. (1983): *Kunst- und Gestaltungstherapie in der pädagogischen Praxis*. München: Don Bosco.
- Simon, R. (1995): Jahresstatistik der professionellen Suchtkrankenhilfe. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren. *Jahrbuch Sucht*. Geeesthacht: Neuland.
- Steiner, G.M. (1971): *Games Alcoholics Play*. New York: Ballantine.
- van der Mei, S.H., Petzold, H.G., Bosscher, R.J. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression - ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie 3/1997*, S. 374-429.
- Watzl, H.R., Cohen, R. (Hrsg.) (1989): *Rückfall und Rückfallprophylaxe*. Berlin: Springer.
- Yalom, I. (1974): *Gruppenpsychotherapie*. München: Kindler.
- Zemlin, U. (1995): Indikationskriterien für ambulante und/ oder stationäre Therapie. *Sucht aktuell 3/ 95*. S. 15-24.