

Therapieplanung und Indikationsentscheidungen in einem kombinierten stationär-ambulanten Behandlungsmodell

Gabriele Knauf, Claudia Adams, Marita Kaiser-Klute

Einleitung

Das Modellprojekt „Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation“ (ISAR), das seit 1998 als ein weiteres Behandlungsangebot der Fachklinik Eußerthal realisiert wird, verbindet stationäre und ambulante Therapie und medizinische und berufliche Rehabilitation (Knauf, Eichenlaub, 1999). Diagnostik, Therapieplanung und –durchführung liegen dabei in einer Hand. Ein Bezugstherapeut begleitet den Patienten vom Anfang der stationären Phase bis zum Abschluß der ambulanten Phase.

Im Folgenden wird zuerst das Modellprojekt kurz skizziert, danach das Modell der Indikationsentscheidungen innerhalb der integrierten stationär-ambulanten Behandlung erläutert. Abschließend werden anhand von 2 Fallbeispielen ausgewählte Indikationsentscheidungen innerhalb des 4 Ebenen umfassenden Modells dargestellt.

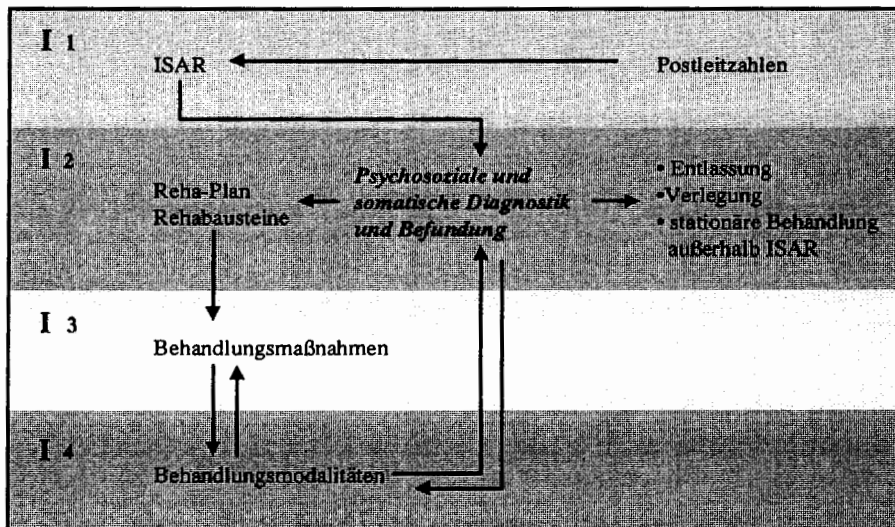
1. Das Modellprojekt „Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation“ (ISAR)

Teilnehmer des Modells sind Patienten, die aus der Region Pfalz in die Fachklinik kommen. Bereits bei Aufnahme werden die Patienten entsprechend der 4 Arbeitsamtsbezirke Landau, Ludwigshafen, Kaiserslautern und Pirmasens einer stationären Therapiegruppe zugeordnet. An eine stationäre Phase von durchschnittlich 12 Wochen schließt sich eine 26-wöchige ambulante Therapiephase an. Die Patienten kennen sich untereinander, die Kontinuität wird weiterhin durch den Bezugstherapeuten gewahrt. In der ambulanten Phase werden die Patienten in den regionalen Fachambulanzen betreut. Das ambulante Angebot besteht aus Einzelgesprächen, Gruppensitzungen, Angehörigenarbeit und einem Angebot für arbeitslose Patienten im Rahmen unseres beruflichen Orientierungsseminars für Suchtkranke (BOSS), das schon im letzten Drittel der stationären Phase beginnt (Knauf et al, 1999). Neben der Betreuung in den Fachambulanzen finden sich die Patienten auch einmal innerhalb von 4 Wochen zu einem 2-tägigen Intensivseminar in der Klinik ein.

2. Das Modell der Indikationsentscheidungen innerhalb der „Integrierten stationär-ambulanten Rehabilitation“ (ISAR)

Die Behandlung im Modellprojekt wird nach dem Konzept der „Individuellen Therapieplanung“ (Knauf, 1992) durchgeführt. Sie erfordert entsprechend komplexe Indikationsentscheidungen. Ein Modell verdeutlicht die verschiedenen Ebenen, auf denen diese Entscheidungen getroffen werden (s. Abb. 1).

Abb. 1: Indikationsentscheidungen in ISAR



2.1 Indikationsebene 1 – I 1

Die erste Entscheidungsebene ist die der Zuweisung zum Rehabilitationsprogramm. Zuweisungskriterium ist die Herkunftsregion des Patienten. Eine Ausnahme bilden Patienten, die aufgrund der Vorbefunde wegen einer zusätzlichen Angststörung, Depression, somatoformen Störung oder Traumatisierungsstörung der psychosomatischen Abteilung der Fachklinik zugewiesen werden.

2.2 Indikationsebene 2 – I 2

Mit der Zuweisung des Patienten zum Rehabilitationsprogramm kommt die zweite Indikationsebene zum Tragen. Die psychosoziale und somatische Diagnostik und Befundung, die in der Eingangsphase erhoben wird, bildet die Grundlage für die beiden Entscheidungen auf dieser Ebene.

Die erste Indikationsentscheidung betrifft das Vorliegen möglicher Kontraindikationen. Liegt eine solche vor, mündet die Behandlung ggf. in eine vorzeitige Entlassung, in die Verlegung in eine andere Einrichtung (z.B. ein soziotherapeutisches Heim) oder in eine Behandlung außerhalb von ISAR.

Die zweite Entscheidung, die auf Indikationsebene 2 getroffen wird, betrifft die Erstellung des individuellen Reha-Planes. Der Reha-Plan umfaßt die Reha-Bausteine, aus denen die ISAR-Behandlung bestehen kann. Neben dem stationären und ambulanten Behandlungsteil kann der individuelle Reha-Plan die Bausteine *Probebehandlung*, *Adaptionsmaßnahme*, *Unterbringung im betreuten Wohnen* oder *Unterbringung in einem soziotherapeutischen Heim* beinhalten. Als *Probebehandlung* wird die explizite Definition eines Teils der Behandlung als Probe-phase verstanden, in deren Verlauf eine Entscheidung über den weiteren Verbleib des Patienten im Reha-Programm getroffen wird. Eine *Adaptionsmaßnahme* kann zwischen stationärer und ambulanter Behandlungsphase stattfinden. Sie kann sowohl innerhalb einer der beiden integrierten Adaptionseinrichtungen der Fachklinik Eüberthal stattfinden als auch extern. Die ambulante Behandlungsphase kann auch aus der Unterbringung in einer Einrichtung zum *Betreuten Wohnen* heraus stattfinden.

Im Verlauf der Behandlung kann der Reha-Plan aufgrund der Ergebnisse der prozessualen Diagnostik immer wieder modifiziert werden. Die Behandlungsführung wird im Sinne einer adaptiven Therapieplanung verstanden.

2.3 Indikationsebene 3 – I 3

Die Planung der Behandlung entlang der Reha-Bausteine leitet über in die 3. Indikationsebene, die der indikativen Behandlungsmaßnahmen. Die Behandlungsmaßnahmen der Fachklinik Eußertal können in die 4 Bereiche der sozialen, der psychischen, der körperlich-medizinischen und der suchtbezogenen indikativen Behandlungsmaßnahmen aufgliedert werden (s. Abb. 2).

Neben bereits im Suchtbereich etablierten bietet die Fachklinik Eußertal auch spezielle Maßnahmen an, wie z.B. die *kooperative Arbeits- und Berufsberatung* (Knauf, 1996) oder das *berufliche Orientierungsseminar für Suchtkranke* (Knauf et al, 1999). Zusammenfassend differenzieren sich die indikativen Behandlungsmaßnahmen also aus den Reha-Bausteinen und zugrundeliegenden Befunden heraus. Auch hier können im zeitlichen Verlauf im Sinne einer prozessualen Diagnostik und Therapieplanung immer wieder Korrekturen stattfinden.


Abb. 2: I 3 Indikative Behandlungsmaßnahmen

<p>sozial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kooperative Arbeits- und Berufsberatung • Berufliches Orientierungsseminar für Suchtkranke • Arbeitstherapie • Klinische Kreativtherapie • Freizeit aktiv • Sozialberatung und -vermittlung • Training des Umgangs mit Geld • Angehörigenseminar und -gespräche • zusätzliche Angehörigenbesuche • Paargespräche • Heimfahrten (Sonderheimfahrten) • Gespräche mit Arbeitgebern 	<p>körperlich</p> <ul style="list-style-type: none"> • medizinische Behandlung • physikalische Therapie • Waldlauf, Terraintraining • Körpertherapie • Gesundheitsinformation • Alkohol- und Laborkontrollen • Hygienetraining
<p>psychisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lebensbilanzübung • Lebenspanorama • Selbstsicherheitstraining • Entspannungsverfahren (Autogenes Training) • Selbstversorgungsaufgaben 	<p>Sucht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suchtinformation • Suchtpanorama • Raucherentwöhnung • Rückfallprophylaxe • Rückfallritual • kurzfristige stationäre Wiederaufnahme

2.4 Indikationsebene 4 – I 4

Die Behandlungsmodalitäten auf der 4. Indikationsebene beinhalten die Ausdifferenzierung der therapeutischen Arbeit nach Stil, Form, Frequenz, Intensität der Nutzung und Zielsetzung (s. Abb.3).

Abb. 3: I 4 Therapeutische Modalitäten

 <ul style="list-style-type: none"> • Konflikt- und Traumazentriert aufdeckend • Selbstwertstützend und -fördernd • Problembewußtseinsfördernd • Ressourcenorientiert • Motivationsstützend und -fördernd • Angstreduzierend • Konflikt- und Abgrenzungsfähigkeit fördernd • Soziale Kompetenzen fördernd • Kontakt- und Beziehungsfähigkeit fördernd • Wahrnehmungsfähigkeit fördernd • Ausdrucksfähigkeit fördernd • Identitätsgefühl stabilisierend und fördernd • Impulskontrolle stabilisierend und fördernd • Sinn- und Wertorientierung fördernd und stabilisierend • Wertumorientierung fördernd • Selbstfürsorge und Selbstbelohnungsfähigkeit fördernd • Selbstständigkeitsfördernd

Innerhalb der Settings Einzeltherapie, Gruppentherapie und Angehörigenarbeit werden die verschiedenen Problembereiche und Themen des Patienten mit unterschiedlicher therapeutischer Schwerpunktsetzung behandelt. Die einzelnen Themen können z.B. eher konflikt- und traumazentriert aufdeckend bearbeitet werden, Selbstwertförderung kann im Mittelpunkt stehen, Problembewußtseinsförderung etc. Auf Indikationsebene 4 können auch z.B. Frequenz oder Intensität der Nutzung der Settings an die Voraussetzungen des Patienten angepaßt werden. Die beobachtete Entwicklung des Patienten im Behandlungsverlauf modifiziert die Wahl der entsprechenden Modalitäten.

3 Kasuistik

Anhand zweier Fallbeispiele werden im Folgenden ausgewählte Indikationsentscheidungen dargestellt. Es handelt sich um zwei ISAR-Behandlungen, die beide regulär beendet wurden.

3.1 Herr P., 38 Jahre alt

I 1 – Zuweisung

ISAR Landau

Diagnosen und Befunde:

Müßten Befunde und Diagnosen mit einer Überschrift versehen werden, so hieß sie in diesem Fall: „Schweres Kaliber“.

Schon allein die Diagnose Persönlichkeitsstörung mit narzißtischen und antisozialen Anteilen ist nicht „von schlechten Eltern“.

Ihr folgt auch noch eine Suchtdoppeldiagnose Alkoholismus- und Distraneurin-Abhängigkeit mit 25 Entgiftungen, 2 stationären Entwöhnungsbehandlungen und 12 Monaten Maßregelvollzug. Zudem hatte der Patient wegen Diebstahl, Betrug und Gewaltdelikten die Institution Gefängnis „genossen“. Entsprechend mündete Herrn Ps Karriere im sozialen Abstieg. Zeitweise lebte der Patient im Pennermilieu, zuletzt war er wohnhaft im sozialen Brennpunkt.

I 2 – Rehaplan und -bausteine

Herr P. wurde im Ergebnis der Diagnostikphase als *Probebehandler* deklariert. Grund hierfür waren vor allem seine massiven Schwierigkeiten, sich in die stationäre Gruppe und die Behandlungsbedingungen einzuordnen. Regeln zu akzeptieren, Beziehungen auch nur annähernd sozial verträglich zu gestalten, aggressive Impulse unter Kontrolle zu halten – all das war für Herrn P. eine „Zumutung“. Schläge androhen war z.B. sein vorrangiges Mittel der Konfliktlösung. Ein Problem sah Herr P. in seinem Verhalten nicht – Probleme hatten nur die anderen.

Die Entscheidung dann, eine *stationäre Behandlungszeit von 16 Wochen* mit anschließender *ambulanter Weiterbehandlung*, also *ISAR* sei indiziert und erfolgversprechend, konnte erst spät getroffen werden. Zuvor stand Herr P. schon „auf der Kippe“. Die Probebehandlung war als gescheitert deklariert worden. In der Folge stand Entlassung an. Diese Mitteilung setzte ungeahnte Kräfte frei. Der Patient begann, um seine Behandlung zu kämpfen. Er bemühte sich jetzt um Integration. Vor allem aber entwickelte er glaubwürdig ein, gemessen an seinen begrenzten Möglichkeiten, gutes Maß an Problembewußtsein.

Keine Adaption.

Diese Entscheidung war vorrangig durch die Tatsache bestimmt, daß eine Motivation des Patienten für unsere integrierte, natürlich auch nicht für eine externe

Adaptionsmaßnahme zu erhalten war. Die berufliche und soziale Desintegration hatte zwar deutlich die Indikation für diesen Behandlungsbaustein angezeigt. Herr P. jedoch zog es vor, möglichst schnell mit seiner neuen Partnerin zusammen zu ziehen. Er hatte seine eigenen Vorstellungen von sozialer Integration.

I 3, I 4 – Maßnahmen und Modalitäten

Im stationären Behandlungsteil waren an oberster Stelle *problembewußtseinsfördernde Therapiegespräche* indiziert.

Dann *therapeutische Hilfestellung im Bereich der Impulskontrolle*.

Desweiteren *Selbstwertförderung* und *langsamer Aufbau von Kontakt- und Beziehungsfähigkeit*.

Behandlungsmaßnahmen wie z.B. die kooperative Arbeits- und Berufsberatung und das *berufliche Orientierungsseminar BOSS*, stärkten die Hoffnungen des Patienten, sich beruflich wieder bewähren zu können und damit sein Selbstwertgefühl.

Auch *Angehörigenseminar und -gespräche* wurden verstärkt eingesetzt.

Herr P. hatte in seiner Herkunftsfamilie und Verwandtschaft einen „Scherbenhaufen“ hinterlassen. Er hatte das Gegenteil von dem betrieben, was das „mächtige Familienoberhaupt“, der Vater, von seinem Sohn erwartete. Hier in der Klinik zeigte sich dieser Vater dann in seiner ganzen destruktiven Wirkung. Er war seinem Sohn nicht unähnlich. Vater P. wertete seinen Sprößling vernichtend ab. Aber – Herr P. hielt Stand. Aus den Begegnungen ging der Patient nicht zerschlagen, sondern im Selbstwert gestärkt hervor.

Paargespräche waren im stationären Behandlungsteil zwar indiziert, leider aber nicht möglich. Der Patient verheimlichte zuerst seine Beziehung zu einer Mitpatientin und ließ dann niemanden, selbstverständlich vor allem keine Therapeuten in diese Beziehung hinein.

Ganz anders in der Ambulanz:

Problembewußtseinsförderung tritt hier als Modalität zurück. Herr P. thematisiert überdeutlich, was ihn bewegt und vor allem auch ängstigt. Angst vor Rückfall trieb den Patienten um. Auch die Angst, seine Partnerin durch deren Rückfälligkeit zu verlieren, war unmittelbar Thema.

Paargespräche waren nicht nur indiziert, sondern jetzt sogar von beiden Partnern gewünscht. Später wurde auch eine Indikation für die gemeinsame Behandlung der beiden in einer Therapiegruppe gestellt. Beziehungsprobleme wurden jetzt öffentlich verhandelt, vor allem aber aktiv und ohne Scheu eingebracht.

Impulskontrolle konnte Herr P. in der Ambulanz erheblich verbessert praktizieren. Er war nach einem kurzen Ausbruch seiner Gefühle recht schnell imstande, sich zu beruhigen, sich zu entschuldigen und zu einer konstruktiven Lösung zu finden.

Die *selbstwertfördernde Modalität* tritt dagegen in den Vordergrund, vor allem als den Patienten in seiner Alltagsbewältigung und Problemlösung bestätigenden Art und Weise. Zur Selbstwertsteigerung trug auch der Erfolg der *berufsfördernden Behandlungsmaßnahmen* bei. Nach nur knapp 3 Wochen Betriebspraktikum wird der Patient von seiner Firma übernommen. Er steigt später sogar zum Vorarbeiter auf.

Dann bezieht Herr P. eine „ordentliche“ *Wohnung*, bemüht sich erfolgreich um seinen *Führerschein* und beginnt, *Schulden* abzubauen.

Besonders wichtig waren aber auch Maßnahmen zur sozialen Integration in Richtung der Herkunftsfamilie. Auf *Heimfahrten* konfrontierte Herr P. sich mit seiner Mutter, gegen die er gewalttätig geworden war sowie Schwester und Schwager, - ihnen hatte er die Wohnung zusammengeschlagen. Aussöhnung und Annäherung konnten erreicht werden.

3.2 Herr K., 39 Jahre alt:

I 1 – Zuweisung

ISAR Landau

Diagnosen und Befunde:

Herr K. ist ein durch langjährigen Alkoholkonsum und eine fast 15-jährige Epilepsie-Erkrankung schwerst geschädigter Patient. Im Behandlungsvorfeld war Herr K. nicht als cerebrally abgebaut erkannt worden. Man hatte ihn als unmotiviert eingeschätzt, hielt eine stationäre Behandlung für nicht indiziert. Erst ein zweiter Antrag führte zum Erfolg.

Herr K. war hier in der Klinik sofort extrem auffällig. Er bedurfte einer engen Führung und Betreuung, vor allem wegen seiner Vergeßlichkeit, Unselbständigkeit und Ängstlichkeit. Herr K. hatte praktisch Angst vor allem. Er nervte Mitpatienten und Personal durch ständiges Fragen, – es waren im übrigen immer die selben Fragen. Erhebliche Hygieneprobleme waren sichtbar und riechbar.

Aber, Herr K. brachte glaubwürdig auf einfachste Art Abstinenzmotivation zum Ausdruck.

I 2 – Rehaplan und -bausteine

Eine *Probebehandlung* von maximal 8 Wochen sollte jetzt zeigen, ob unter den Rahmenbedingungen der Klinik eine Behandlung des Patienten überhaupt möglich war. Ein spezielles Programm wurde gezimmert, eine enge *angstreduzierende* und in langsamsten Schritten *selbstständigkeitsfördernde* Betreuung angesetzt. Die Therapeutin übernahm die Rolle der Eltern, die beide, obwohl schon recht alt, bisher für Herrn K. alles geregelt hatten. Der Patient hatte in seinem gesamten Leben übrigens noch nie das Elternhaus verlassen.

Enge *Kooperation mit den Eltern* war nötig, da Herr K. sich immer wieder bei ihnen vergewisserte, ob richtig sei, was die Therapeutin sagte.

In der Probebehandlung machte Herr K. Fortschritte. Er war auch in der Gruppe tragbar, zumindest – erträglich, eine Verlegung war von daher nicht indiziert. Auch die hohe Abstinenzmotivation des Patienten, bestimmt von dem Wunsch, gesund zu werden und zu bleiben, versprach eine erfolgreiche Behandlung.

Notwendiges Ziel, so wurde schnell deutlich, war es, dafür zu sorgen, daß Herr K. nach dem Klinikaufenthalt Bedingungen vorfand, die ein seiner Behinderung gerechtes Leben möglich machten.

Folgender Behandlungsplan wurde erstellt:

Stationäre Therapie in der Fachklinik, *16 Wochen*, mit Vermittlung in eine *Werkstatt für Behinderte (WfB)*, um dem Patienten auch im Anschluß eine enge Betreuung und Förderung seines Leistungsvermögens zukommen zu lassen.

Begleitung dieses Prozesses und Neuorientierung im Alltag durch weiterführende *ambulante Behandlung ISAR*.

I 3, I 4 – Maßnahmen und Modalitäten:

In der *kooperativen Arbeits- und Berufsberatung* wurden die notwendigen Schritte für den Antrag auf Aufnahme in eine WfB festgelegt, im weiteren dann eingeleitet. In der Klinik noch wurde auch ein *Renten Antrag* gestellt.

Dann kamen Maßnahmen zum Zug wie:

Gedächtnistraining, Hygienetraining, Selbstversorgungsaufgaben, Förderung der Leistungsfähigkeit in der Arbeitstherapie, medikamentöse Einstellung, Sucht- und Gesundheitsinformation.

In der gesamten stationären Behandlung waren *therapeutischer Einzelkontakt* und *Angehörigengespräche* die zentrale Behandlungsform. Die Gruppentherapie stellte für Herrn P. eine Überforderung dar. Er erhielt ausdrücklich die Erlaubnis, dort nichts sagen zu müssen. Die Mitpatienten akzeptierten nach Aufklärung diese Tatsache ohne Probleme.

Erst in der Ambulanz gewann die *Gruppe* mehr an Bedeutung. Herr K. war jetzt imstande, den anderen von seinen Erfolgen (Arbeit in der WfB, Gespräche mit Nachbarn über Alkoholabstinenz usw.) zu berichten.

Auch im ambulanten Behandlungsteil wurde die *angstreduzierende* und *selbstständigkeitsfördernde* Arbeit fortgesetzt. Aufgaben, wie selbständiges Bus- und Zugfahren kamen hinzu. Der Patient verwaltete jetzt auch einen bestimmten Geldbetrag selbständig.

Rückmeldung über den Gesundheitszustand mittels *Laborkontrollen* förderten gezielt weiterhin die Motivation, abstinent zu bleiben. Herr K. suchte jetzt auch selbständig Hausarzt und Fachärzte auf und nahm regelmäßig seine Medikamente.

Der Patient war stolz auf seine Erfolge. Er konnte stets die genaue Anzahl seiner Abstinenzmonate und -wochen angeben. Auch den Tod seines Bruders, der ebenfalls im Elternhaus wohnte, überstand Herr K. abstinent. Der Bruder war Alkoholiker und verstarb an Lebercirrhose, während der ambulanten Behandlungszeit des Patienten.

Der für Herrn K. geschaffene Alltagsrahmen ermöglicht ihm ein relativ eigenständiges Leben. Sollten die Eltern alters- und gesundheitsbedingt nicht mehr für ihren Sohn sorgen können, wird die Werkstatt für Behinderte für einen anderen Rahmen sorgen, z.B. für die Aufnahme des Patienten in das dortige Betreute Wohnen. Diese Indikation wurde schon jetzt mit dem zuständigen Sozialpädagogen besprochen.

Literatur

- Knauf, W. (1992), Individuelle Therapieplanung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. *Sucht*, 38, 336-344.
- Knauf, W. (1996), Berufsfördernde Leistungen in der Rehabilitation Substanzabhängiger. In: *Sucht* 42, 188-192.
- Knauf, W., Eichenlaub, G., (1999), Integrierte stationär-ambulante Rehabilitation – ein Modellprojekt in der Pfalz. FV Sucht e.V. – Geesthacht: Neuland, 135-146.
- Knauf, W. et al, (1999), Berufliches Orientierungsseminar für Suchtkranke (BOSS) – spezielles Reintegrationsseminar, Eußerthal: Eigenverlag.

Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen / Fachverband Sucht e.V. - Geesthacht :
Neuland, 2000
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V.; 23)
ISBN 3-87581-201-8