

Komplementäre Maßnahmen – ein Konzept der Vernetzung von ambulanten und stationären/teilstationären Behandlungsmaßnahmen

Uwe Zemlin

1. Vorbemerkungen

Die Fachklinik Wilhelmsheim bietet in Zusammenarbeit mit den von den Rentenversicherungsträgern anerkannten ambulanten Behandlungszentren 4-wöchige stationäre, in indizierten Fällen auch teilstationäre Behandlungen an, die in eine ambulante Hauptbehandlungsstrategie eingebettet sind. Die folgenden Ausführungen stellen eine erweiterte Fassung des Therapiekonzeptes der 'Komplementären Maßnahmen' (Zemlin und Kolb, 1998) dar, das zum Heidelberger Kongreß des Fachverbandes Sucht e. V. 1998 vorgelegt und den ambulanten Behandlungsstellen als Konzept des stationären Behandlungsteiles zur Verfügung gestellt wurde.

Die „Komplementären Maßnahmen“ wurden in Kooperation mit regionalen Beratungs- und ambulanten Behandlungsstellen erarbeitet und parallel mit den hauptbelegenden Leistungsträgern, der LVA Württemberg und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, differenziert abgestimmt. Die LVA Württemberg führt seit Anfang 1998 kombinierte ambulante/stationäre Maßnahmen auf der Grundlage dieses Konzeptes mit der Fachklinik Wilhelmsheim und anerkannten ambulanten Behandlungsstellen in Württemberg durch. Die BfA hat uns vorläufig die Einzelfallprüfung entsprechender Anträge zugesagt.

2. Intention

In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zeichnen sich derzeit folgende Entwicklungen ab:

- Flexibilisierung und weitere Verkürzung der stationären Behandlung
- mehr ambulante und teilstationäre Maßnahmen
- Intervallbehandlung
- Vernetzung von ambulanten und stationären Maßnahmen
- spezifische Angebotsprofile

Unter Berücksichtigung dieser Entwicklungen soll das Angebot der 'Komplementären Maßnahmen' in Ergänzung zu der differenzierten Angebotspalette der Fachklinik die Behandlungsmöglichkeiten für *Patientinnen und Patienten* erweitern, *bei denen eine vorwiegend ambulante Rehabilitation geplant ist.*

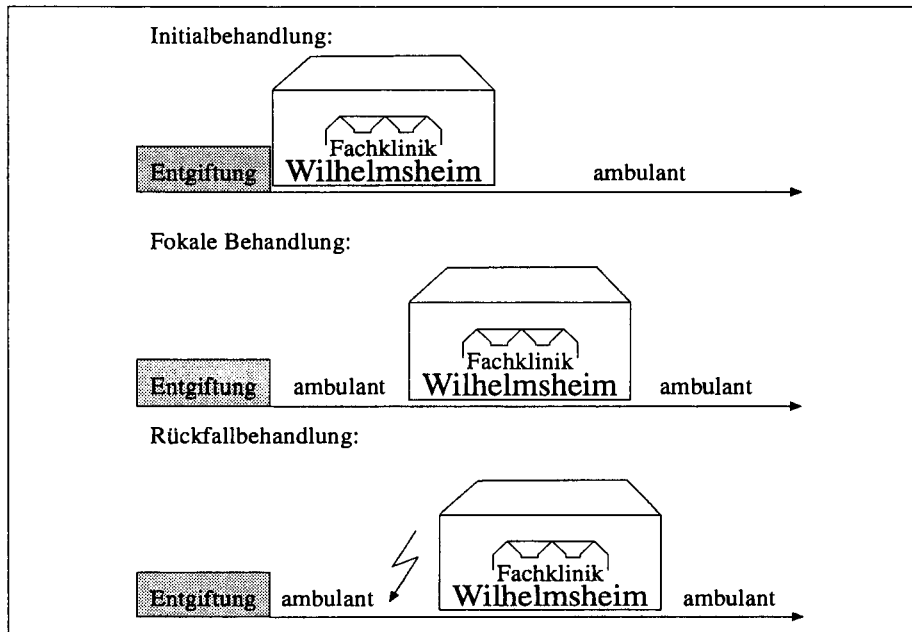
Komplementäre Maßnahmen verstehen wir als Fortsetzung unseres individualisierten Behandlungsansatzes, der eine auf die individuellen Bedürfnisse des Ein-

zefalles abgestimmte Rehabilitationsstrategie gewährleistet. Sie ermöglichen durch die flexible Vernetzung von ambulanten und stationären Behandlungsressourcen eine Kostenreduktion in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitskranken.

3. Angebotsprofile

Wir bieten 4-wöchige stationäre Behandlungen als Ergänzung und Vertiefung einer ambulanten Hauptbehandlung (vgl. Abbildung 1) in Fällen an, in denen die ausschließlich ambulante Behandlung keine ausreichende Gewähr für den Erfolg der medizinischen Rehabilitation bietet:

Abbildung 1: Komplementäre Maßnahmen im Überblick



- als *Initialbehandlung* in der Anfangsphase der Gesamtbehandlung bei bereits bestehender Integration in das ambulante Setting. Schwerpunkte dabei sind Informationen zur Abhängigkeitserkrankung, die Analyse des Suchtverhaltens, der Aufbau von Abhängigkeitsakzeptanz sowie die Förderung von Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft. Indikative Gruppenangebote sind dabei nicht vorgesehen. Eine weitere Aufgabe ist die Diagnostik und Differentialdiagnostik sozialmedizinisch und therapeutisch relevanter Begleit-

und/oder Folgeerkrankungen. Eine Initialbehandlung ist notwendig, wenn eine ambulante Behandlung erst aufgrund eines HerauslöSENS aus dem Umfeld des Suchtkranken und einer ersten Stabilisierung im stationären Setting erfolgversprechend ist.

- als *fokale Behandlung* mit definiertem Therapiefokus zu einem beliebigen Zeitpunkt im Verlauf der ambulanten Hauptbehandlung. Die fokale Behandlung gewährleistet eine für das Erreichen der Rehabilitationsziele notwendige Vertiefung von Behandlungsschwerpunkten, die sich in der ambulanten Behandlung herauskristallisiert haben, durch unser spezialisiertes indikatives Behandlungsprogramm. Außerdem kann ein paartherapeutischer Fokus gesetzt werden, z.B. durch die gleichzeitige Aufnahme suchtkranker Lebenspartner.
- als stationäre *Rückfallbehandlung* bei kurzfristiger Rückfälligkeit während der ambulanten Behandlung, die ambulant nicht ausreichend aufgefangen werden kann. Die Rückfallbewältigung wird durch spezifische indikative Gruppen (z.B. „Expositionstraining“, „Selbstsicherheit und Kontakt“, „Umgang mit Belastungen“) unterstützt.

4. Indikation

Die *selektive Indikation* für eine kombinierte ambulante-stationäre Behandlung nach dem Komplementärmodell stellt der Leistungsträger auf Antrag der Beratungsstelle. Die Behandlung richtet sich an vorwiegend ambulant behandelbare Patientinnen und Patienten,

- deren Selbstkontrollfähigkeit so weit ausgeprägt ist, daß ihnen eine vorwiegend ambulante Behandlung zugetraut werden kann,
- deren Folgeprobleme im Rahmen einer vorwiegend ambulanten Behandlung mit komplementärer stationärer Behandlung behandelbar sind,
- deren Lebensumstände eine kombinierte Behandlung ermöglichen.

Die *adaptive Indikation* für die Inanspruchnahme individualisierter psychotherapeutischer Behandlungsmaßnahmen bei der fokalen und der Rückfallbehandlung erfolgt während der ersten Behandlungstage. Ergänzend zur Rahmenbehandlung mit der obligatorischen Gruppentherapie sowie zu Einzelgesprächen werden auf Vorschlag der Beratungsstelle bestimmte indikative Maßnahmen aus dem Angebot der Fachklinik im Behandlungsplan a priori festgelegt. Sofern seitens der Fachklinik im Rahmen der Eingangsdagnostik eine vom Vorschlag der Beratungsstelle abweichende Einschätzung getroffen wird, erfolgt eine Rückkoppelung mit der Beratungsstelle. Die medizinischen Maßnahmen incl. Aufbausport und Physiotherapie sowie die adjuvanstherapeutischen Maßnahmen werden aufgrund der Eingangsdagnostik in der Fachklinik festgelegt.

Die indikativen psychotherapeutischen Maßnahmen finden jeweils dienstags und donnerstags statt. Sie umfassen i.d.R. 8 doppelstündige Sitzungen. Indikative Gruppen, die nur an einem der beiden Wochentage stattfinden, werden mit geeigneten Maßnahmen am anderen Tag kombiniert. Aus dem indikativen Programm stehen folgende Gruppen für die Komplementärmaßnahmen zur Verfügung:

Tabelle 1: indikative Gruppentherapien, die komplementären Maßnahmen zur Verfügung stehen

1. Emotionsgruppe
2. Körperwahrnehmung
3. Partnerschaft u. Sexualität
4. Denken-Fühlen-Handeln
5. Umgang mit Belastungen
6. Selbstsicherheit und Kontakt
7. Genuß und Genießen
8. Ausdauerlaufen
9. Selbsterkennen
10. Medikamentenabhängigkeit/Schmerz
11. Bewerbungstraining
12. Lebensplanung
13. Expositionstraining
zusätzlich:
14. Raucherentwöhnung/Motivation
15. Raucherentwöhnung/Training

5. Aufnahmebedingungen

- Kostenzusage des Leistungsträgers
- Indikationskriterien (s.o.) sind gewährleistet
- aussagekräftige aktuelle medizinische Befunde, insbesondere Labordaten, müssen vorliegen
- bestehende Integration in ambulante Behandlung
- Anmeldung für Initial-, fokale oder Rückfallbehandlung; bei fokaler und Rückfallbehandlung zusätzlich Angabe des Indikativgruppenschwerpunktes durch die Beratungsstelle
- frei von Suchtmitteln bzw. frei von Entzugserscheinungen

6. Therapieorganisation und Behandlungsangebote

Die Aufnahme erfolgt 14-tägig am Montag. Am Aufnahmetag findet die ärztliche Eingangsuntersuchung und die Festlegung der medizinischen incl. der sport/physiotherapeutischen Maßnahmen statt. Am gleichen Tag erfolgt ein Erstgespräch mit Anamnese durch den Bezugstherapeuten und die Festlegung des individuellen Behandlungsplanes.

Am Dienstag erfolgt die Integration in das Behandlungsprogramm gemäß Behandlungsplan, das von Montag bis Freitag stattfindet. Dazu gehören für Initialbehandlung, für fokale und Rückfallbehandlung gleichermaßen die Gruppentherapie (4 mal wöchentlich), Einzelgespräche (1–2 mal wöchentlich), Frühsport (5 mal wöchentlich), Sport/Spiele (2 mal wöchentlich), ergotherapeutische Einführungsgruppe (1 mal wöchentlich), Bereichsversammlung (1 mal wöchentlich), Selbsthilfegruppenvorstellung (1 mal wöchentlich) und die 14-tägige Gruppensite. Am Wochenende werden je nach therapeutischer Notwendigkeit bestimmte Therapieaufgaben erledigt, die auch das Lebensumfeld zuhause einschließen.

Die besondere Aufgabenstellung von Initialbehandlung, fokaler und Rückfallbehandlung spiegelt sich in den spezifischen Behandlungsmaßnahmen, die zusätzlich zur Rahmenbehandlung, bestehend aus Gruppentherapie, Einzelgesprächen und Sporttherapie angeboten werden. Diese sind:

Initialbehandlung (vgl. Abbildung 2):

- Vortragsreihe zu suchtspezifischen Themen sowie
- verhaltensmedizinische Vortragsreihe und
- Bibliothherapie

zusätzlich je nach Behandlungsplan:

- Basisgruppe (incl. Einführung in Entspannungstraining und Nachbereitung der suchtspezifischen Vorträge) oder
- Entspannungstraining oder
- ergo- bzw. kunsttherapeutische Maßnahmen nach Anforderung durch den Leistungsträger oder der Beratungsstelle:
- spezielle Diagnostik, z.B. Abklärung comorbider Störungen und Beurteilung sozialmedizinischer Fragestellungen.

Bei der Initialbehandlung stehen somit Behandlungsangebote im Vordergrund, die der Wissensvermittlung, Verhaltensanalyse, Motivierung und Strukturierung der Problemsicht dienen.

Fokale Behandlung (vgl. Abbildung 3):

- eine indikative Gruppe vormittags und
 - eine indikative Gruppe nachmittags (z.B. Entspannungstechniken) oder
 - ergo- bzw. kunsttherapeutische Maßnahmen nachmittags
- zusätzlich, wenn indiziert:

- Aufbausport oder
- verhaltensmedizinische Vortragsreihe

Die fokale Behandlung nutzt also vorrangig die variablen indikativen Behandlungsangebote der Klinik, um in der ambulanten Vorbehandlung erarbeitete Zielbereiche zu vertiefen und zu behandeln.

Abbildung 2: Beispiel eines Wochenplanes – Initialbehandlung

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport
7.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.00					
8.30					
9.00		Vortragsreihe		Vortragsreihe	
9.30	Gruppen-therapie	'Abhängigkeit'	Gruppen-therapie	'Abhängigkeit'	Gruppen-therapie
10.00		Nachbereitung		Nachbereitung	
10.30		mit Fragebogen		mit Fragebogen	
11.00			Gruppenvisite	z.B. Vortrags- reihe	
11.30			(14-tägig)	'Verhaltens- medizin'	
12.00					
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00					
13.30		Gruppen-therapie	Forum	Einzelgespräch	
14.00					Sport und Spiele
14.30	Sport und Spiele				
15.00			Ergotherapie:		
15.30		Basisgruppe mit	Malen	Basisgruppe mit	Ausarbeitungen
16.00	Einzelgespräch	Entspannungs- training	Plastizieren	Entspannungs- training	Bibliotherapie
16.30			etc.		
17.00					
17.30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18.00					
18.30					
19.00					Selbsthilfegruppe (ca. 90 Minuten)

Rückfallbehandlung (vgl. Abbildung 4):

- Indikative Gruppe „Expositionstraining“ und
 - eine weitere indikative Gruppe sowie
 - Bibliotherapie bzw. Ausarbeitungen zur Rückfallanalyse
- zusätzlich, wenn indiziert:
- Aufbausport oder
 - verhaltensmedizinische Vortragsreihe

Abbildung 3: Beispiel eines Wochenplanes – Fokale Behandlung

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport	Frühspport
7.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.00					
8.30					
9.00		Indikative Gruppe		Indikative Gruppe	
9.30	Gruppen-therapie	z.B.	Gruppen-therapie	z.B.	Gruppen-therapie
10.00		Umgang mit		Umgang mit	
10.30		Belastungen		Belastungen	
11.00			Gruppenvisite		
11.30	z.B. Raucher- entwöhnung	z.B. Aufbau- sport	(14-tägig)	z.B. Aufbau- sport	z.B. Raucher- entwöhnung
12.00					
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00					
13.30		Gruppen-therapie	Forum	Einzelgespräch	
14.00					Sport und Spiele
14.30	Sport und Spiele				
15.00		Indikative Gruppe	Ergotherapie:	Indikative Gruppe	
15.30			Malen		Ausarbeitungen
16.00	Einzelgespräch	z.B. Ent- spannung	Plastizieren	z.B. Ent- spannung	Bibliotherapie
16.30		Atem- technik	etc.	Atem- technik	
17.00					
17.30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18.00					
18.30					
19.00					Selbsthilfegruppe (ca. 90 Minuten)

Die Rückfallbehandlung konzentriert sich mit ihren Behandlungsmaßnahmen auf die Analyse von Rückfällen, die Vermittlung von Rückfallbewältigungskompetenzen und die Rückfallprophylaxe.

In der letzten Behandlungswoche finden bei allen komplementären Maßnahmen die ärztliche Abschlusssuntersuchung und das therapeutische Abschlusgespräch

statt. Dabei wird besprochen, welche anschließenden Maßnahmen im ambulanten Setting aus unserer Sicht angezeigt sind. In diesem Zusammenhang bieten wir interessierten Beratungsstellen ein gemeinsames Übergabegespräch in der Fachklinik Wilhelmsheim an, andernfalls erfolgt eine telefonische Rücksprache mit der weiterbehandelnden Beratungsstelle.

Abbildung 4: Beispiel eines Wochenplanes - Rückfallbehandlung

Zeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
7.00	Frühspor	Frühspor	Frühspor	Frühspor	Frühspor
7.30	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.00					
8.30					
9.00		Indikative Gruppe		Indikative Gruppe	
9.30	Gruppen-therapie	z. B.	Gruppen-therapie	z. B.	Gruppen-therapie
10.00		Selbstsicherheit und		Selbstsicherheit und	
10.30		Kontakt		Kontakt	
11.00			Gruppenvisite		
11.30		z. B. Aufbau-	(14-tägig)	z. B. Aufbau-	
12.00		sport		sport	
12.30	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen
13.00					
13.30		Gruppen-therapie	Forum	Einzelgespräch	
14.00					Sport und Spiele
14.30	Sport und Spiele				
15.00		Indikative Gruppe	Ergotherapie:	Indikative Gruppe	
15.30			Malen		Ausarbeitungen
16.00	Einzelgespräch	z. B. Expo- sitionstraining	Plastizieren	z. B. Expo- sitionstraining	Bibliotherapie
16.30			etc.		
17.00					
17.30	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
18.00					
18.30					
19.00					Selbsthilfegruppe (ca. 90 Minuten)

7. Kurzbeschreibung von Behandlungsbausteinen

Auf die Behandlungsmaßnahmen, die den obligatorischen Behandlungsrahmen bilden, wie z.B. Gruppentherapie, Frühspor und Basisgruppe, wird an dieser Stelle nicht eingegangen. Sie werden im Therapiekonzept der Fachklinik Wilhelmsheim beschrieben. Es sollen vor allem die Behandlungsbausteine vorgestellt werden, die die individuellen Behandlungsschwerpunkte gewährleisten.

Suchtspezifische Vortragsreihe

Folgende 8 Themen werden im Rahmen 50-minütiger Vorträge behandelt: Normales Trinken/süchtiges Trinken, Alkohol im Körper, Alkohol und Sexualität, Wirkungstrinken, Abhängigkeitsentwicklung, Therapieschritte, Medikamentenabhängigkeit, Rückfall. Die Nachbereitung erfolgt anhand didaktischer Fragebögen.

Verhaltensmedizinische Vortragsreihe

4 Vorträge zu den folgenden Themenbereichen finden statt: Körperliche Folgeschäden der Sucht, Gesunde Ernährung, Rauchen und Raucherentwöhnung, chronische Schmerzen und Bewältigungsmöglichkeiten.

Bibliotherapie

Suchtspezifische Literatur, die in der Fachklinik ausgeliehen werden kann, dient der vertieften Auseinandersetzung mit der eigenen Problematik. Dazu gehören auch Selbsthilfemanuale zu spezifischen Störungsbildern auf verhaltenstherapeutischer Grundlage. Die Rückkoppelung erfolgt sowohl über Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten als auch über die Gruppentherapie.

Emotionstraining

Durch langjährigen Suchtmittelmissbrauch werden Gefühle oft unterdrückt oder verändert. In der Abstinenz werden diese Gefühle entweder schmerzhaft deutlich spürbar oder erscheinen nur unklar und sind schwer einzuordnen.

Im Emotionstraining geht es darum, wieder einen verbesserten Zugang und eine hilfreiche Einstellung zu Gefühlen zu entwickeln. Dazu werden nach einer theoretischen Einführung insbesondere verschiedene Wahrnehmungsübungen und Phantasieübungen eingesetzt.

Körperwahrnehmung für Frauen

Körperorientierte, auf den Gruppenprozeß abgestimmte Übungen (KBT, Gestaltungstherapie, Bioenergetik) fördern gezielt die Wahrnehmung von Gefühlen und Bedürfnissen und damit größere Selbstakzeptanz. In Übungen, in denen es darum geht, eigene Interessen zu vertreten, können Patientinnen erleben, wo ihre Stärken liegen und wie sie anderen Grenzen setzen können.

Gruppengespräche greifen Themen, die sich daraus entwickeln, auf und fördern u.a. durch Konfrontation mit Fremdwahrnehmungen ein realistisches positives Selbst- und Körperbild.

Partnerschaft und Sexualität

Die Partnerschaftsgruppe stellt neben Paargesprächen, Familien- und Partnerseminaren eine Möglichkeit dar, Ursachen für Konflikte in der aktuellen Partnerschaft herauszuarbeiten und alternative interaktive Verhaltensweisen kennenzulernen.

Darüber hinaus bietet sie Unterstützung bei der Aufarbeitung zurückliegender emotional belastender Partnerschaftserfahrungen (Trennungen, Scheidungen, Gewalt).

Durch Informationsvermittlung, Selbstbeobachtung, Austausch im Gruppensetting und praktischen Übungen in Rollenspielen sowie familien- und gestalttherapeutischen Elementen können sich die Patientinnen und Patienten insbesondere mit den Bereichen Kommunikation und Sexualität in ihren Partnerschaften auseinandersetzen.

Denken – Fühlen – Handeln

Die Gruppe Denken-Fühlen-Handeln basiert auf den Grundlagen der Rational-Emotiven-Verhaltenstherapie (REVT).

REVT ist ein ganzheitlich handlungsorientierter Psychotherapieansatz mit dem Ziel emotionalen Wachstums: wir werden ermutigt, unsere Gefühle bewußt zu erleben und auszudrücken, wobei der Zusammenhang von Denken, Fühlen und Handeln betont wird. Dabei werden überschießende Gefühlszustände (z.B. Ärger, Depression, Angst, Schuld) als das Ergebnis dysfunktionaler Gedankenprozesse betrachtet. Indem wir lernen, unsere selbstschädigenden Einstellungen zu verändern, entwickeln wir größere Fähigkeiten, mit gegenwärtigen Problemen umzugehen und ein freieres, unabhängigeres und emotional befriedigenderes Leben zu führen.

Umgang mit Belastungen

Wenn man durch perfektionistische Ansprüche eingezwängt und zu sehr auf Bestätigung durch die Außenwelt angewiesen ist, übertriebene Versagensangst empfindet und/oder aus Angst vor Nachteilen Forderungen anderer nicht ablehnen kann, resultiert daraus oft eine erhebliche Stressbelastung. In der indikativen Gruppe wird solchen Grundeinstellungen und Verhaltensweisen nachgegangen, die beibehalten werden, obwohl sie deutlich destruktiv wirken. Die Patientinnen und Patienten sollen demgegenüber lernen, ihre eigenen Interessen wahrzunehmen und entlastende Einstellungs- und assertive Verhaltensalternativen erwerben, die helfen, Belastungen zu bewältigen.

Selbstsicherheit und Kontakt

Eine Indikation für diese Gruppe besteht dann, wenn entweder ein ängstlich-gemhemmtes oder ein aggressiv-überschießendes Verhalten zugunsten eines eindeutigen und verantwortungsbewußten sozialen Handelns verändert werden soll. Die Teilnehmer sollen lernen, sich Rechte zuzugestehen, diese geschickt und wirkungsvoll umzusetzen und sich dabei selbstbewußt zu erleben. Folgende Themen stehen im Vordergrund: für die eigenen Wünsche und Forderungen eintreten, übertriebene Forderungen anderer ablehnen, auf Kritik wirkungsvoll reagieren,

Gespräche beginnen und in Gang halten. Mit Hilfe von Rollenspielen werden die neuen Verhaltensweisen anhand bedeutsamer Alltagssituationen der Teilnehmer eingeübt.

Genuß und Genießen

Bei Suchtkranken hat oftmals eine Einengung der Sinneswahrnehmung und eine Einschränkung natürlichen positiven Erlebens stattgefunden. Sie erleben es dann als befreiend und bereichernd, wenn verschüttete Quellen positiven Erlebens wieder zugänglich gemacht werden können. Zwanghafte, depressive und einseitig leistungsorientierte Patientinnen und Patienten, aber auch solche mit Schmerzproblemen oder fehlender Selbstsicherheit profitieren besonders von diesem ressourcenorientierten Training positiven Erlebens, in dessen Mittelpunkt das praktische Erproben der Sinne Schmecken, Riechen, Sehen, Hören, Fühlen und Tasten steht. Neue Verstärkerquellen werden erschlossen und die Erfahrung vermittelt, daß Genießen ein legitimer und notwendiger Bereich menschlichen Erlebens ist.

Ausdauerlaufen

Die Gruppe eignet sich hauptsächlich für Personen mit negativ getöntem Selbstbild, mit Neigung zu depressiven Verstimmungen und mit überhöhtem Leistungsanspruch.

Erfahrungsgemäß werden positive Veränderungen in Selbstwahrnehmung, Einschätzung des eigenen Leistungsvermögens und der Selbstakzeptanz erreicht. Die Auflösung psychischer Spannungen während des Laufens ergibt einen sofortigen Entspannungseffekt, der selbstverstärkend wirkt und gezielt zur Spannungs- bzw. Angstreduktion eingesetzt werden kann. Bei Abhängigkeitskranken wirkt sich diese gut in das Alltagsleben integrierbare Methode emotional stabilisierend aus.

Selbsterkennen

Durch systemisches Arbeiten mit Einzelnen – gespeist von der Selbstverpflichtung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, ihre Anliegen einzubringen, werden aufbauend auf der Analyse von familialen Mustern, Rollen und Aufgaben Lösungen in solchen Kontexten gesucht.

Schmerz und Medikamente

Das übergeordnete Ziel dieser Gruppe besteht in einer Erleichterung der Integration in unser funktionales Suchtkonzept. Dabei werden Besonderheiten der manifesten oder drohenden Medikamentenabhängigkeit besprochen.

Weiterhin sind Personen mit anhaltenden bzw. immer wiederkehrenden Schmerzen angesprochen. Im Mittelpunkt stehen die Vermittlung von neurophysiologischen und psychologischen Grundlagen des Schmerzes und die Einübung von Schmerzbewältigungstechniken wie Entspannung, Aufmerksamkeitsverschiebung (Ablenkung, Fokussierung), Imagination und Modifikation von Krankheitsverhalten.

Darüber hinaus werden auch enge Zusammenhänge zwischen Schmerz, Angst und Depression und damit verbundener Mißbrauch von Medikamenten besprochen.

Bewerbungstraining

Themen im „Bewerbungstraining“ sind vor allem der bisherige berufliche Werdegang, Erfahrung mit Arbeitslosigkeit, Zusammenstellen von Bewerbungsunterlagen, Ansprechen der eigenen Abhängigkeit bei Bewerbungen, telefonische Bewerbung, Umgang mit Absagen etc.

Das Bewerbungstraining arbeitet mit Rollenspielen und Videofeedback. Ziel ist es, in Bewerbungssituationen selbstsicherer zu werden und persönliche Stärken und berufliche Erfahrungen überzeugend einzubringen.

Lebensplanung

Auswirkungen der Sucht betreffen weite Lebensbereiche, z.B. die Arbeitsstelle, soziale Kontakte, die Familie und die Freizeitgestaltung. Besonders stark chronifizierte Suchtkranke verlieren im Verlauf ihrer Abhängigkeitsentwicklung eine längerfristige Zielorientierung und fühlen sich mit der Aufgabe, ihr Leben neu zu ordnen, überfordert.

Die Aufrechterhaltung des abstinente Lebens bedarf aber einer ausgewogenen Lebenssituation. In dieser Gruppe werden die gegenwärtigen Lebensumstände analysiert, Schwierigkeiten und Möglichkeiten realistisch eingeschätzt, Wünsche sowie Erwartungen für die Zukunft entwickelt und Schritte der Umsetzung von Erkenntnissen und Anregungen im weiteren Therapieverlauf geplant.

Expositionstraining

Das Expositionstraining ist besonders bei Ängsten vor Verlangen mit übermäßiger Vermeidung und Ängsten vor der Bewertung als Alkoholiker indiziert.

Entsprechend liegt ein Schwerpunkt im Verstehen und Bewältigen von Verlangen. Psychologische und neurophysiologische Erklärungsansätze für Verlangen werden vermittelt und die Bewältigung von Verlangen mittels kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken geübt.

Ein weiterer Schwerpunkt ist der Erwerb spezifischer selbstsicherer Verhaltensweisen, z.B. flexibel und angemessen zur Abhängigkeit stehen zu können und Situationen zu bewältigen, in denen klärende und eindeutige Interaktionen gefragt sind. Bei beiden Schwerpunkten werden in-vivo-Übungen eingesetzt.

Raucherentwöhnung – Motivierungsgruppe und Trainingsgruppe

Wie Untersuchungen belegen, sind Alkoholabhängige generell weniger erfolgreich bei der Raucherentwöhnung als „Normaltrinker“. Die Raucherentwöhnung in einer Suchtfachklinik wird zusätzlich erschwert durch den Umstand, daß das soziale Leben sich innerhalb einer Majorität von Rauchern abspielt.

In einem Therapiebereich mit 24 Plätzen führen wir ein Raucherentwöhnungsprogramm durch, das eine Integration von rauchfreier Sozialumgebung, rauchfreier Wohnumgebung und kombiniertem Alkohol- und Nikotinentwöhnungsprogramm leistet. Patientinnen oder Patienten, die bezogen auf das Rauchen noch nicht ausreichend abstinenzmotiviert sind, nehmen zunächst an der Motivierungsgruppe teil. In der Trainingsgruppe erfolgt die Entwöhnung anhand eines verhal-

tenstherapeutischen Selbstkontrollprogrammes und mit Hilfe von Nikotinsubstitution mittels Pflaster.

8. Erste Erfahrungswerte

Bewilligungsverfahren

Die ambulanten und stationären Teile der kombinierten Behandlung nach dem Komplementärkonzept müssen derzeit jeweils gesondert beantragt werden. Es wird nacheinander der Anspruch auf stationäre Reha bzw. ambulante Reha – oder umgekehrt – geprüft und jeweils gesondert bewilligt. Es wird also versucht, mit dem bestehenden Instrumentarium der Bewilligung auszukommen. Das macht das Beantragungs- bzw. Bewilligungsverfahren vergleichsweise aufwendig.

Vernetzung von Behandlungskonzepten

Das hier vorliegende Konzept repräsentiert weder einen Trägerverbund, noch eine integrierte stationär-ambulante Behandlung innerhalb eines Trägers, sondern stellt eine arbeitsteilige Behandlungsorganisation dar, wobei sich die stationäre Behandlung als Ergänzung zur ambulanten Hauptstrategie versteht. Das setzt voraus, daß das stationäre Behandlungsangebot kompatibel zum jeweiligen ambulanten Ansatz ist. Wir haben bisher noch keine ausreichenden Erfahrungen, die Aufschluß darüber geben, ob sich die komplementären Maßnahmen mit einem betont psychoanalytischen bzw. tiefenpsychologischen Ansatz vertragen. Die Beratungsstellen, die bereits mit uns kooperieren, sehen hier allerdings keine Probleme.

Rehagesamtplanung

Die Frage der Rehagesamtplanung beinhaltet mehrere Fragenkomplexe:

- die Frage nach dem Case-Management,
- die selektive und adaptiven Behandlungsplanung und damit verbundene Delegationen und Arbeitsteilung
- die Abstimmung zwischen den Behandlern untereinander und dem Leistungsträger,
- die Vereinbarungen, die zwischen den beteiligten Institutionen mit dem Patienten geschlossen wurden.

Das therapeutische Casemanagement liegt im Fall der Komplementären Maßnahmen bei den Beratungsstellen, die die Behandlung bestimmter Zielbereiche an uns delegieren. Der Patient wird über diese Arbeitsteilung informiert und verpflichtet sich per Behandlungsvertrag auf diese arbeitsteilige Vorgehensweise. Dabei gilt: je mehr Struktursicherheit, d.h. je mehr Übereinstimmung über Art und Auftrag der beteiligten Behandlungsprogramme besteht, desto besser sind Abstimmungsprozesse und Vereinbarungen möglich. Deshalb haben wir uns auf eine fixe Behandlungsdauer und akzentuiert beschriebene Aufträge (Initialbehandlung, fokale Behandlung und Rückfallbehandlung) festgelegt. Wichtig sind optimierte Kommunikationsstrukturen. Eine persönliche Kontaktaufnahme zum Behandler in der

Klinik ist bereits im Vorfeld erwünscht. Übergaben sollen persönlich oder ausführlich telefonisch erfolgen.

Regionale Versorgungsstrukturen

Komplementäre Maßnahmen sind nicht auf Regionalisierung festgeschrieben, sondern eignen sich auch für größere Distanzen zwischen dem Wohnort und der stationären Behandlungseinrichtung, sofern eine gute telefonische Kommunikationsstruktur besteht. Sie erfordern allerdings eine Anerkennung als ambulante Behandlungseinrichtung seitens der PSB und profitieren von etablierten ambulanten Behandlungsstrukturen und einer gut etablierten Zusammenarbeit zwischen PSB und Klinik.

Schnittstellenproblematik, therapeutisches Rollenverständnis, Zuständigkeiten

Die Anbindung des Patienten an das ambulante Setting sollte gewährleistet sein, obwohl der Leistungsträger die dazu notwendigen ambulanten Leistungen zur Zeit nicht als Vergütungsbestand werten. Eine Initialbehandlung, die wegen einer noch nicht bestehenden Anbindung an das ambulante Setting, ambulant nicht fortgesetzt wird, ist aber wenig erfolgversprechend, so daß wir empfehlen, dann von einer Initialbehandlung Abstand zu nehmen, wenn eine Anbindung an das ambulante Setting nicht geleistet werden konnte.

Die Behandlung sollte als Gesamtbehandlung aufgefaßt werden. Konkurrenz zwischen ambulanten und stationären Behandlungsabschnitten muß verhindert werden, deshalb haben wir unsererseits bewußt ein komplementäres Rollenverständnis. Wir erfüllen einen spezialisierten Behandlungsauftrag für ein umschriebenes Klientel. Die therapeutische Beziehung dient diesem Zweck und soll die therapeutische Beziehung zum „Hauptbehandler“ nicht stören. Deshalb ist die stationäre Behandlung bewußt kurz. Kommunikationswege und -gewohnheiten sollen die komplementäre Rollenverteilung widerspiegeln. Die Patienten werden bewußt auf die ambulante Behandlung verwiesen, wenn sie Anliegen einbringen, die nicht zum Behandlungsauftrag gehören. Patienten entwickeln allerdings schnell eine „stationäre Behandlungsidentität“, vergleichen ambulante und stationäre Möglichkeiten und neigen dazu, ambulante Möglichkeiten abzuwerten, weil sie sich dort nicht so spezifisch betreut fühlen. Hier ist es wichtig eine Ablösung aus dem stationären Setting zu betreiben und auf die ambulanten Möglichkeiten hinzuweisen.

Selektive Indikation, Abgrenzung zu anderen Behandlungsangeboten

Die Kriterien für eine kombinierte Behandlung orientieren sich an der ambulanten Behandlung, lassen aber einen größeren Spielraum im Bereich der Selbstkontrollfähigkeit bzw. der Bearbeitung von spezifischen Problemfeldern, weil spezialisierte stationäre Behandlungsbausteine genutzt werden können.

Die Abgrenzung zur 8wöchigen stationären Kurzzeitbehandlung ist schwierig. Klare Indikationskriterien gibt es diesbezüglich nicht. Beide Behandlungsformen zielen auf eine ähnliche Klientel mit einer gewissen Selbstkontrollfähigkeit, geringerem Ausmaß der Chronifizierung, vergleichsweise stabilisierter Motivation und vergleichsweise noch relativ intakter sozialer Integration. Die Abgrenzung liegt

eher in pragmatischen Fragen, wie z.B. den ambulanten Behandlungsressourcen der regionalen ambulanten Beratungs- bzw. Behandlungsstelle bzw. in Effekterwartungen, die auch häufig von Therapiegruppen und Selbsthilfegruppen geprägt werden. Es macht wahrscheinlich eher Sinn, Effekterwartungen zu stützen, als sie aufwendig zu hinterfragen. Anders gesagt: wenn ein Patient, der sowohl für eine stationäre Kurzzeitbehandlungsstrategie als auch eine Komplementärbehandlung vorstellbar wäre, überzeugt davon ist, daß eine stationäre Kurzzeitbehandlung für ihn sinnvoll ist, dann sollte man ihn nicht gegen seine Überzeugung in die Komplementärbehandlung nehmen. Umgekehrt gilt dasselbe: Ein Patient, der sich von der kombinierten Behandlung nach dem Komplementärmodell Erfolg verspricht, sollte nicht zu einer Kurzzeitbehandlung „ummotiviert“ werden.

Adaptive Indikation und Behandlungsplanung

Im Vorfeld der stationären Behandlung soll bereits eine Absprache über Behandlungsziele und Schwerpunkte stattfinden, eine Art vorgeschalteter Indikationskonferenz am Telefon, die darin besteht, daß der stationäre Behandler den Entscheidungsprozeß über indikative Maßnahmen forciert bzw. mit dem ambulanten Behandler abstimmt.

Wichtig ist ein umfassendes Aufnahmegespräch am Aufnahmetag, in dem Vorschläge des ambulanten Behandlers auch bereits abgeprüft werden. Abweichende Einschätzungen hinsichtlich der geeigneten indikativen Maßnahmen sind möglich. Wir verfahren aber so, daß wir nur in gravierenden Fällen eine abweichende Indikationsentscheidung fällen. Es ist also auch viel Vertrauen in den Vorbehandler gefragt. Zusätzliche Indikationsentscheidungen über medizinische Maßnahmen fällt der Arzt in der stationären Aufnahmeuntersuchung.

Die stationäre Behandlungsdauer wurde in diesem Modell auf 4 Wochen festgeschrieben. Erste Erfahrungen deuten darauf hin, daß die Behandlungsdauer von den Patienten als zu kurz empfunden wird. Möglicherweise bewähren sich 4 Wochen bei der Initialbehandlung und der Rückfallbehandlung, während fokale Behandlungen besser 6 oder 8 Wochen dauern sollten.

Intermittierende Ereignisse und Behandlungsabbruch

Im Behandlungsprozeß können interkurrente Indikationskorrekturen notwendig werden, die auf eine Änderung des Behandlungsmodelles hinauslaufen, z.B. einer Verlängerung des stationären Behandlungsteiles. Dazu ist zunächst die Abstimmung mit dem Leistungsträger erforderlich, aber auf jeden Fall auch die Rücksprache mit dem ambulanten Behandler notwendig. Es kann sein, daß Patienten von sich aus lieber länger im stationären Setting behandelt werden wollen, um sich die ambulante Behandlung danach zu ersparen, bzw. weil sie glauben, mehr von der stationären Behandlung zu profitieren. Hier muß geprüft werden, ob es sich um eine opportunistische Entscheidung handelt (lieber etwas länger stationär als lange ambulant) oder ob es sich um verfestigte Effekterwartungen an ambulante bzw. stationäre Behandlung handelt. Prinzipiell sollte im Sinne der Einhaltung von Absprachen und der Verlässlichkeit in der Zusammenarbeit an bestehenden Ver-

einbarungen festgehalten werden, es sei denn es gibt eine deutliche therapeutisch begründete Indikation für eine längere Behandlung.

Z.B. kann bisher nicht aufgefallene Komorbidität ein zwingender Grund für Indikationsentscheidungen sein, die die bisherige Behandlungsplanung sprengen. Auch aktuelle Krisen können z.B. eine Verlängerung nötig machen.

Risikopotentiale

- Eine *Ultrakurzzeitbehandlung*, etwa als Initialbehandlung ohne ambulante Weiterbehandlung, muß möglichst ausgeschlossen werden. Entsprechenden Erwartungen von Patienten und Angehörigen muß standgehalten werden. Ein vor schnelles Einschwenken auf diese Minimallösung wäre therapeutisch kontraproduktiv. Die stationäre Kurzzeitbehandlung als gut evaluierte und erfolgreiche Behandlung soll nicht überflüssig gemacht werden. Hier fehlen noch trennscharfe Indikationskriterien zwischen zwei Behandlungsansätzen, die auf ein ähnliches Klientel abzielen.
- Eine *Minimalbehandlung bei aussichtslosen Fällen* bzw. kostengünstige Lösung bei prognostisch ungünstigen Fällen muß ebenfalls ausgeschlossen werden.
- Die Initialbehandlung eignet sich nicht als *niedrigschwellige Einstiegslösung* bei wenig änderungsmotivierten Patienten (Hauptsache, der Patient macht schon mal was), weil die Zeit für eine so verstandene Initialbehandlung zu kurz ist, um die günstigen Effekte des Peergruppeneinflusses zu nutzen.
- Nur das Gesamtpaket macht Sinn, eine *Aufsplittung* ist kontraproduktiv! Eine Genehmigung der stationären Behandlung und eine nachfolgende Nicht-Bewilligung der ambulanten Behandlung durch Leistungsträger, die mit dem Behandlungsansatz nicht so vertraut sind, hat nachteilige Effekte.
- Prinzipiell ist denkbar, daß kombinierte ambulant/stationäre Behandlungsmodelle auch *bei schwierigeren Problemlagen* greifen. Dies erfordert allerdings eine andere Form der Aufgabenteilung und eine andere Bemessung der Behandlungsdauer, als es im vorliegenden Modell der Fall ist, das auf ein eher prognostisch günstiges Klientel zielt.

Berichtswesen

Redundanz bei den Berichten ist nicht sinnvoll, es sollte eine fokussierte Version des Rehaentlassberichtes erstellt werden, um Arbeitsaufwand zu sparen. Dabei muß aber genügend Substanz für die eigenständige Bewertung des stationären Abschnittes vorhanden sein. Zwischenlösung: Die stationäre Einrichtung erstellt einen fokussierten Rehaentlaßbericht, in dem Aufnahmebefund, Rehabilitationsverlauf unter Angabe von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen, Therapieergebnisse, sozialmedizinische Beurteilung und Diagnosen dargestellt und gezielte Empfehlungen für die Weiterbehandlung gegeben werden. Später wäre denkbar, daß ein fokussierter Bericht des stationären Behandlungsteiles als Anlage zum Rehaentlaßbericht der ambulanten Institution dient.

Suchtbehandlung : Entscheidungen und Notwendigkeiten /
Fachverband Sucht e. V. – Geesthacht : Neuland, 1999
(Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e. V.; 22)
ISBN 3-87581-197-6