

HAUS



LENNÉ

Integrierte Kurzzeittherapie für Suchtmittelabhängige

Therapiekonzept für eine Kurzzeittherapie mit stationärer und ambulanter Phase

Anschrift bis 14.08.06:

Haus Lenné
Peter-Lenné-Straße 5-7
14195 Berlin
Tel.: 030 / 84 18 98 – 0
Fax: 030 / 84 18 98 – 20

Träger:

Lenné gGmbH
Perlebergerstr. 27
10559 Berlin
Tel.: 030 / 398 960 60
Fax: 030 / 398 960 66

Anschrift ab 15.08.06:

Haus Lenné
Breitehornweg 51-54
14089 Berlin
Tel.: 030 / 84 18 98 – 0
Fax: 030 / 84 18 98 – 20

Verfasser:

Rolf Souschek, psychologischer Psychotherapeut, therapeutischer Leiter von Haus Lenné

Unter Mitwirkung von:

Christine Hoffmeier, Ärztin, ärztliche Leiterin von Haus Lenné
Wolfgang Götz, psychologischer Psychotherapeut
Gerhard Schmidt-Burda, Geschäftsführer

© Lenné gGmbH

Stand: Juli 2006

Vorbemerkung

Die im nachfolgenden Text verwendeten Bezeichnungen von Personen und Personengruppen sind in der Regel maskulin gewählt, obwohl sowohl weibliche als auch männliche Personen oder Personengruppen damit gemeint und angesprochen sind. Das heißt, wenn Begriffe wie „Patienten“, „Bewohner“, „Therapeuten“, „Mitarbeiter“ etc. genannt werden, sind damit sowohl männliche als auch weibliche Personen gemeint. Falls ausschließlich weibliche Personen gemeint sind, werden diese explizit im Text benannt, z.B. „Patientinnen“.

Inhaltsverzeichnis:

| | |
|---|----|
| 1. Zielsetzung und Geschichte der Einrichtung..... | 6 |
| 2. Die Gesellschafter..... | 7 |
| 2.1. ADV e.V. – ZIK gGmbH..... | 7 |
| 2.2. Kokon e.V..... | 7 |
| 3. Therapieprinzipien..... | 8 |
| 3.1. Ganzheitlicher Therapieansatz..... | 8 |
| 3.1.1 Ein erlerntes Verhaltensmuster, welches aufrechterhalten wird..... | 8 |
| 3.1.2 Zunehmendes Vermeidungsverhalten..... | 8 |
| 3.1.3 Sekundärer Krankheitsgewinn..... | 9 |
| 3.1.4 Selbstwertverlust..... | 9 |
| 3.2. Die Stärkung der Eigenverantwortung..... | 9 |
| 3.3. Spezifische therapeutische Angebote je nach Präferenzdroge..... | 10 |
| 3.4. Alltagsnähe..... | 10 |
| 3.5. Soziale Rehabilitation und beruflicher Wiedereinstieg..... | 10 |
| 3.6. Entpathologisierung von Rückfällen..... | 11 |
| 3.7. Case-Management..... | 12 |
| 4. Aufnahmekriterien..... | 12 |
| 4.1. Komorbiditätsstörungen..... | 12 |
| 4.2. Voraussetzungen..... | 12 |
| 4.3. Kontraindikationen..... | 13 |
| 4.4. Aufnahmeverfahren..... | 13 |
| 4.5. Offene Sprechstunde..... | 14 |
| 5. Das Behandlungsprogramm..... | 14 |
| 5.1. Therapieziele..... | 14 |
| 5.2. Rahmenbedingungen..... | 15 |
| 6. Behandlungsablauf..... | 15 |
| 6.1. Stationäre Intensivphase..... | 15 |
| 6.1.1. Aufnahmephase..... | 15 |
| 6.1.2. Selbstreflexion und Stärkung der Abstinenzmotivation (2.-5. Woche)..... | 17 |
| 6.1.3. Organisation einer ausgewogenen Lebensgestaltung und Rückfallprävention..... | 18 |
| 6.1.4. Übergangsphase von der stationären in die ambulante Behandlung..... | 19 |
| 6.2. Ambulante Phase..... | 20 |
| 6.2.1. Umsetzung neuer Erkenntnisse und Erprobung im Alltag..... | 20 |
| 6.2.2. Festigung der zufriedenen Abstinenz und Abschluss der Therapie..... | 21 |
| 6.3. Nachsorgephase..... | 21 |
| 6.3.1. Selbsthilfegruppen..... | 22 |
| 6.3.2. Suchtberatungsstelle..... | 22 |
| 7. Behandlungsmodule..... | 22 |
| 7.1. Therapeutische Behandlungsmodule..... | 22 |
| 7.1.1. Gruppentherapie in den Bezugsgruppen..... | 22 |
| 7.1.2. Einzelpsychotherapie..... | 23 |
| 7.1.3. Suchtbasisgruppe..... | 23 |
| 7.1.4. Rückfallpräventionstraining..... | 24 |
| 7.1.5. Motivation..... | 24 |
| 7.1.6. Angehörigenarbeit..... | 24 |
| 7.1.7. Intensivseminar..... | 25 |
| 7.1.8. Indikative Themengruppen..... | 26 |
| 7.1.9. Sozio- und Milieuthherapie..... | 28 |
| 7.2. Medizinische Behandlungsmodule..... | 29 |
| 7.2.1. Medizinische Behandlung..... | 29 |
| 7.2.2. Gesundheitstraining..... | 29 |
| 7.2.3. Suchtakupunktur..... | 30 |
| 7.2.4. Entspannungstraining..... | 31 |
| 7.2.5. Sporttherapie..... | 31 |
| 7.2.6. Urin- und Atemluftkontrollen..... | 32 |
| 7.3. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation..... | 32 |
| 7.3.1. Arbeitstherapie..... | 32 |
| 7.3.2. Bewerbungstraining..... | 34 |

| | |
|---|----|
| 7.3.3. EDV-Schulungen | 34 |
| 7.3.4. Kreativitätsförderung | 34 |
| 8. Behandlungsmodule der ambulanten Phase | 35 |
| 8.1. Ambulanzgruppe | 35 |
| 8.2. Einzeltherapie | 35 |
| 8.3. Medizinische Betreuung | 35 |
| 8.4. Volleyballtraining | 35 |
| 9. Umgang mit Rückfällen während der stationären Behandlung | 36 |
| 10. Ausstattung und Lage der Einrichtung | 37 |
| 10.1. Lage | 37 |
| 10.2. Räumlichkeiten | 37 |
| 10.3. Personalausstattung | 37 |
| 10.3.1. Personalstruktur | 37 |
| 10.3.2. Kommunikationsstruktur | 38 |
| 10.3.4. Fortbildung | 39 |
| 10.3.5. Supervision | 39 |
| 11. Qualitätssicherung und Dokumentation | 39 |
| 11.1. Qualitätssicherung | 39 |
| 11.2. Dokumentation | 40 |
| 12. Kooperation | 40 |
| 13. Literaturverzeichnis | 42 |
| Anhang: | 45 |
| Aktuelle Hausordnung | 45 |
| Aktueller Wochenplan | 49 |

1. Zielsetzung und Geschichte der Einrichtung

Die Kurzzeittherapieeinrichtung Haus Lenné wurde als anerkannte Fachklinik zur psychischen Entwöhnung und sozialen Reintegration von Abhängigkeitskranken im September des Jahres 1996 von den beiden Gesellschaftern ADV e.V. (stationäre Angebote) und KOKON e.V. (ambulante Angebote) gegründet, um die Erfahrungen der beiden Träger in ihren jeweiligen Arbeitsfeldern in einer gemeinsamen Einrichtung mit stationären und ambulanten Angebot zusammenzuführen.

Von 1996 bis zum Juli 2006 befand sich die stationäre Phase im Berlin-Dahlem, in einem schönen Landhaus auf einem großzügigen Grundstück. In dieser Einrichtung konnten jeweils bis zu 22 Patienten die stationäre Phase der Therapie durchführen.

Zum August 2006 wird die stationäre Phase des Trägers aus seinem bisherigen Domizil in ein neues Mietobjekt nach Berlin-Spandau, Ortsteil Hohengatow umziehen. Die neue Einrichtung liegt in ruhiger Wohnlage in Hohengatow direkt oberhalb der Havel. Die Nähe zur Natur und die landschaftlich schöne Lage bieten günstige Voraussetzungen für die Rehabilitation. Trotzdem ist die Fachklinik auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln vom Stadtzentrum Berlins in ca. 30 Minuten gut zu erreichen.

Auf einem ca. 10.000 qm großen Grundstück fügen sich zwei Gebäudekomplexe zu einer Einheit zusammen. Im „Italienhaus“, einem großzügigen zweistöckigen Längsgebäude sind Arbeits- und Einzeltherapieräume, Gruppenräume, Küche, sowie Speiseraum untergebracht. In einem naheliegenden 4-stöckigen Apartmenthaus (ein ehemaliges Schwesternhaus) befinden sich überwiegend Einzelapartments, sowie Aufenthaltsräume für die Patienten. Die guten räumlichen Bedingungen in dem neuen Objekt ermöglichen sukzessive einen Ausbau des stationären Angebotes von „Haus Lenné“.

Das Besondere am Behandlungsprogramm von Haus Lenné ist die Kombination aus stationärer und ambulanter Therapie.

In der stationären Phase steht die Selbstreflexion über die eigene Abhängigkeitserkrankung im Mittelpunkt. Ziel dieser Phase ist es, den Patienten zu stabilisieren und ihn auf die ambulante Phase vorzubereiten. Das stationäre Programm umfasst neben der medizinischen Behandlung, Arbeitstherapie, wöchentlicher Einzelpsychotherapie und der Gruppentherapie in den Bezugsgruppen, auch kognitiv orientierte Angebote zu den Themen Motivation, Suchtbewältigung, Rückfallprophylaxe, Wahrnehmung und Stressbewältigung. Hinzu kommen Gesundheitsinformation, soziales Training, Kreativitätsförderung, Vermittlung von Entspannungstechniken und sportliche Aktivitäten. Auf Wunsch wird die Entwöhnungsbehandlung durch eine spezielle Suchtakupunkturbehandlung unterstützt.

Die ambulante therapeutische Weiterbehandlung erfolgt in der Lenné-Ambulanz in der Obentrautstrasse in Berlin - Kreuzberg. Hier sollen die neu erarbeiteten Verhaltensmuster in die Realität umgesetzt werden. Um die Patienten in dieser schwierigen Phase zu begleiten, umfasst das Programm je eine wöchentliche gruppen- und eine einzeltherapeutische Behandlung. Außerdem treffen sich alle Ambulanzpatienten zu einem wöchentlichen Volleyballtraining.

Sowohl in der stationären als auch während der ambulanten Phase sind Urinkontrollen obligatorisch.

2. Die Gesellschafter

Die Therapieeinrichtung Haus Lenné ist das Ergebnis der langjährigen Zusammenarbeit zweier Träger, des ADV e.V. und KOKON e.V.. Beide Träger haben in unterschiedlichen Bereichen des Drogenhilfesystems Berlins jeweils einen sehr anerkannten Platz.

2.1. ADV e.V. – ZIK gGmbH

Der Anti-Drogen-Verein e.V. (ADV) wurde vor über 30 Jahren von den Mitarbeitern der Station 19 des Krankenhauses Spandau, örtlicher Bereich Havelhöhe gegründet, um die im psychiatrischen Krankenhaus begonnene stationäre Suchttherapie im realen Lebensfeld in betreuten Wohngemeinschaften fortzusetzen. Im Jahre 2003 wurden die vergütungssatzfinanzierten Bereiche des Vereines (Fachklinik BRIESE in Birkenwerder (Land Brandenburg), Fachklinik F42 in Berlin-Neukölln und der Bereich „Wohnen und Betreuen“ (WuB) mit seinen verschiedenen Hilfeangeboten: Nachsorgewohngemeinschaften, betreutes Einzel- und Gruppenwohnen, betreutes Wohnen für Substituierte, ambulante Hilfe) in die ADV gGmbH überführt.

Die ADV gGmbH bildet zusammen mit den Trägern ZIK gGmbH (Betreuung von HIV-Positiven, AIDS-Kranken und Hepatitis-Infizierten), ZeitRaum gGmbH (ambulante psychiatrische Versorgung), WABE gGmbH (stationäre und ambulante Suchthilfe in Wiesenburg (Land Brandenburg), Felix gGmbH (ambulanter Pflegedienst für AIDS-Kranke und Psychatriepatienten), diso GmbH (Verwaltung und Organisation) gemeinsam eine steuerliche Organschaft. Im Juli 2006 sind die Gesellschafteranteile der Lenné gGmbH vom ADV e.V. an die ZIK gGmbH übergegangen, so dass die Lenné gGmbH damit ein Teil der steuerlichen Organschaft ist.

2.2. Kokon e.V.

KOKON e.V. wurde als ambulante Psychotherapieeinrichtung für Opiatabhängige im Jahr 1987 gegründet. Seit 1989 stieg die Zahl der Kokainkonsumenten, die bei KOKON um Therapie nachsuchten kontinuierlich an, wofür ein eigenes ambulantes Setting entwickelt wurde.

Die Einrichtung bietet heute ein erprobtes, hoch strukturiertes tagesklinisches ambulantes Behandlungsmodell für kokainabhängige Menschen. Um aber auch Opiatabhängigen ein eigenes ambulantes Setting anbieten zu können, gründete Kokon e.V. im Jahr 2002 eine zweite Einrichtung unter dem Namen „KIBO“. Hier werden heute vorwiegend Abhängige von Drogen mit zentral dämpfender Wirkung (z.B. Heroin, THC etc.) behandelt. Auch für diese Patientengruppe wurden spezielle rückfallpräventive Handlungsstrategien entwickelt und trainiert.

3. Therapieprinzipien

Das Therapiekonzept von Haus Lenné ist in seinem Schwerpunkt verhaltenstherapeutisch (Beck u.a. 1997; Fliegel u.a. 1989, Schuhler & Baumeister 1999; Lindenmeyer 2005) ausgerichtet, aber Therapieschulen übergreifend fließen in das Konzept auch neuropsychologische (z.B. Schiepek G. 2004) systemische/familientherapeutische (z.B. Angermaier 1994, Minuchin u.a. 1991, Retzner A. 2004, König O. 2004) psychodynamische (z.B. Rost W.-D. 1992) und interaktive Ansätze (Yalom I. D. 1995) ein.

Folgende Therapieprinzipien sind handlungsleitend für unser therapeutisches Programm:

3.1. Ganzheitlicher Therapieansatz

Sucht ist ein hochkomplex vernetztes biopsychosoziales Krankheitsgeschehen, bei dem neurobiologische Prozesse und Dispositionen in Interaktion mit psychologischen und sozialen Komponenten die Abhängigkeitsentwicklung bestimmen (Feuerlein 1986). Dabei sind für die Chronifizierung einer Suchterkrankung weniger die ursprünglichen Entstehungsbedingungen bestimmend, sondern ein gelerntes Verhaltensmuster, welches aufgrund von neurobiologischen Prozessen aufrechterhalten wird. Gleichzeitig kommt es zu einem zunehmenden Vermeidungsverhalten sowie einem sekundären Krankheitsgewinn. Insgesamt führt dieser Prozess zu einem Selbstwertverlust.

3.1.1 Ein erlerntes Verhaltensmuster, welches aufrechterhalten wird

Im Verlauf ihrer Konsumgeschichte lernt eine Person, die Wirkungsweise von Drogen für sich zu funktionalisieren. Es kann je nach Droge u.a. zu einer Reduktion von Angst und Stress, Abbau von Langeweile und Hemmungen, Bewusstseinsweiterung oder dem Gefühl „high“ zu sein (Stimmel, 1991) kommen. „Außerdem kommen Erwartungen hinzu, dass durch die Drogeneinnahme (z.B. Kokain) soziale Kompetenzen, Wortgewandtheit und Kreativität gesteigert werden“ (Beck u.a., 1997, S. 23). Im Laufe der Krankheitsentwicklung wird dann das Drogenkonsumverhalten als Problemlöseversuch und Verstärkerquelle selbst zum Problem aufgrund der negativen Auswirkungen der psychischen und/oder physischen Entzugerscheinungen, die wiederum durch den Drogenkonsum bewältigt werden sollen, womit sich der Suchtkreislauf schließt (Arend 1994, Lindenmeyer 2005).

3.1.2 Zunehmendes Vermeidungsverhalten

Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung suchen ihrer Umwelt gegenüber ihr Suchtverhalten zu verharmlosen und/oder in vielen Fällen zu verheimlichen, um so entsprechende soziale und psychische Konsequenzen zu vermeiden. Langfristig wird dieses Vermeidungsverhalten zum wesentlichen Bestandteil der Suchterkrankung, weil keine Korrektur des eigenen Konsumverhaltens durch das Umfeld mehr möglich

ist und durch eine zunehmende Isolierung das Alltagsleben immer mehr eingeschränkt wird.

3.1.3 Sekundärer Krankheitsgewinn

Oft machen Betroffene die Erfahrung, dass sie aufgrund ihres Suchtverhaltens von ihrem sozialen Umfeld mehr Zuwendung (wenn auch oft negativ in Form von Vorwürfen, Beschuldigungen etc.), soziale Unterstützung und Rücksicht erfahren (sekundärer Krankheitsgewinn). Dies führt soweit, dass wichtige Beziehungen zu Bezugspersonen immer mehr durch die Abhängigkeitserkrankung geprägt werden. Es entstehen co-abhängige Beziehungsformen (Thomasius & Küstner, 2005; Fengler, 1994) die wiederum zur Aufrechterhaltung der Krankheit führen.

3.1.4 Selbstwertverlust

Durch die zunehmende Erfahrung der Beeinträchtigung des Alltagslebens durch die Suchterkrankung, durch das wiederholte Scheitern eigener Lösungsversuche und die gleichzeitig immer mehr entgleitenden sozialen Bezüge entwickeln viele Betroffene eine depressive Symptomatik (Burtscheidt, 2001; Regier et. al., 1990; Rounsaville et.al., 1991) mit entsprechendem Selbstwertverlust.

Die Chronifizierung der Abhängigkeitserkrankung manifestiert sich infolgedessen auf den verschiedenen Ebenen, wie der medizinischen, sozialen und psychologischen, und kann dementsprechend nur mit einem ganzheitlichen Therapieansatz behandelt werden. Die Behandlung erfolgt deshalb durch die Integration medizinischer, psychologischer und sozialtherapeutischer Ansätze in einem interdisziplinären Team.

3.2. Die Stärkung der Eigenverantwortung

Viele suchtmittelabhängige Patienten haben einen großen Ambivalenzkonflikt zwischen der Bewahrung ihrer bisherigen Lebensgewohnheiten, Verhaltensmuster und Einstellungen auf der einen Seite und dem Streben nach Veränderung ihrer Lebenssituation auf der anderen Seite.

Im Sinne des „Drehtürmodells des Veränderungsprozesses bei Abhängigkeiten“ von Prochaska & Di Clemente (1992) wird versucht den unterschiedlichen Motivationslagen der Patienten Rechnung zu tragen und ihnen geholfen sie zu einer Verhaltensveränderung zu motivieren. Nur ein Mensch, der sich freiwillig entscheidet seine Verhaltensmuster und entsprechende Einstellungen zu verändern, wird dies auch umsetzen. Deswegen ist es ein großes Ziel der Behandlung, die Patienten zu einer aktiven Teilnahme zu aktivieren. Von Beginn an wird durch interaktive Informationsvermittlung (Petry, 1996) und die individuelle Entwicklung eines Handlungsplanes die Eigenverantwortung der Betroffenen gefördert.

Im Rahmen des Selbstmanagementansatzes von Kanfer (1996) wird die Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, zur eigenen Bewertung und zu Selbstkontrolle gestärkt. Viele Drogenabhängige äußern ein Selbstkonzept, „den Drogen ausgeliefert zu sein“.

Das Problem ist, dass das abhängige Verhaltensmuster aus einer Vielzahl automatisierter drogenorientierender Verhaltensweisen und suchttypischer automatischer Informationsverarbeitung besteht, die dem Abhängigen meistens nicht bewusst sind und deren Ausführung wenig Aufmerksamkeit und Energie erfordert. Dies hat nach Götz (1998) zur Folge, dass bei ungünstigen situativen Bedingungen und sich entwickelndem Craving die Tendenz zu automatisiertem Verhalten stark zunimmt, und der Energieaufwand für (noch) nicht automatisiertes kontrolliertes Abstinenzverhalten unter Umständen zu hoch wird. Je früher daher solche Prozesse durch Selbstbeobachtung und Selbstbewertung dem Bewusstsein zugänglich gemacht werden und damit auch beeinflusst werden können, desto wahrscheinlicher ist ein langfristiger Abstinenzserfolg (siehe auch Vollmer, 1997).

3.3 Spezifische therapeutische Angebote je nach Präferenzdroge

Alle psychoaktiven Drogen sind chemische Substanzen, die in hohem Maße stimmungsverändernd wirken und unter funktionalen Aspekten dem selben Zweck der neuro-chemischen Stimmungs- und Erlebensmodulation dienen. Die zugrunde liegenden neurobiologischen Wirkmechanismen weisen viele Gemeinsamkeiten auf. Trotzdem sind beispielsweise Kokainabhängige keine Opiatabhängigen, die zufällig die falsche Droge applizieren (Götz, 1998). Die meisten Drogenabhängigen haben eine klare Drogenpräferenz. Zentral stimulierende und zentral dämpfende Drogen haben ein jeweils substanzspezifisches Wirkungsprofil, das meist mit entsprechenden fehlenden Handlungskompetenzen der betroffenen Person einhergeht.

Um eine möglichst hohe Behandlungsmotivation und stabile Abstinenz gerade am Anfang der Therapie zu schaffen, sind daher spezifische therapeutische Angebote je nach Präferenzdroge besonders wichtig.

3.4. Alltagsnähe

Für den Aufbau einer zufriedenen Abstinenz ist nicht nur die Einsicht und die Selbsterkenntnis des Patienten ausschlaggebend. Wichtig ist vor allem gewonnene Erkenntnisse auf der Handlungsebene umzusetzen und im eigenen Alltag zu erproben. Um einen möglichst stabilen Transfer der Therapieerfolge im Alltag zu erreichen, sind die zeitliche Therapieorganisation und die Hausordnung darauf ausgerichtet, die Patienten während der Behandlung möglichst wenig räumlich bzw. sozial zu isolieren. Durch Angehörigenseminar, Paar- und Angehörigengespräche soll das Umfeld in die Therapie mit einbezogen werden. Besonders aber in der ambulanten Phase soll mit therapeutischer Begleitung die Umsetzung neuer Verhaltensweisen im Alltag erprobt werden.

3.5. Soziale Rehabilitation und beruflicher Wiedereinstieg

Die berufliche Rehabilitation ist neben der Krankheitsbewältigung das Hauptziel einer Drogenentwöhnungsbehandlung. In seiner Untersuchung konnte Stähler (2002) zeigen, dass die Rückfallgefährdung bei nichtbeschäftigten Abhängigkeitserkrankten doppelt so hoch ist wie bei Beschäftigten (siehe auch die Langzeitstudie von Küfner, Feuerlein et. al. 1988). Damit ist die berufliche Rehabilitation gleichzeitig auch ein wichtiger Garant für eine zufriedene Abstinenz. Unmittelbar beeinflusst durch die Er-

werbslage sind auch die finanzielle Lage, die Wohnsituation, die Freizeitgestaltung und die soziale Integration. Dabei ist die Behandlungssituation auch dadurch gekennzeichnet, dass der Arbeitsmarkt - vor allem für niedrig Qualifizierte - im Großraum Berlin stetig schrumpft und eine hohe strukturelle Arbeitslosigkeit vorherrscht. Um den Betroffenen einen Wiedereinstieg/Einstieg ins Erwerbsleben zu ermöglichen, ist daher ein sehr differenziertes und individuelles Vorgehen vonnöten.

Sofern bei dem betroffenen Patienten noch ein Arbeitsplatz vorhanden ist, so ist es das Ziel der Rehabilitation, dem Patienten, z.B. durch eine Arbeitserprobung, beim beruflichen Wiedereinstieg zu helfen. Gerade jüngere Patienten haben aber meist keine oder nur geringe berufliche Qualifikationen, haben oft noch nie gearbeitet oder sind schon längere Zeit arbeitslos. Durch die Beschäftigung in den Bereichen Holzwerkstatt, Fahrradwerkstatt, Gärtnerei, Küche, Hauswirtschaft oder Büro sind Berufsfindung, die Wiederentdeckung beruflicher Kompetenzen und damit die Vorbereitung auf den Wiedereinstieg in das Berufsleben Schwerpunkt der Therapie. Weiterhin bieten wir PC-Kurse unterschiedlicher Schweregrade für gängige Computerprogramme (Word, Excel, Internetzugang etc.) an.

Ein zweiter wichtiger Aspekt der sozialen Rehabilitation ist der Migrationshintergrund, der immerhin mindestens 30 % unserer Patienten betrifft. Ziel ist es auch hier, den individuellen Bedürfnissen Rechnung zu tragen und – sofern nötig – Sprachkurse zur Verbesserung der Deutschkenntnisse, Lese-Rechtsschreibkurse oder Rechtsberatungen bei Aufenthaltsproblemen anzubieten.

Auch die Aufarbeitung der kriminellen Vergangenheit und/oder die Verabschiedung von der Drogenszene ist ein dritter wichtiger Aspekt der sozialen Rehabilitation. Hier bietet das Haus Lenné durch das Angebot von Freizeitmöglichkeiten (z.B. Sport, insbesondere Fußball und Volleyball, kulturelle Aktivitäten etc.), aber auch die Information über Selbsthilfeprogramme neue soziale Integrationsmöglichkeiten an.

Gerade bei jüngeren Patienten mit einer Cannabisabhängigkeit ist ein letzter wichtiger Aspekt bei der sozialen Rehabilitation die Aufarbeitung der Familiendynamik (z.B. Ablösethematik) mittels Angehörigenseminar und Angehörigengesprächen.

3.6. Entpathologisierung von Rückfällen

Der Umgang mit einem Rückfall spielt bei der Behandlung von Suchtmittelabhängigen eine große Rolle. Der Rückfall ist damit ein Teil des Genesungsprozesses (Altmannsberger, 2004; Körkel & Schindler, 2003; Lindenmeyer, 2005). Er ist keine Katastrophe, aber auch keine Bagatelle. Eine gute Analyse, Aufarbeitung und Bewältigung eines Rückfalles ist oft ein wichtiger Schritt, um Verhaltensänderungen einzuleiten und zukünftige Rückfälle zu vermeiden.

Deswegen werden Rückfälle im Haus Lenné individuell behandelt. Ist bei dem Patienten nach einem Rückfall eine konstruktive Behandlungsmotivation und Veränderungsbereitschaft vorhanden, hat ein Rückfall keine disziplinarischen Konsequenzen.

3.7. Case-Management

Eine Suchterkrankung ist eine sehr komplexe Störung, die sich bei den einzelnen Patienten in sehr unterschiedlichen Problemfeldern manifestiert und nur im interdisziplinären Team zu behandeln ist. Um eine individuelle Behandlung gewährleisten zu können, arbeiten wir nach dem Case-Management-Prinzip. Unter der Gesamtverantwortung des leitenden Arztes hat jeder Patient einen Bezugstherapeuten der ihn während der gesamten stationären Phase begleitet. Beim Bezugstherapeuten laufen die Informationen des interdisziplinären Teams zusammen, er koordiniert die Behandlung.

4. Aufnahmekriterien

Im Haus Lenné können Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr aufgenommen werden, die von legalen und illegalen Substanzen abhängig sind. In Einzelfällen können auch jüngere Abhängige aufgenommen werden.

Wir behandeln Patienten mit folgenden Störungen nach ICD 10:

- F 10.2x Störungen durch Alkohol
- F 11.2x Störungen durch Opioide
- F 12.2x Störungen durch Cannabinoide
- F 13.2x Störungen durch Sedativa oder Hypnotika
- F 14.2x Störungen durch Kokain
- F 15.2x Störungen durch sonstige Stimulanzien
- F 16.2x Störungen durch Halluzinogene
- F 19.2x Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen

4.1. Komorbiditätsstörungen

Folgende psychische Komorbiditätsstörungen können mitbehandelt werden:

- Depressionen (F32/33/34.x (ohne psychot. Symptomatik) nach ICD-10)
- Angst- und Zwangserkrankungen (F40.x, F41.x, F42.x, F43.x nach ICD-10)
- Essstörungen (F50.x nach ICD-10)
- Sexuelle Störungen (F52.x nach ICD-10)
- Persönlichkeitsstörungen (F60.x nach ICD-10)
- Somatoforme Störungen (F45.x nach ICD-10)
- Pathologisches Glücksspiel (F63.0 nach ICD-10)
- Nikotinabusus (F17.1, F17.2x nach ICD-10)

4.2. Voraussetzungen

Die Aufnahme kann erfolgen, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Kostenzusage eines Kostenträgers oder Klärung als Privatzahler

- Nachweis über die körperliche Entgiftung
- die Fähigkeit und die Bereitschaft, mit Beginn der Therapie abstinent zu leben
- eine ausreichende Eigenmotivation
- nach Möglichkeit noch vorhandene soziale Unterstützungssysteme
- ein ausreichendes Maß an körperlicher und psychischer Stabilität
- die Fähigkeit zur regelmäßigen Teilnahme am Therapieprogramm
- die Bereitschaft zu aktiver Mitarbeit
- ausreichend vorhandene Introspektions- und Verbalisationsfähigkeit

Die kombinierte stationäre und ambulante Behandlung im Haus Lenné ist anerkannt nach §§ 35, 36, 37 BTMG. Das Haus Lenné ist am Therapie-Sofort-Programm beteiligt.

4.3. Kontraindikationen

Kontraindikationen für eine Behandlung im Haus Lenné sind:

- akute Suizidalität
- akute psychotische Symptomatik
- schwere soziale Desintegration und Dekompensation

4.4. Aufnahmeverfahren

Die Bewerbung um einen Therapieplatz in unserem Haus kann schriftlich oder telefonisch erfolgen. Anschließend vereinbart unser zuständiger Mitarbeiter ein Kontaktgespräch vor Ort.

In den meisten Fällen besteht schon Kontakt zu einer Drogenberatungsstelle oder einer anderen beratenden Einrichtung, die dem Patienten bei der Therapieplatzwahl und der Antragstellung für die Kostenübernahme beim zuständigen Leistungsträger behilflich ist, den Sozialbericht erstellt und den ärztlichen Befundbericht veranlaßt.

Die Finanzierung der Behandlung in der Kurzzeittherapie Haus Lenné erfolgt je nach Versicherungsstatus über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Berlin-Brandenburg), über Sozialämter, die jeweilige Krankenkasse und DRV – Bund (Einzelfallentscheidungen). Die generelle Anerkennung durch die DRV-Bund wird angestrebt.

Liegt eine Kostenübernahme vor und ist ein freier Therapieplatz vorhanden, wird ein Aufnahmetermin vergeben. Im Falle von Wartezeiten können regelmäßige Kontaktgespräche vereinbart werden, durch die enge Zusammenarbeit mit der „Übergangseinrichtung“ können auch dort Wartezeiten überbrückt werden.

Zur Aufnahme benötigen wir:

- Eine schriftliche oder mündliche Kostenübernahmeerklärung des Leistungsträgers
- Ein Vorgespräch
- Gültige Krankenscheine für die ärztliche und zahnärztliche Behandlung

- Eine negative Urinkontrolle auf Drogen

4.5. Offene Sprechstunde

Alle interessierten Patienten können unsere offene Sprechstunde besuchen, die wir jeden Dienstag zwischen 11 und 12 Uhr anbieten. In einem Einzelgespräch mit einem der therapeutischen Mitarbeiter können die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme geklärt und Fragen des Patienten zum Ablauf der Behandlung besprochen werden. Auch eine Besichtigung des Hauses wird den Interessenten in diesem Rahmen angeboten.

5. Das Behandlungsprogramm

Die Besonderheit des therapeutischen Konzepts von Haus Lenné ist die enge Verzahnung zwischen stationärer und ambulanter Phase.

So bietet die Hausgemeinschaft dem Patienten in der stationären Phase Schutz, um die fragile Anfangszeit zu überbrücken und Abstand zum ehemaligen Umfeld zu finden.

Für die oft großen Ambivalenzen der suchtkranken Patienten gibt das Haus einen sicheren Rahmen, um die eigene Suchtgeschichte aufzuarbeiten und eine Neuorientierung zu finden.

Aufgrund der Erfahrung, dass vor allem die Umsetzung dieser neu gewonnenen Ziele vielen Patienten sehr schwer fällt und oft der Umbruch vom geschützten stationären Setting in den persönlichen Alltag zu Rückfällen und Wiedereintritt in die Szene führt, bieten wir mit der ambulanten Phase eine konstante Weiterbehandlung an. Die gewonnenen Erkenntnisse der stationären Phase sollen mit therapeutischer Begleitung in den eigenen Alltag umgesetzt werden. Stabile therapeutische Beziehungen sollen dabei helfen, den Umbruch von der stationären Phase in die ambulante Phase zu schaffen. So leitet der therapeutische Leiter der stationären Einrichtung auch eine der Ambulanzgruppen und ist somit als vertrauter Ansprechpartner in der Lenné-Ambulanz präsent.

5.1. Therapieziele

Das allgemeine Rehabilitationsziel ist die Wiederherstellung oder der Erhalt der Erwerbsfähigkeit des Patienten. Um diese jedoch langfristig zu gewährleisten, sollten weitere Therapieziele angestrebt werden, die sich aus dem spezifischen Krankheitsbild ergeben:

- die Entscheidung für eine selbstverantwortliche, zufriedene Lebensführung ohne die Einnahme von Suchtmitteln (zufriedene Abstinenz)
- die Bereitschaft zu langfristiger Abstinenz
- ein vertieftes Verständnis der eigenen Suchterkrankung und der langfristigen Konsequenzen
- die ressourcenorientierte Aufarbeitung der eigenen Lebensgeschichte mit dem Ziel einer erweiterten Lebenskompetenz
- die Auseinandersetzung mit Beziehungen

- die Reintegration in berufliche, familiäre und andere soziale Bezugssysteme

5.2. Rahmenbedingungen

Das Haus Lenné versteht sich auch als Gemeinschaft, die dem einzelnen Patienten Schutz und Orientierung bietet.

Um die Anpassung der Therapie an die individuellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten sicherzustellen, arbeiten wir sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Phase im Bezugstherapeutesystem. Jeder Patient hat einen Bezugstherapeuten, der während des gesamten jeweiligen Therapieabschnittes für ihn zuständig ist. Als sein Einzeltherapeut entwickelt er mit ihm einen detaillierten Therapieplan mit individuellen Therapiezielen und Aufgaben. Bei ihm fließen alle patientenrelevanten Informationen zusammen. Um auch hier einen guten Informationsfluss zwischen stationärer und ambulanter Phase zu gewährleisten, findet in der letzten Woche der stationären Phase eine Telefonkonferenz zwischen stationärem Therapeuten, Patienten und zukünftigem ambulanten Therapeuten statt.

Wie jede Gemeinschaft hat auch das Haus Lenné Regeln, die für alle gelten, um die Funktionsfähigkeit der therapeutischen Gemeinschaft zu sichern. Diese Regeln werden mit allen Patienten am Anfang der Therapie besprochen und im Therapievertrag vereinbart. Verstöße gegen die vereinbarten Regeln werden mit dem einzelnen Patienten und der Gruppe, deren Mitglied er ist, besprochen und gegebenenfalls sanktioniert. In schweren Fällen kann dies zum Ausschluss aus dem Therapieprogramm führen.

Die drei Grundregeln, deren Nichtbeachtung zum sofortigen Ausschluss führt, sind:

1. keine Gewaltanwendung
2. kein Handel mit Drogen
3. kein gemeinsamer und verdeckter Drogenkonsum von Patienten

6. Behandlungsablauf

6.1. Stationäre Intensivphase

6.1.1. Aufnahmephase

Ziel der Aufnahmephase ist es, mit dem Patienten ein Arbeitsbündnis zu knüpfen, eine erste Diagnose zu erstellen und vorläufige Therapieziele festzulegen.

Aufgenommen wird der Patient durch seinen Bezugstherapeuten, d.h. der Bezugstherapeut führt den neuen Patienten durch das Haus, zeigt ihm die Räumlichkeiten und versucht ihn mit den organisatorischen Abläufen des Hauses vertraut zu machen.

Ziel eines ersten Einzelgesprächs ist die Kontaktaufnahme zu dem Patienten. Dabei geht es um die Abklärung des Überweisungskontextes (Welche Suchtberatungsstelle, Arzt oder sonstige Einrichtung hat den Patienten überwiesen, warum tritt der Pati-

ent gerade *jetzt* die Therapie an, warum wurde unsere Einrichtung ausgewählt etc.), eine kurze Schilderung der aktuellen Situation (Familienstand, Arbeitssituation), die Befragung nach der Präferenzdroge und Abklärung des momentanen gesundheitlichen/psychischen Zustandes des Betroffenen. In dem Gespräch bekommt der Patient die Hausordnung und seinen Wochenplan ausgehändigt. Mit Hilfe des Wochenplanes wird der Ablauf der nächsten Tage besprochen. Um dem neuen Patienten die Orientierung und das Einleben in der Klinik zu erleichtern, werden allen neuen Patienten sog. „Patenpatienten“ zur Seite gestellt.

Die ausführliche medizinisch-psychologische Untersuchung dient zur Abklärung der medizinischen Behandlung (evtl. medikamentöse Versorgung und Einstellung) und der sozialen Versorgung (u.a. Abklärung der finanziellen Lage wie Schulden, Übergangsgeld, sonstige finanzielle Verbindlichkeiten und der strafrechtlichen Situation, Wohnsituation).

Im Laufe der nächsten Tage kommt es zur Erhebung der Familien-, Sozial-, Berufs- und Suchtanamnese. Ziel ist es in der ersten Woche, durch eine enge einzeltherapeutische Anbindung dem Patienten den Einstieg in die Therapie zu erleichtern, die individuelle Problematik des Patienten zu erfassen und festzustellen, in welcher Motivationsphase in der Auseinandersetzung mit der eigenen Suchterkrankung der Betroffene sich befindet.

In der ersten Woche nimmt der Patient in der Regel auch an einem Testscreening teil. Sind z.B. Entzugssymptomatiken noch sehr stark ausgeprägt und daher falsche Testergebnisse zu erwarten, werden die Tests zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt. Die verwendeten Tests sind Verfahren, die die hirnorganische Leistungsfähigkeit, psychische Beschwerden (z.B. depressive Symptomatiken, Angstzustände, Selbstunsicherheit), Persönlichkeitseigenschaften und die Einschätzung der eigenen Abhängigkeit von Nikotin und Alkohol erfassen helfen sollen.

Zum Einsatz kommen in der Suchtdiagnostik der MALT (Münchener Alkoholismustest, Feuerlein W. u.a., 1997) der FTND (Fagerströmtest zum Schweregrad der Nikotinabhängigkeit, Fagerström und Schneider, 1995) und bei Bedarf der Trierer Alkoholismustest bzw. der DTCQA (Abstinenzzuversicht).

Für die Erfassung psychischer Störungen bzw. psychischer Problembereiche steht zur Standarddiagnostik der BDI (Beck-Depressions-Inventar) und der Unsicherheitsfragebogen von Ullrich und Ullrich zur Verfügung. Bei Bedarf werden der DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen, Margraf u.a. 2005), der FPI (Freiburger Persönlichkeitsinventar) und der BPI (Borderline-Persönlichkeitsinventar) eingesetzt.

Um die kognitive Leistungsfähigkeit zu erfassen, gehören zur Standarddiagnostik der d2-Test (Intelligenzunabhängiger Konzentrationstest, Brickenkamp, 1996), der LPS (Horn, 1983) und der MWT-B (Mehrfachwortschaftstest, Lehrl). Für eine genauere Testdiagnostik stehen der Hawie-R (Intelligenztest) und der Zahlenverbindungstest zur Verfügung.

Nach Abschluss aller medizinischen und psychologischen Untersuchungen werden dem Patienten in einem Gespräch mit dem Bezugstherapeuten die Ergebnisse mitgeteilt, deren Bedeutung für die Behandlung erläutert und die von dem Patienten formulierten Therapieziele erfasst. Außerdem werden Fragen zur Behandlung und Bedenken seitens des Patienten ausführlich besprochen. Am Ende des Gesprächs wird mit dem Patienten ein Therapievertrag geschlossen, in dem Behandlungsdauer und Behandlungsmaßnahmen festgehalten werden, und in gemeinsamer Absprache ein vorläufiger Therapieplan erstellt. Ausführlich wird auch die Möglichkeit eines

Rückfall es thematisiert und wie in einem solchen Falle ein Notfallplan aussehen kann.

Die Patienten nehmen während dieser Zeit schon am strukturierten Wochenprogramm der Aufnahmegruppe teil, das aus der Teilnahme an der 3 x wöchentlich stattfindenden Bezugsgruppe, der 2 x wöchentlich stattfindenden Entspannungsgruppe (Muskelrelaxationstraining nach Jacobsen) und der 5 x wöchentlich erfolgenden Arbeitstherapie besteht.

6.1.2. Selbstreflexion und Stärkung der Abstinenzmotivation (2.-5. Woche)

In dieser zweiten Phase der Behandlung gibt es zwei Schwerpunkte: auf der einen Seite die Erarbeitung eines Erklärungsmodells für die eigene Abhängigkeit und damit die Reflexion über die bisherige Lebensgestaltung und auf der anderen Seite die Informationsvermittlung über die Krankheit Drogenabhängigkeit. Beides zusammen soll dem Patienten seine Abstinenzmotivation festigen helfen, um die durch den Drogenkonsum verlorene Kontrolle über sein Leben wiederzugewinnen.

Um sich besser auf sich konzentrieren und auf das Behandlungssetting einlassen zu können, hat der Patient während dieser Zeit keinen telefonischen und persönlichen Kontakt zu seinem sozialen Umfeld.

Hauptansprechpartner für den Patienten ist der Bezugstherapeut. Bei ihm sollen alle Informationen aus den Begleittherapien, dem medizinischen und dem sozialarbeiterischen Bereich zusammenfließen. Durch regelmäßige Gruppenbesprechungen (Bezugstherapeuten, Sozialarbeiter, Arbeitstherapeuten und Arzt), erhält der zuständige Bezugstherapeut ein möglichst umfassendes Bild über seinen Patienten.

In den Einzelgesprächen wird die begonnene Verhaltensanalyse hinsichtlich des Drogenkonsums weiter vertieft und die Funktionalität und Bedeutung der Droge für die eigene Lebensgestaltung hinterfragt. Durch die Aufarbeitung der eigenen Suchtgeschichte soll dem Patienten im Sinne des Selbstkontrollmodells verdeutlicht werden, dass seine Abhängigkeitserkrankung durch die Sozialisation entstanden ist und dass er in der Lage ist, eine abstinentere Lebensgestaltung selbst aktiv zu verwirklichen. Im Einzelgespräch werden darüber hinaus die in der Suchtbasis gegebenen Informationen im Einzelfall konkretisiert. Im Sinne des "Drehtürmodells der Veränderung" von Prochaska und Di Clemente soll der Patient unterstützt werden, seinen Ambivalenzkonflikt hinsichtlich einer Veränderung in seiner Lebensgestaltung zu überwinden und seine Abstinenzmotivation zu stärken.

In der Basisgruppe lernt der Patient, über sich zu sprechen und eigene Verhaltensweisen in Frage zu stellen. Durch den Lebensbericht ("Mein Weg in die Abhängigkeit"), den der Patient in den ersten 5 Wochen schriftlich erstellt und in der Gruppe vorträgt, soll der Patient dabei unterstützt werden, sich die Entstehung seiner Abhängigkeit zu erklären und mögliche Konsequenzen für eine abstinentere Lebensführung zu ziehen.

Zweiter wichtiger Bestandteil der 2. Therapiephase ist die Informationsvermittlung über die Suchterkrankung.

Hauptinformationsquelle über die Krankheit „Drogenabhängigkeit“ bildet die Suchtbasisgruppe, darüber hinaus tragen aber auch die Motivationsgruppe und das Gesundheitstraining dazu bei, den Patienten beim Verständnis seiner Krankheit zu unterstützen.

Die Suchtbasisgruppe ist eine psychoedukative Gruppe. Über die störungsspezifische Informationsvermittlung wird die Abstinenzmotivation des Patienten gestärkt. Der Patient lernt wichtige Handlungsalternativen und Techniken kennen, die ihm helfen drogenfrei zu leben.

Ab Ende der zweiten Phase, nach 5 Wochen, verabschiedet sich der Patient von seiner „Basisgruppe“ mit einer Feed-Back-Runde. Hier macht er seinen Entwicklungsstand ("was habe ich bisher erreicht und was will ich in der folgenden Zeit erreichen") für die anderen Patienten deutlich und bekommt ein umfassendes Feed-back von der Gruppe.

Ungefähr im selben Zeitraum findet auch eine Zwischensitzung mit Bezugstherapeut, therapeutischer Leitung und Patient statt, in welcher ebenfalls Bilanz über die bisherige Therapie gezogen wird, um dann eine Zielmodifikation zu erörtern und festzulegen.

Nach Beendigung der Kontaktpause benennt der Patient in der Großgruppe die Hauptorte/Risikosituationen, die eng mit Drogenkonsum verbunden sind und die er in der Folgezeit konsequent meiden will. Nach der Kontaktpause kann sich der Patient durch eine Dreierausgangsregelung bzw. Ausgang mit Angehörigen sukzessiv an eine abstinenteste Gestaltung seiner Freizeit außerhalb der Einrichtung gewöhnen.

6.1.3. Organisation einer ausgewogenen Lebensgestaltung und Rückfallprävention

Mit dem Vorstellen seiner „Boarding Card“ in seiner neuen Bezugsgruppe macht der Patient seiner neuen Gruppe deutlich, welche Diagnosen hinsichtlich seiner Abhängigkeitserkrankung er sich selbst gibt, ob es Unterschiede in der Einschätzung zwischen ihm und seinem Bezugstherapeuten gibt und welche Ziele er für diese Therapiephase hat. Nachdem in der Phase der Selbstreflexion eine solide Abstinenzmotivation erarbeitet wurde, ist es das Ziel in dieser dritten Therapiephase, den Patienten auf die Zeit nach der stationären Phase vorzubereiten. Bei vielen Abhängigen lässt sich ein dauerhaft unausgewogener Lebensstil beobachten, bei dem die Anforderungen und Verpflichtungen die positiven Erholungsmöglichkeiten übersteigen. Deswegen ist aus therapeutischer Sicht wichtig, die Balance zwischen Pflichten und Entspannung durch alternative Lösungsstrategien zu ermöglichen. Im Sinne einer primären Rückfallprophylaxe sind dabei unspezifische Interventionen wie Freizeit- und Lebensplanung, sportliche Aktivitäten, geregelter Tagesablauf etc. von Bedeutung und rücken jetzt in den therapeutischen Gesprächen mehr in den Mittelpunkt. Durch das Erlernen von Entspannungsverfahren, durch die Teilnahme an dem Intensivseminar „Kommunikation“ und der Indikationsgruppe „Soziales Kompetenztraining“ sollen alternative Handlungskompetenzen vermittelt werden.

Auch in dieser Phase lassen sich zwei Schwerpunkte ausmachen: zum Einen die drogenfreie Lebensgestaltung und zum Anderen die Rückfallprophylaxe.

In der Bezugsgruppe und in den Einzelgesprächen steht nunmehr die Organisation einer drogenfreien Lebensgestaltung im Mittelpunkt.

In Zusammenarbeit mit dem Sozialarbeiter wird die aktuelle Wohnungssituation beleuchtet und es werden gegebenenfalls Alternativen entwickelt. Dies kann sich vom Beschaffen eines eigenen Wohnraums bis zur Vermittlung eines Nachsorgeplatzes in schwierigen Fällen erstrecken.

Dies gilt auch für die berufliche Situation des Patienten. Durch die Teilnahme an einem Bewerbungstraining und das Aufzeigen beruflicher Wiedereingliederungsmöglichkeiten lernt der Patient verschiedene Varianten kennen, wie er seinen beruflichen Weg weiter fortsetzen kann.

Durch die stärker Akzentuierung der sozialen Lage des Patienten ist nun eine sehr enge Zusammenarbeit zwischen Bezugstherapeuten und Sozialarbeiter nötig.

Da es in dieser Phase vor allem um eine Veränderung des Lebensstiles geht, ist der Aufbau der Selbstwirksamkeitserwartung des Patienten wichtig. Neben einer aktiven Lebensgestaltung wird der Umgang mit Schwierigkeiten und die Einsicht, dass viele Veränderungen erst mittel- bzw. langfristig Früchte tragen, therapeutisch bedeutsam. Dies wird der unmittelbaren Befriedigung durch die Einnahme von Drogen entgegengehalten.

In Absprache mit seinem Bezugstherapeuten kümmert sich der Patient durch Ausgänge zu Ämtern und Behörden um seine Belange.

Der Wiederaufbau sozialer Beziehungen gewinnt nun an Bedeutung. Oft ist die Enttabuisierung der eigenen Drogenabhängigkeit ein wichtiger Schritt, sich Schlupflöcher für einen möglichen Rückfall zu verbauen. In Form von Paar- oder Familiengesprächen sollen Strategien im Umgang mit der Drogenabhängigkeit erarbeitet werden, vorhandene Schuldgefühle der Betroffenen besprochen und auch der Umgang mit möglichen Rückfällen (z.B. Rückfallvertrag) thematisiert werden.

Ebenfalls in dieser Phase ist die Teilnahme der eigenen Angehörigen an einem Angehörigenseminar geplant. Hier wird den Angehörigen die Möglichkeit gegeben sich über die Entstehung, Kriterien und Behandlungsmöglichkeiten der Abhängigkeitserkrankung zu informieren, eigene Betroffenheit ("Co-Abhängigkeit") zu thematisieren und erste Veränderungen für die Zeit nach der Therapie zu besprechen. Das Angehörigenseminar findet regelmäßig alle 8 Wochen an einem Samstag statt (10:00 bis 16:30 Uhr) und wird von zwei Therapeuten geleitet. Für den Therapeuten bedeutet das Angehörigenseminar neben der Informationsvermittlung auch die Möglichkeit, die Angehörigen besser in die Therapie integrieren zu können. Für den Patienten ist das Ziel, einen stärkeren Realitätsbezug zu seinem Umfeld herstellen zu können.

Zweiter wichtiger Schwerpunkt dieser Phase ist die Rückfallprophylaxe. Sie ist sicherlich, wenn auch oft nicht explizit, Thema in der Bezugsgruppe. In der Informationsgruppe „Rückfallprophylaxe“ soll dies allerdings in Form einer psychoedukativen Gruppe zum Hauptthema gemacht werden. Die Informationsgruppe Rückfallprophylaxe knüpft an den Inhalten des Kurses „Suchtbasis“ an. Wichtige Themen sind Rückfall als Prozess, Bewältigungsstrategien im Umgang mit Verlangen, Aufstellen von eigenen Regeln für die Abstinenz, Ablehnungstraining etc..

6.1.4. Übergangsphase von der stationären in die ambulante Behandlung

Spätestens vier Wochen vor Abschluss der stationären Phase der Therapie, rückt die ambulante Weiterbehandlung in den Mittelpunkt der therapeutischen Gespräche.

Ab diesem Zeitraum nehmen die Patienten am Volleyballtraining des Ambulanzbereiches teil, welches einmal die Woche montags stattfindet. Sie lernen so ihre zukünftigen Mitpatienten in der Ambulanz kennen.

Im Mittelpunkt steht nunmehr auch die berufliche Reintegration. Durch eine enge Zusammenarbeit mit dem zuständigen Arbeitsamt, einer systematischen Arbeitsplatz- oder Ausbildungssuche und bei Bedarf auch Vermittlung einer Arbeitserprobung soll dem Patienten geholfen werden, die Chancen, einen Arbeitsplatz zu finden zu erhöhen.

In der letzten Therapiewoche wird der Wechsel in die ambulante Phase vollzogen. Der Bezugstherapeut nimmt Kontakt mit der Ambulanz auf und macht für den Patienten einen Gesprächstermin mit dem zukünftigen Ambulanztherapeuten aus. In einer Telefonkonferenz zwischen Patienten, jetzigem Therapeuten und zukünftigem Therapeuten, werden der bisherige Behandlungsverlauf und zukünftige Ziele besprochen. Der Patient nimmt, wenn möglich, zum ersten Mal an seiner späteren ambulanten Gruppe (Donnerstag) teil.

Der Patient verabschiedet sich, sowohl von seiner Bezugsgruppe als auch von der Großgruppe mit einem Abschiedsritual, bei dem das persönliche Feedback im Mittelpunkt steht. Es erfolgen Abschlussuntersuchung und Abschlussgespräch des Bezugstherapeuten. Die Patienten werden ermutigt, sich bei Krisen oder Rückfällen über die Behandlung hinaus an die Einrichtung zu wenden.

6.2. Ambulante Phase

6.2.1. Umsetzung neuer Erkenntnisse und Erprobung im Alltag

Die fünfte Phase soll dem Patienten helfen, die gewonnenen Erkenntnisse aus der stationären Phase hinsichtlich eines abstinent orientierten Lebens in den Alltag umzusetzen und seine soziale Umwelt zu reorganisieren.

Bei vielen Patienten besteht die Gefahr, dass sie nach der stationären Entwöhnungstherapie ihren alten, Abhängigkeit erzeugenden Lebensstil aufgrund der Gewohnheit und/oder mangelnder Alternativen wieder aufnehmen. Dieser Lebensstil ist vor allem auf die Beschaffung und Einnahme von Drogen und damit auf die kurzfristige Bedürfnisbefriedigung ausgerichtet. In dieser Phase ist es daher wichtig, dem Patienten zu helfen seine geplanten Veränderung (z.B. in Beruf, Freizeit, sozialem Umfeld, eigenen Gewohnheiten) umzusetzen und ihm zu helfen, durch die Lebensstilveränderung Belohnungsquellen zu erschließen, die auf längere Sicht zu einem subjektiven Befinden von Lebenszufriedenheit und Wohlbefinden führen.

Die schon in der stationären Phase begonnene Reorganisation des sozialen Umfeldes bekommt jetzt noch mehr Bedeutung. Die Bindungen zu Mitpatienten aus der stationären Phase helfen zwar anfangs, noch fehlende soziale Bindungen zu überbrücken und diesen schwierigen Wechsel zum eigenverantwortlichen Gestalten des Alltages zu vollziehen, trotzdem gewinnen alte Freunde und Familie in der ambulanten Phase wieder viel mehr an Bedeutung. Durch eine ausgewogene Strukturierung des Tagesablaufes in Erwerbsleben, Freizeitgestaltung und Erholungsphase soll dem Patienten geholfen werden, einen balancierten Lebensstil mit abstinenzorientierter Werthaltung aufzubauen.

Entscheidend ist dabei auch, dass der Patient rechtzeitig subtile drogenorientierte Stimmungsveränderungen und automatisiertes Drogenverlangen erkennt und entsprechend gegensteuert.

6.2.2. Festigung der zufriedenen Abstinenz und Abschluss der Therapie

Die letzte Phase der Therapie dient der Festigung der bisher vollzogenen Veränderungen und der langfristigen Gestaltung einer zufriedenen Abstinenz.

Die Neubewertung der Werte, Grundannahmen und Haltungen zur Welt und damit besonders der Abschied von überzeichneten, grandios verzerrten oder schlicht irrationalen Idealen ist der schmerzhafteste Schritt auf dem Weg der Genesung. Er gelingt dauerhaft nur, wenn an die Stelle der alten Träume eine neue, an die Realität des Patienten adaptierte „Vision“ tritt, ein lohnenswertes und sinnerfülltes Ziel, das dem Leben eine hoffnungsvolle Richtung gibt (Götz W., 1998).

Um die Zeit **nach** der Therapie vorzubereiten, ist ein wichtiges Thema die Vermittlung der Bedeutung von Selbsthilfegruppen als Sicherung der Abstinenz. Die Patienten werden angehalten, mehrere Selbsthilfegruppen (Narcotic Anonymous, Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund, Guttempler, Blaues Kreuz oder Selbsthilfegruppen von Haus Lenné) zu besuchen und eine für sie passende Selbsthilfegruppe auszusuchen. Wichtig ist auch die Neuformulierung eines Notfallprogramms, falls es doch zu einem Rückfall kommen sollte (Was tun?, an wen wenden? usw.) und in besonderen Fällen die Weitervermittlung in andere Helferstrukturen.

Um die Eigenverantwortung zu stärken wird gegen Ende der Therapie das Urinkontrollprogramm langsam ausgeschlichen und die dabei oft entstehenden „drogen-erlaubnisgebenden Gedanken“ thematisiert und kognitiv verarbeitet.

Der Abschied von der Gemeinschaft wird mit einem Abschiedsfest im Haus Lenné vollzogen, auf dem die Patienten vor der gesamten aktuellen Patientenschaft sowie eingeladenen ehemaligen Patienten über ihre Therapie reflektieren und sich verabschieden. Als Abschiedsgeschenk erhalten die Patienten einen Amethysten, einen Halbedelstein, der für Abstinenz steht und ihnen als eine Art „Anker“ (Krusche, 1994) dienen soll, um sich in schwierigen Situationen an die erfolgreich beendete Therapie zu erinnern und neue Kraft zu schöpfen.

6.3. Nachsorgephase

Mit dem Ende der Therapie ist der Prozess der Krankheitsbewältigung und des Nachreifungsprozesses nicht beendet. Oft empfinden Patienten eine große Verunsicherung, wenn jetzt Einzel- und Gruppentherapie wegfallen und sie vermehrt auf sich allein gestellt sind. Ziel dieser Phase ist es, das bisher erreichte zu stabilisieren und die Eingliederung in die sozialen und beruflichen Bezüge weiter zu fördern.

6.3.1. Selbsthilfegruppen

Die Selbsthilfegruppe (Narcotic Anonymous, Anonyme Alkoholiker, Kreuzbund, Guttempler, Blaues Kreuz oder Selbsthilfegruppen von Haus Lenné) wird in der Nachsorgephase zu einer der wichtigsten Säulen für die Sicherung einer langfristigen Abstinenz. Durch die Selbsthilfegruppe bekommt der Einzelne Anregungen und Hilfe für eine neue Lebensperspektive, neue Kontakte und Beziehungen und auch die Möglichkeit, selbst helfend aktiv zu werden. Da die Informationen durch ebenfalls Betroffene vermittelt werden, können sie leichter akzeptiert werden.

6.3.2. Suchtberatungsstelle

Schon während der Therapie nimmt der Bezugstherapeut Kontakt zu der vermittelnden Suchtberatungsstelle auf. Sowohl beim Wechsel in die ambulante Phase als auch bei Beendigung der Therapie informiert der Bezugstherapeut die Suchtberatungsstelle über den nächsten Schritt und unterstützt die erneute persönliche Kontaktaufnahme des Patienten zu seinem Drogenberater, um im Notfall auch hier einen Ansprechpartner zu haben.

7. Behandlungsmodule

7.1. Therapeutische Behandlungsmodule

7.1.1. Gruppentherapie in den Bezugsgruppen

Die Bezugsgruppen sind als Kleingruppen mit bis zu 10 Patienten konzipiert. Sie finden 3 mal pro Woche über 100 Minuten statt.

Der Gruppentherapie in den Bezugsgruppen kommt in unserer psychotherapeutischen Konzeption eine zentrale Rolle zu. Die Gruppe dient als sozialer Mikrokosmos für die Diagnostik und Veränderung zwischenmenschlicher Beziehung. In der Gruppentherapie erfahren sich die Patienten vor allem in den Auswirkungen ihrer interaktionellen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Im Mittelpunkt der Gruppe stehen das oft nicht nichtbewusste drogenorientierte Verhalten und Erleben, immer wiederkehrendes spontanes Suchtverhalten und die damit verbundenen abhängigkeitsstypischen Verhaltensmuster.

Die Gruppe dient dazu, alte Verhaltensmuster zu entdecken und neue kompetente Bewältigungsversuche zu trainieren. In der Konfrontation mit den anderen Sichtweisen der Gruppenmitglieder erfährt der Patient Unterschiede, die ihn anregen, nach Verhaltensalternativen und anderen Bewertungsstrategien zu suchen. Feedbackprozesse der Gruppe festigen das Verhalten und fördern die Identitätsbildung.

Durch Übungen und Rollenspiele, die Veränderung „innerer Dialoge“ und gezielte Verhaltensexperimente werden rückfallnahe Risikosituationen bearbeitet und Möglichkeiten der Verlangenssteuerung erprobt.

In der Gruppe erleben die Patienten emotionale Zugehörigkeit, Identifikation und die Möglichkeit zu emotionalen Auseinandersetzungen in einem sicheren Bezugsrahmen.

7.1.2 Einzelpsychotherapie

Jeder Patient hat über die Dauer der gesamten Behandlung, d.h. während der stationären und der ambulanten Phase Anspruch auf eine 50-minütige Einzeltherapiesitzung pro Woche.

Hier geht es um die Aufdeckung und das Durcharbeiten des Stellenwertes der Sucht im Lebenszusammenhang des Betroffenen, um so das "Abschiednehmen" von süchtigen Lebensmustern zu ermöglichen. Wesentliche Inhalte der Therapie sind nach einer Verhaltensanalyse die Aufdeckung von Konsummustern, der Umgang und/oder die Vermeidung von Auslösemustern, die Gestaltung eines abstinenten Umfeldes, das Einüben von Grenzziehungen, die Überprüfung des Selbstbildes, die Erhöhung der Frustrations- und Ambiguitätstoleranz, der Umgang mit Craving und die Förderung von Empathie. Darüber hinaus werden mit dem Patienten Möglichkeiten der Veränderung komorbider Symptomatiken besprochen und entsprechende Interventionen in den therapeutischen Prozess mit einbezogen. Die Patienten werden angeregt, andere kognitive und emotionale Bewertungsstrategien auszuprobieren und dabei offen zu sein für neue Erfahrungen.

7.1.3. Suchtbasisgruppe

Von der ersten bis zur achten Therapiewoche nimmt jeder Patient an der wöchentlich stattfindenden Suchtbasisgruppe teil. Sie ist als psychoedukative Gruppe kognitiv angelegt (siehe Petry J., 1996, Franke P. & Schildberg F., 2004) und bietet dem Patienten die Möglichkeit der intensiven Auseinandersetzung mit dem Suchtthema. Die acht einzelnen Gruppentermine bauen thematisch aufeinander auf. Ein Ausschnitt aus den Themen:

- Abhängigkeitserkrankung als chronische Krankheit, Bedeutung und Auswirkung auf den Alltag
- Maximaler Abstand zu Drogen; Bewertung von Plätzen, Dingen und Personen als Auslöser für Drogenkonsum
- Die Differenzierung der Auslösereize in vermeidbare und nicht vermeidbare; Szenesprache als Auslösereize für Craving („heiß reden“), Erarbeiten möglicher Sprachalternativen
- Das Problem unstrukturierter Zeit; Tag für Tag Planung, kein Leerlauf im Alltag
- Das Vorbereiten von Handlungsritualen, die drogenorientierendes Verhalten unterbrechen; Techniken, die Verfügbarkeit von (Bar-)Geld zu verringern
- Neurobiologische Wirkung von Drogen im Gehirn

7.1.4. Rückfallpräventionstraining

Das Rückfallpräventionstraining schließt ab der neunten Woche an die Suchtbasisgruppe an. Es stellt einen handlungsorientierten und situationsspezifischen Ansatz (siehe auch Altmannsberger W. ; 2004, Körkel J.& Schindler C., 2003) dar, der sich schwerpunktmäßig mit dem Thema Rückfall und entsprechenden primären und sekundären Präventionsmöglichkeiten auseinandersetzt. In acht Gruppensitzungen werden Risikosituationen und zentrale Kognitionen, die mit der Möglichkeit eines zukünftigen Rückfalls in Zusammenhang stehen, individuell erarbeitet und, daraus abgeleitet, werden kognitive und behaviorale Copingstrategien besprochen und trainiert.

Zentrale Themen sind:

- Vermittlung des Konzeptes: Rückfall als Prozess anhand des Rückfallmodells von Marlatt G.A. (1989)
- Training von Notfallreaktionen; Techniken, die die Drogeneinnahme verhindern sollen, wenn die normalen Bewältigungsversuche versagt haben.
- Erarbeitung von individuellen Risikosituationen und Copingstrategien (antizipatorisches, unmittelbares und schadensbegrenzendes Coping)
- Ablehnungstraining; Entwicklung aktiver Strategien, die eigene Abstinenzentscheidung deutlich bekannt zu machen.
- Was tun, wenn man einen Rückfall gebaut hat? Schadensbegrenzung

7.1.5. Motivation

Ziel der Gruppe Motivation ist es zu vermitteln, dass eine Abstinenzentscheidung kein einmalig getroffener Entschluss ist, sondern in verschiedenen Situationen immer wieder neu bekräftigt und sich bewusst gemacht werden muss. In den sechs Gruppensitzungen werden mit Hilfe interaktiver Methoden die Abläufe motivationaler Prozesse und die Erarbeitung von Handlungsspielräumen dargestellt.

7.1.6. Angehörigenarbeit

Von einer Suchterkrankung ist nicht nur der Abhängige selbst, sondern sind auch die Familie, Partner/in und andere Bezugspersonen betroffen. Für die erfolgreiche Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung ist der Einbezug von Mitgliedern der Herkunfts- und Kernfamilie für den Genesungsprozess von großer Bedeutung. Im Verlauf der Entstehung einer Abhängigkeitserkrankung haben sich die Mitglieder eines Familiensystems durch Anpassung ihrer Verhaltens- und Beziehungsmuster immer wieder neu aufeinander eingestellt und so versucht, mit der Abhängigkeitserkrankung des betroffenen Familienmitglieds umzugehen. So werden mit der Zeit nicht-suchtmittelabhängige Familienmitglieder nicht nur Opfer der Suchterkrankung, sondern tragen auch zur Chronifizierung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung bei, was als Co-Abhängigkeit bezeichnet wird (Rennert M., 1989)

7.1.6.1. Angehörigenseminar

Im eintägigen Angehörigenseminar, welches alle 8 Wochen stattfindet, werden den von den Patienten eingeladenen Angehörigen Informationen über die Suchterkrankung und über Co-Abhängigkeit vermittelt. Außerdem wird über Hilfsmöglichkeiten und Selbsthilfegruppen informiert, insbesondere das Thema des Rückfalls mit Suchtmitteln betreffend.

7.1.6.2. Angehörigengespräche

Durch Angehörigengespräche sollen spezielle Themen, die den Rahmen eines Angehörigenseminars sprengen würden, angegangen werden. Dabei sollen Konfliktfelder frühzeitig erkannt und die Angehörigen in den Veränderungsprozess einbezogen werden. Besondere Themen können u.a. sein: der Umgang mit Kindern, die Ablöseproblematik vom Elternhaus, Paarprobleme.

7.1.7. Intensivseminar

Im dreitägigen psycho-therapeutischen Intensivseminar werden die Themen aufgegriffen, deren Bearbeitung in den üblichen Strukturen der Einrichtung den Rahmen allein schon zeitlich sprengen würden. Primärer Fokus liegt auf der Etablierung von abstinenzorientierten Werten in der jeweils aktuellen Patientengruppe. Thematische Vorgaben sind dabei explizit:

- Kommunikation
- Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Kritikfähigkeit
- Umgang mit Aggressionen
- Verbesserung der Kontaktfähigkeit

Durch edukative Elemente werden neue Erkenntnisse über das Entstehen von Selbstbildern, Interaktionsstile, Problemlösungsverhalten, dysfunktionale Verhaltensmuster, Entstehungsbedingungen emotionaler Erlebens- und Verhaltensmuster in der Sozialisation und Kommunikationsstile etc. vermittelt und der Zusammenhang zur Abhängigkeitserkrankung dargestellt.

Durch angeleitete Übungen, Rollenspiele, mündliche und schriftliche Selbstreflexion, Diskussionen und Rückmeldungen der Patienten untereinander wird die Introspektions- und Reflexionsfähigkeit gefördert sowie Kontakt- und Abgrenzungsverhalten geübt.

Im sozialen Rahmen der Großgruppe – an den Intensivtagen nehmen alle Patienten außer den Mitgliedern der Basisgruppe teil – wird auf diesem Weg ein förderliches Klima zum Aufbau von Frustrations- und Spannungstoleranz geleistet und im weiteren Verlauf in den Alltag der Einrichtung integriert.

7.1.8 Indikative Themengruppen

7.1.8.1. Soziales Training

Viele Patienten haben gerade zu Beginn der Therapiebehandlung eine sehr schwierige soziale Situation. Ziel der Gruppe Soziales Training ist es, den Patienten Kompetenzen zu vermitteln, wie sie eigene berechnigte Forderungen gegenüber Behörden angemessen durchsetzen können, wie man Anträge stellt und ein eigenes Ordnungssystem für die persönlichen Unterlagen entwickelt.

Weitere Themenschwerpunkte sind:

- Informationen zu Beratungs- und Hilfsangeboten sowie Selbsthilfeeinrichtungen in Berlin
- Informationen zur Wohnungssuche und zu Nachsorgeeinrichtungen
- Gespräche über die finanzielle Situation und Möglichkeiten der Haushaltsplanung
- Informationen und Vermittlung zu Schuldnerberatungen.

7.1.8.2. Raucherentwöhnung

Neuere Erkenntnisse der Neurobiologie gehen davon aus, dass der Konsum von Nikotin die selben Hirnareale aktiviert, wie dies auch andere Drogen tun und daher immer wieder ein Grund für das Auslösen von Drogenverlangen sein kann.

Da mindestens 80 % der suchtmittelabhängigen Menschen stark tabakabhängig sind (Batra & Buchkremer, 2001) und beispielsweise in den Selbsthilfegruppen für Alkoholranke festgestellt wird, dass selbst bei gelungener Alkoholabstinenz die Morbidität und Mortalität durch Tabakfolgeschäden (siehe Hüllingshorst, 2002) zunehmend stark ausgeprägt ist, gewinnt die Raucherentwöhnung immer mehr an Bedeutung.

Außerdem bestätigen klinische Studien, dass eine erfolgreiche Raucherentwöhnung die Prognose einer langfristigen Suchtmittelabstinenz fördert. Dies widerspricht der landläufigen Meinung, dass eine zusätzliche Nikotinentwöhnung die Rückfallrate von Drogenabhängigen negativ beeinflusst.

Um diesen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung zu tragen, ist im Haus Lenné das Rauchen nur außerhalb des Hauses erlaubt. Im Rahmen des Gesundheitstrainings wird sehr ausführlich auf die Folgeschäden des Rauchens eingegangen und in der Anfangsdiagnostik mit dem Fagerströmtest die Schwere der Tabakabhängigkeit erfasst.

Für Patienten, die mit dem Rauchen aufhören wollen, bieten wir nach einem Vier-Punkte-Programm (Lindenmeyer, 2005; Batra & Buchkremer 2004; Unland, 1995) eine Raucherentwöhnungsgruppe an:

1. Schritt: Argumente sammeln
2. Schritt: Vorbereitung auf den Tag x mit der Punkt-Schluss-Methode
3. Schritt: Nikotinersatz
4. Schritt: Umgang mit Risikosituationen und Rückfällen

7.1.8.3. Soziales Kompetenz- bzw. Selbstsicherheitstraining (geplant)

Laut Ullrich de Muynck und Ullrich (1973) versteht man unter dem Begriff Selbstsicherheit, die Fähigkeit eines Individuums, in Relation zu seiner Umgebung eigene Ansprüche zu stellen und sie auch zu verwirklichen. Dazu gehört also, sich zu erlauben, eigene Ansprüche zu haben (Einstellung zu sich selbst), sich zu trauen, sie zu äußern (soziale Angst, Hemmung), und die Fähigkeiten zu besitzen, sie auch durchzusetzen.

Bei der geplanten Gruppe soll es sich um eine strukturierte, zielorientierte Gruppe handeln, bei der konkrete soziale Fertigkeiten (wie z.B. Kritik üben, nein sagen können etc.) in Gesprächen, Übungen und Rollenspielen erlernt werden.

Bei den einzelnen Gruppen werden zuerst notwendige Fertigkeiten theoretisch und modellhaft erarbeitet, die dann die kognitive Grundlage für das praktisch zu übende Verhalten bilden. Folgende Inhaltsbereiche bilden den Schwerpunkt des Trainings:

- Selbstbehauptungstraining, d.h. lernen, angemessen berechnete Forderungen und Ansprüche im Arbeitsbereich bzw. Privatleben durchzusetzen
- Abgrenzungstraining, d.h. lernen, sich von den Ansprüchen und Forderungen anderer abzugrenzen und „nein“ zu sagen.
- Kommunikationstraining, d.h. lernen, offen angenehme und unangenehme Gefühle gegenüber Partnern, Freunden und Bekannten zu äußern
- Kontakttraining, d.h. lernen, fremde Personen anzusprechen und ein Gespräch über längere Zeit aufrechtzuerhalten.

7.1.8.4. Paarberatung und Paartherapie

Auf Wunsch des Patienten bzw. auf Anraten des Bezugstherapeuten können Paargespräche zur Beziehungsklärung und als Hilfestellung zur Lösung von Paarkonflikten angeboten werden. Bei Paaren, deren Partner sich gemeinsam im Haus Lenné in Behandlung befinden, ist die Paartherapie obligatorisch.

7.1.8.5. Erlebnistherapie

Der von Kurt Hahn (1886-1974) geprägte Begriff beinhaltet einen handlungsorientierten Ansatz mit erlebnispädagogischen Methoden. Ziel ist es, in Situationen im Outdoor-Bereich wie z.B. beim Wandern, Klettern, Kanufahren sich bestimmten Anforderungen physischer und psychischer Art zu stellen. Dabei soll die Person lernen sich mit diesen Anforderungen auseinanderzusetzen, eigene Bedürfnisse und Fähigkeiten zu erkennen und aber auch eigene Ängste wahrzunehmen und gegebenenfalls auch persönliche Grenzen zu setzen.

In der Regel wird in der Gruppe etwas erlebt und getan und im Anschluss in der Gruppe reflektiert. Ziel dieser Gruppe ist es, Spaß zu erleben, neue Dinge auszuprobieren und sein Selbstvertrauen zu stärken.

7.1.9. Sozio- und Milieuthherapie

Viele unserer Patienten sind im Laufe ihrer Abhängigkeitserkrankung immer weiter in die soziale Isolation geraten oder haben sich fast ausschließlich nur noch in der Drogenszene bewegt. Ein geregelter Tagesablauf mit einem ausgeglichenen Wach-Schlafrythmus, körperliche Hygiene, Einhaltung sozialer Normen, Verantwortungsübernahme, eine kreative Freizeitgestaltung sind meist verloren gegangen.

Das Haus Lenné bietet den Rahmen, um diese verlorenen Fähigkeiten wiederzuentdecken und neu zu lernen. Um möglichst schnell einen Platz in der Gemeinschaft zu finden, bekommt jeder neu ankommende Patient einen „Patenpatienten“ an seine Seite gestellt, der ihm aus Patientensicht aufkommende Fragen beantworten helfen soll. Ein strukturierter Tagesablauf mit festen Mahlzeiten, Nachtruhezeiten und geregelte Therapiezeiten sollen helfen, wieder einen geregelten Tagesablauf zu erlernen. Ein vielfältiges Angebot an Freizeitgestaltung außerhalb der Therapiezeiten soll helfen, neue Interessen und Hobbys zu entwickeln und gemeinsame Aktivitäten zu planen und durchzuführen.

Durch spezielle Aufgaben, wie z.B. Wäscheverantwortlicher, Sportgeräteverantwortlicher oder Hygienebeauftragter sollen Patienten wieder üben, Verantwortung zu übernehmen und auch anderen gegenüber zu vertreten.

Nach der Entlassung bietet das Haus Lenné auf den alle 3 Monate stattfindenden Abschiedsfesten von Patienten, die ihre Therapie regulär beenden, sowie einem Sommer- und einem Weihnachtsfest für ehemalige Patienten Gelegenheit, die Bindung zur Klinik aufrechtzuerhalten.

7.1.9.1. Großgruppe und Hausplenum

Einmal wöchentlich trifft sich das Hausplenum. Hier werden die aktuellen Themen wie Konflikte, Atmosphäre im Haus, Regelverstöße, rückfälliges Verhalten etc. diskutiert. Die Großgruppe hat damit im wesentlichen vier Funktionen:

1. Klärung von Konflikten untereinander
2. Besprechung von organisatorischen Fragen und Planungen von Gruppenaktivitäten.
3. Die Großgruppe ist aber auch ein Forum, wo die therapeutische Entwicklung jedes Einzelnen für alle anderen sichtbar wird. Jeder Patient hat hier die Möglichkeit, etwas von sich selbst einzubringen, bzw. wichtige Mitteilungen an die Gruppe zu machen, um sich so z. B. Unterstützung bei der Bewältigung von aktuellen Problemen zu holen. Am Ende der stationären Phase findet ein Abschlussritual statt: Der Patient erzählt, was er in diesen vier Monaten erlebt hat, was für ihn hilfreich war, wie er sich selbst in Bezug auf seine Drogenabhängigkeit einschätzt und welche Entwicklungsschritte er für die Zukunft plant und er bekommt Rückmeldungen durch die Mitpatienten und den Gruppentherapeuten.
4. In der Großgruppe wird aber auch die im Haus herrschende Atmosphäre und das Klima in der Gruppe deutlich. Für das Team ist es wichtig zu erkennen, ob diese Atmosphäre mehr gekennzeichnet ist durch Misstrauen, Missgunst, Rivalität, Machtkämpfe und Konkurrenz oder ob es Ansatzpunkte für gegenseitige Unterstützung und Solidarität gibt. Diese gegenseitige Unterstützung zu mobilisieren und zu fördern hin zu einem solidarischen Miteinander in der Gemeinschaft ist ein zentrales Anliegen in der Großgruppenarbeit.

Am Ende der Woche wird im „Wochenausklang“, zu dem sich alle Patienten mit therapeutischer Begleitung einfinden, die Woche in einem „Blitzlicht“ reflektiert und das Wochenende vorbereitet.

7.1.9.2. Patientenplenum

Einmal in der Woche trifft sich das Patientenplenum und bespricht ohne therapeutische Begleitung anstehende Probleme des Zusammenlebens. Darüber hinaus wird ein Patientensprecher bestimmt, der die Anliegen der Patienten gegenüber der Klinik vertritt. So können Anregungen, Beschwerden, Wünsche und Konflikte seitens der Patienten besser einfließen und so die Patienten das Klinikgeschehen besser mitbestimmen.

7.2. Medizinische Behandlungsmodule

7.2.1. Medizinische Behandlung

Die medizinische Betreuung ist ein integraler Bestandteil des Gesamtbehandlungskonzeptes. Der Arzt der Einrichtung erstellt in fortlaufenden gemeinsamen Fallbesprechungen zusammen mit den anderen Fachkollegen des Behandlungsteams die Therapieplanung für die jeweiligen Patienten. Während der gesamten Behandlungsdauer ist eine intensive medizinische Betreuung sichergestellt: Eingangsuntersuchung, regelmäßige Arztprechstunden, regelmäßige ärztliche Zwischenuntersuchungen, Versorgung bei allen akuten Erkrankungen und Gesundheitsproblemen und ärztliche Abschlussuntersuchung bilden das Grundprogramm der ärztlichen Versorgung im Haus Lenné.

7.2.2. Gesundheitstraining

In der Gruppe Gesundheitstraining werden unter Anlehnung an Module der Curricula der deutschen Rentenversicherungsträger und erweitert durch zusätzliche für Abhängigkeitskranke relevante Gesundheitsthemen, den Patienten Lernziele vermittelt, die ihr Wissen erweitern, zur Überprüfung ihrer Einstellung anregen und ihnen helfen, Handlungskompetenzen zu erwerben.

Neben Vorträgen gehören dazu Gruppengespräche und praktische Übungen unter ärztlicher Anleitung. Das Angebot versucht, das Problembewusstsein der Patienten bezüglich ihrer körperlichen Befindlichkeit zu steigern und soll Anregungen geben, sich mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Gezielte Informationen fördern das Verständnis der eigenen Erkrankung und bestärken die Patienten in einem gesundheitsfördernden und -erhaltenden Umgang mit sich selbst.

Mit den Patienten werden folgende Themen bearbeitet:

- Pathophysiologie der Suchtmittelwirkung

- Hepatitis:

Neben der Darstellung der unterschiedlichen Hepatitisformen, der Übertragungswege und der Infektionsgefährdung wird besonders auf das Krankheitsbild der chronischen Virushepatitis mit ihrem Verlauf, den Folgekrankheiten, den Präventionsmöglichkeiten und den Chancen der Behandlung eingegangen.

- Schmerzbewältigung:

Eine Einführung in mentale Techniken der Schmerzbewältigung erweitert das Wissen um die physiologischen Abläufe des Schmerzes und die körperlichen Reaktionen auf Schmerz, zieht Parallelen zur Sucht und stellt Strategien zum Umgang mit Schmerzen und Verlangenszuständen vor.

Ein angemessener Umgang mit Schmerzmitteln und psychoaktiven Medikamenten wird ausführlich thematisiert.

- Ernährung:

Mit den Patienten wird die Grundlage einer gesunden, vollwertigen Ernährung erarbeitet und dieses Wissen in der praktischen Anwendung geübt.

- Rückenschule:

Die Darstellung der Anatomie und Physiologie der Wirbelsäule und der Wirkweise der Rückenmuskulatur geben Einblick in die Bewegungsmöglichkeiten des menschlichen Körpers, Imaginationsübungen steigern die Körperwahrnehmung, die Patienten lernen rüchenschonende Arbeitsweisen und moderne Arbeitshilfen kennen. Dehn- und Kräftigungsübungen geben Anregungen zur Gestaltung der täglichen Morgengymnastik. Durch gezielte Informationen zum sinnvollen Umgang mit Kraftsporttraining werden die Patienten zu gesundheitsförderndem Fitnessstraining angeregt.

- Suchtakupunktur:

Ein Einblick in die Wirkweise der chinesischen Medizin vermittelt Verständnis für die Wirkung der Akupunktur, die im Haus als Behandlungsmethode eingesetzt wird.

- Umgang mit Lebensmitteln:

Die Patienten werden sowohl gemäß Infektionsschutz- als auch Lebensmittelgesetz im sachgerechten Umgang mit Lebensmitteln vor dem Einsatz in der Gemeinschaftsküche geschult.

7.2.3. Suchtakupunktur

Akupunktur ist im Verständnis der chinesischen Medizin eine Regulationstherapie, ihr Wirkprinzip beruht auf einer Harmonisierung energetischer Gleichgewichtsstörungen. Suchtakupunktur bewirkt eine Anregung der körpereigenen Endorphinausschüttung, die infolge des Drogenkonsums herabgesetzt ist. Die Patienten berichten von körperlichem Wohlfühl, Entspannung und Beruhigung unter der Akupunktur. Akupunktur wirkt bei den Suchtpatienten unabhängig von deren stoffspezifischer Abhängigkeit.

Die Teilnahme an der wöchentlich stattfindenden Akupunkturgruppe ist ein offenes Angebot unseres Hauses. Die Behandlung wird in einer ruhigen Umgebung für 20-45 Minuten im Liegen oder Sitzen durchgeführt. Dabei werden nach Desinfektion der Ohrmuschel 5 Punkte mit sterilen Einmalnadeln genadelt, zusätzlich zwei Körper-

punkte. Die Einstiche werden nur selten als schmerzhaft empfunden, in wenigen Fällen kommt es nach Entfernung zu einer geringen Nachblutung. Auf eine sorgfältige Entsorgung der gebrauchten Nadeln, die sich die Patienten unter Aufsicht selbst entfernen, wird geachtet.

Akupunktur wird heute weltweit in über 600 Einrichtungen der Drogenhilfe zur Behandlung Drogenabhängiger eingesetzt. Ihr großer Erfolg hat dazu geführt, dass diese Behandlungsmethode in den USA Eingang in den Strafvollzug gefunden hat. Sie unterstützt als nonverbales Verfahren die Wirksamkeit psycho- und soziotherapeutischer Behandlung. Sie ist besonders erfolgreich im akuten Entzug und wirkt stabilisierend in der Entwöhnungsbehandlung, z. B. geht unter Akupunktur die Cravinghäufigkeit zurück. Suchtakupunktur findet bevorzugt in Gruppen statt, da das Gruppensetting den positiven Behandlungseffekt verstärkt.

7.2.4. Entspannungstraining

Als therapeutisches Gegengewicht zu der von den Patienten gesuchten stimmungsmodulierenden Wirkung von Suchtmitteln sowie als direkte Rückfallprophylaxe, legen wir großen Wert auf das Erlernen eines Entspannungsverfahrens während der stationären Therapiephase. Folgende Verfahren werden von uns angeboten:

- Autogenes Training nach Schultz: es reduziert die Stressfolgen des Konsums und des Lebens im Suchtmittelmilieu und vermittelt - oftmals zum ersten Mal - ein Gefühl für den eigenen Organismus mit seinen Möglichkeiten und Grenzen. Außerdem kann es dazu beitragen, sich der eigenen Ressourcen bewusst zu werden, sich Entspannung und Ruhe zu verschaffen, ohne psychotrope Substanzen einzunehmen.
- Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen: für Patienten, denen es schwerfällt, sich auf den ruhigen, meditativen Rahmen des Autogenen Trainings einzulassen, bieten wir die eher aktive Methode an.

7.2.5. Sporttherapie

Sporttherapie hat eine große Bedeutung in der Vermittlung von Körperwahrnehmung und dem Zugang zu eigenen, lange ungenutzten Kräften. Sie ist aber auch von erheblicher Bedeutung für den Abbau von Stress, der u.a. bei psychotherapeutischem Arbeiten entsteht. Sie gleicht aus, stabilisiert und schafft oft ein Ventil für sonst kaum konfliktarm zu lösenden Aggressionen.

Eine regelmäßige sportliche Betätigung gehört zu den Pflichtveranstaltungen der Therapie. Hierbei wird auch ein exzessives Umgehen mit Sport thematisiert und abgemildert. Ziel ist das Erlernen eines gesundheitsfördernden Umgangs mit der Bewegung.

7.2.6 Urin- und Atemluftkontrollen

Alle Patienten geben während der stationären Phase zweimal und während der ambulanten Weiterbehandlung einmal pro Woche unter Sicht eine Urinprobe ab. Die Untersuchung erfolgt auf 5 Parameter: Opiate, Kokain, Amphetamine, Cannabis, Benzodiazepine. Neben einer klinisch verlässlichen Behandlungskontrolle bietet die Urinuntersuchung vor allem einen hohen Schutz für die Patienten in rückfallkritischen Situationen. Ebenso finden regelmäßige Atemluftkontrollen über ein Alkoholtestgerät statt.

Ein wesentliches Merkmal der Sucht ist die Verleugnung der Drogeneinnahme und damit zusammenhängender Handlungen: Im Verlauf der Behandlung hegen Patienten immer wieder heimliche Rückfallpläne, die sie dann durchführen, wenn die Hoffnung besteht, dass sie unbemerkt bleiben. Fortlaufende Urinkontrollen unterbrechen diesen Mechanismus wirkungsvoll, da hierdurch unbemerkte Rückfälle unwahrscheinlich werden. Die meisten Patienten empfinden die Urinkontrollen daher als zusätzlichen Schutz vor Rückfällen. Das Wissen, dass Rückfälle nicht unentdeckt bleiben, ist ein Grund mehr, sich von einer Drogeneinnahme abzuhalten. Die Unmöglichkeit, "ab und an" heimlich rückfällig zu werden, ermöglicht es ihnen rechtzeitig, ihre Rückfallgedanken mitzuteilen, statt sie auszuleben. Die Erwartung, daß die Patienten immer "ehrlich" sein sollten, ist angesichts des Krankheitsbildes schlicht eine Überforderung. Mehrmaliges Verleugnen führt dann zu Schamreaktionen, aus denen die Patienten nicht mehr herausfinden, so dass sie schließlich den Weg des Therapieabbruchs wählen. Je früher die Drogeneinnahme zur Sprache kommt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihre Folgen im Rahmen der Therapie handhabbar sind.

Eine weitere Funktion der Urinanalyse ist der Schutz der Einrichtung als suchtmittelfreier Raum. Patienten können sicher sein, dass ihre Mitpatienten suchtmittelfrei sind, bzw. Rückfälle den anderen Patienten mitgeteilt werden, so dass sie immer wissen, woran sie sind, und dass sie sich an einem sicheren Ort befinden.

Darüber hinaus ermöglichen Urinalysen das zeitnahe Erkennen von Rückfällen. So kann rechtzeitig mit geeigneten Interventionen reagiert werden, bevor sich ein Rückfallmuster etabliert hat, das die Motivation des Patienten zerstört und nicht mehr kontrollierbar ist.

7.3. Arbeitsbezogene medizinische Rehabilitation

7.3.1. Arbeitstherapie

7.3.1.1. Arbeitstherapieplanung

Die Bedeutung von Arbeit für die Langzeitprognose bei Suchtmittelabhängigen wurden schon weiter vorn betont.

Innerhalb der ersten zwei Wochen der Entwöhnungsphase wird in interdisziplinärer Zusammenarbeit eine ausführliche Schul-, Ausbildungs- und Berufsanamnese erstellt. Dabei werden der Stand der Schul- und Berufsausbildung, Art und Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit bzw. Erwerbslosigkeit, Zeiten der Berufsunfähigkeit, der

aktuelle berufliche Status und Informationen zur letzten versicherungspflichtigen Tätigkeit erhoben. Weiterhin werden Ressourcen, berufliche Ziele, der Einfluss der Suchterkrankung auf den beruflichen Werdegang erfragt.

Während der 14-tägigen Anfangsphase werden die Patienten stundenweise an 5 Tagen der Woche in der Holzwerkstatt, z.B. beim Kanubau, zugeteilt. Dabei wird ein erstes Fähigkeitsprofil erstellt. Diese „Belastungserprobung dient der Ermittlung der körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsbereitschaft des Patienten, umfasst die soziale Anpassungsfähigkeit seines Könnens und seiner beruflichen Eingliederungschancen und die Dauerbelastung im Arbeitsleben“ (Lappe, 2003).

Die Einführung eines Leistungsdiagnostikverfahrens zur Erfassung der arbeitsrelevanten Fähigkeiten der Person (MELBA Verfahren, Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997; Weinmann, 1991) unabhängig vom aktuellen oder früheren Tätigkeitsbereich ist geplant, um neben der Leistungsbeurteilung durch die Arbeitstherapeuten zu einer möglichst objektiven Leistungseinschätzung zu kommen. So kann am Ende der stationären Phase die Entwicklung des Patienten im arbeitstherapeutischen Bereich mit dem Fähigkeitsprofil zu Beginn der Therapie verglichen werden. Am Ende dieser Diagnostikphase wird anhand der Ergebnisse mit dem Patienten ein individueller Plan zur beruflichen Rehabilitation erarbeitet, der je nach der beruflichen Situation des Patienten sehr unterschiedliche Ziele enthalten kann:

- Entwicklung und Ausbau bereits bestehender Fähigkeiten und Ressourcen
- Vorbereitende Maßnahmen zur Erreichung eines Schulabschlusses
- Abschluss einer unterbrochenen Ausbildung (Lehre)
- Aufnahme einer Ausbildung oder evtl. einer Umschulung
- Wiedereinstieg ins Berufsleben über Arbeitsförderungsmaßnahmen
- Planung der Rückkehr an einen vorhandenen Arbeitsplatz

7.3.1.2. Ablauf der Arbeitstherapie:

Das Haus Lenné bietet folgende Arbeitsbereiche an:

- Holzwerkstatt
- Kanubau
- Fahrradwerkstatt
- Küche
- Garten
- Haustechnik/ Renovierung
- EDV-Betreuung

Ziel der Arbeitstherapie ist es, den einzelnen Patienten dabei zu unterstützen, erforderliche Fähigkeiten im Arbeitsleben zu erlangen oder zu reaktivieren, vorhandene Kompetenzen zu entdecken und auszubauen und Defizite zu erkennen und zu überwinden. Außerdem sollen im Laufe der therapeutischen Behandlung das Durchhaltevermögen für berufliche Belastungssituationen und die Kontinuität im Arbeitsverhalten gesteigert werden und die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen erfolgreich getaner Arbeit und Selbstwertsteigerung vermittelt werden. Unabhängig von der jeweiligen Tätigkeit ist auch die Zusammenarbeit mit Mitpatienten und Arbeitstherapeuten ein gutes Übungsfeld für den Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten an zukünftigen Arbeitsplätzen.

Durch den Einbezug von Reha-Beratern der Deutschen Rentenversicherung und Beratern des Arbeitsamtes sollen den einzelnen Patienten Möglichkeiten einer Neuorientierung in ihrem Berufsleben aufgezeigt werden.

7.3.2. Bewerbungstraining

Um den Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit zu erleichtern, wird nach ca. zweimonatiger Therapiezeit ein Bewerbungstraining als Indikationsgruppe angeboten. Zu Beginn werden für jeden Patienten seine berufsrelevanten Fähigkeiten sowie eigene berufliche Wünsche und Perspektiven gesammelt und auf ihre Umsetzungsmöglichkeiten überprüft. Die Patienten erstellen im Laufe der Indikationsgruppe ein Bewerbungsanschreiben und eine Bewerbungsmappe.

Außerdem werden Informationen zu aktuellen Arbeitsprojekten, möglichen Stellen- und Kursangeboten der verschiedenen Träger der beruflichen Wiedereingliederung und der Jobcenter sowie zur Recherche von Stellenangeboten vermittelt.

In Rollenspielen werden Bewerbungssituationen geprobt mit dem Ziel, die Patienten zu befähigen, sich realistisch einzuschätzen und entsprechend vorbereiteter und selbstbewusster in einer realen Bewerbungssituation zu bestehen.

7.3.3. EDV-Schulungen

In einem großen, modernen Schulungsraum im Italienhaus stehen 8 EDV-Arbeitsplätze, die auch miteinander vernetzt sind und Internetzugang besitzen, für EDV-Schulungen zur Verfügung. Daneben können Patienten im Bettenhaus auch außerhalb der Strukturzeiten an 4 PC-Plätzen ihre EDV-Kenntnisse üben und Schriftverkehr erledigen.

Die EDV-Schulungen richten sich sowohl an Anfänger als auch an Fortgeschrittene. Der Anfängerkurs bietet in 6 x 45 Minuten die Vermittlung von Grundkenntnissen in der Textverarbeitung in Word auf der Grundlage von Windows und die Erklärung der Komponenten eines PC-Arbeitsplatzes.

Für Fortgeschrittene bietet das Haus Lenné in 6 x 45 Minuten eine Vertiefung der Kenntnisse in Word und die Vermittlung von Grundkenntnissen in der Tabellenkalkulation Excel an.

7.3.4. Kreativitätsförderung

Auch die Förderung des individuellen schöpferischen Ausdrucks halten wir in der Arbeit mit abhängigen Menschen für bedeutsam. So kann der oft verlernte sprachliche Ausdruck durch eine nichtsprachliche Methode ergänzt werden. Daher messen wir unseren kreativen Angeboten (kreatives Gestalten mit unterschiedlichsten Medien, Fotoarbeiten, Musik etc.) einen hohen Stellenwert zu. Um ein vielfältiges Angebot in diesem Bereich bieten zu können, arbeiten wir hier auch mit künstlerisch tätigen Honorarkräften. So bieten wir zur Zeit eine Gitarrengruppe an und haben kürzlich in einem groß angelegten Theaterprojekt das Stück „Harvey“ erfolgreich aufgeführt.

8. Behandlungsmodule der ambulanten Phase

8.1. Ambulanzgruppe

Die Sitzungen der Ambulanzgruppe finden 1 x wöchentlich statt. Ihre Dauer beträgt 2 x 100 Minuten. Die Gruppengröße beläuft sich auf bis zu 8 Patienten.

Vor allem der Wegfall der im stationären Rahmen durch die Einrichtung vorgegebenen Tagesstruktur und der allgegenwärtigen Möglichkeiten von Austausch in der Gemeinschaft bewirkt in den ersten Wochen eine starke Verunsicherung. Hier erhält der Ambulanzpatient durch die geschlossene Gruppe und die Vertrautheit der Gruppenmitglieder gerade am Anfang Halt, um sich den neuen Anforderungen zu stellen. Der Gedanke, „gemeinsam diese Therapie abzuschließen“, gibt zusätzliche Motivation, auch in schwierigen Zeiten die Therapie nicht abzubrechen. Da sich die Gruppenmitglieder im Haus schon sehr intensiv kennengelernt haben, sind ein hohes Maß an Unterstützung und ein guter Erfahrungsaustausch möglich. Das macht ihnen ihre erreichten Entwicklungs- und Veränderungsschritte deutlich und kann zu einer deutlichen Stärkung des Selbstbewusstseins beitragen und damit das Selbstwertgefühl und die abstinente Identität festigen.

8.2. Einzeltherapie

Der Einzeltherapeut begleitet den Patienten bei der Umsetzung der in der stationären Zeit gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen in sein unmittelbares Lebensumfeld und unterstützt ihn in der Aufrechterhaltung bzw. Weiterentwicklung der begonnenen Veränderungen. Dabei erfordern die gegenüber dem stationären Setting veränderten Bedingungen ein Überprüfen und gegebenenfalls eine Modifikation der gesteckten Ziele und der Strategien, diese zu erreichen.

Im Falle von Krisen und/oder Rückfällen entwickeln Einzeltherapeut und Patient gemeinsam Strategien, diese möglichst zeitnah wirkungsvoll aufzufangen.

Auch das soziale Umfeld kann bei Bedarf in Form von Angehörigengesprächen in den Genesungsprozess einbezogen werden.

8.3. Medizinische Betreuung

Die in der stationären Phase begonnene medizinische Betreuung wird vom Arzt der Ambulanz fortgesetzt, um auch von der medizinischen Seite den Genesungsprozess weiter zu fördern.

8.4. Volleyballtraining

Einmal in der Woche treffen sich alle Patienten der Ambulanz zu einem gemeinsamen Volleyballtraining. Ziel ist neben der körperlichen Ertüchtigung, dass die Patienten untereinander im Kontakt bleiben und die Möglichkeit haben, bei Problemen ohne Schwierigkeiten einen Ansprechpartner zu finden.

9. Umgang mit Rückfällen während der stationären Behandlung

Da wie bereits weiter oben ausgeführt aus unserer Sicht Rückfälle ein Teil des Genesungsprozesses sein können, erfordert der Rückfall mit Suchtmitteln während der Behandlung ein strukturiertes und transparentes Vorgehen, das den Rückfall des Betroffenen weder bagatellisiert noch dramatisiert (Körkel & Kruse, 2000).

Hat ein Patient einen Rückfall und kommt intoxikiert in die Einrichtung, wird zunächst überprüft, ob eine Verlegung in eine Entgiftungsstation notwendig ist oder ob er in der Einrichtung verbleiben kann. Sofern keine medizinischen Bedenken bestehen und der Patient kooperiert, wird der Patient zur Ausnüchterung und besseren Beobachtung in den Aufnahmebereich verlegt.

Ist der Patient nach seiner Detoxikation zu einer Weiterbehandlung bereit, wird mit ihm eine „Rückfallaufarbeitungswoche“ vereinbart, die bei Bedarf auch verlängert werden kann. Während dieser Zeit kann der Patient das Klinikgelände nicht verlassen. Es erfolgt eine kritische Aufarbeitung des Rückfallgeschehens in mehreren Schritten (Körkel & Kruse, 2000; Wohlfahrt, 1995):

1. Da ein Rückfall auch Ausdruck einer persönlichen Krise ist, wird die therapeutische Anbindung an den Einzeltherapeuten intensiviert. Schwerpunktthemen der Einzelgespräche sind eine Analyse der Rückfallbedingungen und Rückfallsituation selbst, eine kritische Überprüfung der Krankheitseinsicht, Abstinenzentscheidung und Veränderungsbereitschaft des Patienten.
2. In seiner Bezugsgruppe stellt der Patient das Rückfallgeschehen dar, um sich daraufhin mit den Rückmeldungen aus der Gruppe auseinanderzusetzen und für sich entsprechende Rückschlüsse zu ziehen.
3. Angehörige, die in einem engen Verhältnis zum Patienten stehen, werden informiert und, wenn sinnvoll, in den Behandlungsprozess einbezogen.
4. Auch im Patientenplenum stellt der Patient seinen Rückfall dar, um alle Patienten über seinen Rückfall zu informieren, seine eigene Betroffenheit deutlich machen zu können und sich auch hier ein Feedback holen zu können.

Der Rückfall des Patienten wird im therapeutischen Team besprochen und entsprechend analysiert. Dabei werden auch der bisherige Verlauf sowie die Therapie- und Veränderungsmotivation des Patienten kritisch hinterfragt. Nach Ablauf der Rückfallaufarbeitungswoche trifft das Team je nach Beurteilung des Verlaufes die entsprechenden Entscheidungen und Maßnahmen: ob die Behandlung fortgesetzt wird oder nicht und ob die Therapieplanung verändert werden muss (z.B. Verkürzung oder Verlängerung der Therapie, Vorbereitung einer Nachsorge, Verlegung in eine andere Klinik etc.).

Gründe für eine vorzeitige Entlassung können seine mangelnde Compliance, fortgesetzte Bagatellisierung des Rückfalles oder fehlende Veränderungsbereitschaft sein. In keinem Fall kann die Therapie fortgesetzt werden, wenn der Patient innerhalb des Klinikgeländes oder gemeinsam mit Mitpatienten konsumiert hat. In einem solchen Fall wird der Patient nach seiner Detoxikation nach Rücksprache mit seinem Drogenberater zum Schutz der anderen Patienten der Einrichtung in eine Kriseneinrichtung verlegt oder entlassen.

10. Ausstattung und Lage der Einrichtung

10.1. Lage

Das Haus Lenné befindet sich in idyllischer, naturnaher Lage direkt oberhalb der Havel im Berliner Bezirk Spandau - Hohengatow, Breitehornweg 51-54.

Das Mietobjekt besteht aus einem inzwischen abgetrennten Teil des Krankenhauses Hohengatow, dem sog. „Italienhaus“ als Funktionsgebäude und einem Apartmenthaus, welches bislang als Schwesternwohnheim genutzt wurde, als Patientenhaus.

Durch die ca. 700 Meter entfernte X-Bus-Linie 34 ist über den Theodor-Heuss-Platz (U-Bahnhof) eine gute Verkehrsanbindung an das Stadtzentrum gewährleistet.

Die Lenné-Ambulanz befindet sich in der Obentrautstr. 57 in 10963 Berlin-Kreuzberg in U-Bahnhof-Nähe (Möckernbrücke).

10.2. Räumlichkeiten

Zur Unterbringung der Patienten stehen zunächst 5 Doppelzimmer und 20 Einzelzimmer zur Verfügung. Die Mitglieder der Basisgruppe sind auf dem 1. Obergeschoß, gleich neben dem Nachtdienstzimmer, in der Regel in Zweibettzimmern untergebracht. Im zweiten Stock befindet sich der Frauenbereich (Einzelzimmer), im dritten Stock der Männerbereich (Einzelzimmer). Mittelfristig ist mit dem Ausbau der Klinik eine Nutzung von weiteren Zimmern des Hauses geplant.

10.3. Personalausstattung

Aus den im Konzept benannten Aufgaben wird ersichtlich, welche Anforderungen die Mitarbeiter zu erfüllen haben. Neben der Erfahrung und den entsprechenden Qualifikationen ist auch ein ausreichender Personalschlüssel gewährleistet.

Die Mitarbeiter sind wochentags von ca. 7:30 – 18:30 Uhr anwesend. Die Nachtbereitschaft ist von 18:30 – 7:30 Uhr während der Wochentage bzw. am Wochenende ganztägig, z.T. als Unterstützung eines Mitarbeiters, im Hause. Es wird gewährleistet, daß ein Mitarbeiter des Therapeutenteams für den Nacht-/Wochenendbereitschaftsdienst ständig telefonisch erreichbar ist.

10.3.1. Personalstruktur

Das Mitarbeiterteam setzt sich in der Zukunft zusammen aus dem

Leitungsteam:

1 Diplom-Psychologe, psychologischer Psychotherapeut, leitender Psychologe. Einzel- und Gruppentherapie (38,5 Std.)

1 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, leitender Arzt, Einzel- und Gruppentherapie (38,5 Std.)

Therapeutischen Mitarbeitern:

- 1 Assistenzärztin in therapeutischer Zusatzausbildung. Ärztliche Sprechstunden, Gesundheitsgruppen, Einzeltherapie (25 Std.)
- 1 Diplom Psychologe, psychologischer Psychotherapeut. Einzel- und Gruppentherapie (30 Std.)
- 1 Diplom-Psychologin, psychologische Psychotherapeutin. Einzel- und Gruppentherapie (30 Std.)
- 1 Sozialarbeiter mit therapeutischer Zusatzqualifikation. Einzel- und Gruppentherapie (30 Std.)
- 1 Sozialarbeiterin und Ergotherapeutin. Sozialarbeit (30 Std.)
- 1 Tischlergeselle, Erzieher, AEVO-Ausbildereignung. Arbeitstherapie (38,5 Std.)
- 1 Ökothrophologin, Soziologin. Arbeitstherapie (28,88 Std.)
- 1 Bauingenieur, Dachdecker. Arbeitstherapie (38,5 Std.)

Verwaltungs- und Hilfskräfte:

- 1 Verwaltungskraft (34 Std.)
- 1 Zivildienstleistender
- Nacht- und Wochenenddienstmitarbeiter als geringfügig Beschäftigte

10.3.2. Kommunikationsstruktur

Eine möglichst umfassende und reibungslose Kommunikation ist durch regelmäßige Besprechungen und Konferenzen der Mitarbeiter und EDV-gestützte Ergebnisprotokolle und Kommunikation gewährleistet:

Frühbesprechung:

Dreimal pro Woche (Montag, Mittwoch, Freitag) trifft sich am Morgen das gesamte Mitarbeiterteam zu einer halbstündigen Mitarbeiterbesprechung zum Informationsaustausch über die Patienten.

Dienstübergabe Nacht- und Wochenenddienst:

Bei der Dienstübergabe wird der Nachtdienst vom diensthabenden Mitarbeiter über alle für den Dienst relevanten Vorkommnisse informiert.

Rufbereitschaftsdienst:

Der Rufbereitschaftsdienst ist durch ein mobiles Telefon ständig erreichbar und wird vom Nachtdienst informiert, trifft Entscheidungen und kommt bei Bedarf in die Einrichtung. Sofern notwendig informiert der Rufbereitschaftsdienst den leitenden Arzt.

Fallkonferenzen der Fachklinik bzw. der Ambulanz:

An ihnen nehmen die therapeutisch tätigen Mitarbeiter der jeweiligen Bereiche teil. Themen sind: Neuvorstellungen von Patienten, Therapieplanung und Fallbesprechungen.

Fachteamsitzungen:

An ihnen nehmen alle Mitarbeiter der jeweiligen Fachgruppe teil. Inhalte der Besprechung sind interne Planungen und Informationen aus den einzelnen Bereichen.

Leitungsteam:

An ihm nehmen der Geschäftsführer, der leitende Arzt und der leitende Psychologe teil. Themen sind Informationen und Planungen innerhalb der Fachklinik.

Haus- und Ambulanzteam:

Alle 8 Wochen treffen sich alle therapeutisch arbeitenden Mitarbeiter des Hauses mit denen der Ambulanz. Themen sind Fallbesprechungen und Therapieplanung.

Teamtag:

An ihm nehmen alle Mitarbeiter der thematisch betroffenen Fachbereiche teil. Thema ist die strukturelle und konzeptionelle Projektentwicklung.

Steuerungsgruppe der Qualitätssicherung:

Teilnehmer: Qualitätsbeauftragte der Fachklinik. Thema: Weiterentwicklung des bestehenden Qualitätsmanagementsystems

10.3.4. Fortbildung

Alle Mitarbeiter sind angehalten, sich regelmäßig fortzubilden. Fachspezifische Fortbildungen werden durch Arbeitsbefreiung (5 Tage im Jahr) ermöglicht und im begrenzten Umfang auch durch finanzielle Unterstützung gefördert.

10.3.5. Supervision

14-tägig wird im Umfang von 2 Zeitstunden externe Supervision durch einen qualifizierten Supervisor angeboten. Die Teilnahme an der Supervision ist für alle Mitarbeiter verbindlich.

11. Qualitätssicherung und Dokumentation

11.1. Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung stellt ein wichtiges Moment dar, um die Entwicklung unserer Angebote voranzutreiben. Hierzu dient in erster Linie, das von der Deutschen Rentenversicherung Bund initiierte und erfolgreich umgesetzte Qualitätssicherungsprogramm. Die umzusetzenden Prinzipien, denen die Visitationen in den Einrichtungen folgen, beschreiben Lubenow u.a. (2005). Direkte Rückmeldungen der Leistungsträger in Kombination mit den Ergebnissen des Peer-Review-Verfahrens sowie den Ergebnissen der Patientenbefragung helfen, Fehler und Normabweichungen rechtzeitig wahrzunehmen.

Die im Rahmen des § 20, SGB IX geforderten internen Qualitätssicherungsmaßnahmen werden von uns angestrebt. Eine Mitarbeiterin (Assistenzärztin) wurde bereits extern zur Qualitätsbeauftragten ausgebildet und nimmt diese Funktion innerhalb ihrer Arbeitszeit wahr.

In der Qualitätssicherung medizinischer Rehabilitationsbehandlungen wird zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität unterschieden.

Unter *Strukturqualität* wird die kontinuierliche Verbesserung von Räumen und ihrer Ausstattung, Konzepten und Qualifikationen der Mitarbeiter verstanden.

Prozessqualität wird durch sorgfältige Diagnostik, darauf aufbauende effektive Behandlungspläne, Dokumentation aller relevanten Prozesse und Ereignisse, internes Controlling und Definition aller wichtigen internen Abläufe durch Verfahrensregeln hergestellt.

Für das Controlling von Arbeitssicherheit und Hygiene sind speziell geschulte Mitarbeiter und externe Auditoren (Fachkraft für Hygiene, Fachkraft für Arbeitssicherheit) zuständig. Die Auswertungen werden von der Leitung bearbeitet.

Der *Ergebnisqualität* wird Rechnung getragen, indem Patienten bei ihrer regulären Entlassung nach ihrer Zufriedenheit mit den Behandlungsangeboten und der Ausstattung der Einrichtung befragt werden. Auch die Mitarbeiter werden einmal im Jahr nach ihrer Zufriedenheit mit der kollegialen Zusammenarbeit, sowie mit dem Führungsstil des Leitungsteams befragt.

Die Ergebnisse dieser Befragungen werden im Leitungsteam ausgewertet und fließen u.a. auch in Supervisionen ein.

11.2. Dokumentation

Für die Erfassung aller patienten- und einrichtungsbezogenen Daten steht das eigens für Einrichtungen der Suchthilfe entwickelte Datenbanksystem „Moonlight“[®] der Firma Stone zur Verfügung, ein Dokumentationssystem, das allen Mitarbeitern über ein PC-Netzwerk zugänglich ist. Mehrere Mitarbeiter verschiedener Bereiche haben die Aufgabe, die jeweils anfallenden Daten einzugeben und zu pflegen. Jeder Mitarbeiter aller Abteilungen der Klinik hat - mit gestaffelten Zugriffsrechten - die Möglichkeit, von seinem Arbeitsplatz aus der Datenbank zentral Informationen zu entnehmen, Briefe und Berichte zu verfassen und Termine zu verwalten und zu dokumentieren. Die Datenbank ist das zentrale Medium für die therapeutische und verwaltungstechnische Planung sowie für die Koordination einer konstanten Therapieplatzbelegung.

Der Therapieverlauf des einzelnen Patienten wird in je einer digitalen und einer nichtdigitalen Patientenakte unter dem arbeitstherapeutischen, somatischen, psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und Verwaltungsaspekt von den jeweils zuständigen Mitarbeitern dokumentiert. Relevante Daten werden außerdem in den jeweiligen Fachteams und Fallbesprechungen ausgetauscht.

12. Kooperation

Die Suchtmittelabhängigkeit der Rehabilitanden ist kein isoliertes Problem, welches sich durch das Angebot einer Suchttherapie allein lösen ließe. Vielmehr gehört zu einer qualitativ hochwertigen Arbeit die Kooperation mit anderen Einrichtungen des Drogenhilfesystems:

1) Besonders eng und regelmäßig ist unser Kontakt zu den Drogenberatungsstellen, von denen wir in der Regel unsere Patienten vermittelt bekommen. Insbesondere im Vorfeld der Therapie ist eine intensive Zusammenarbeit zwischen den Drogenberatern und unserer Aufnahmekoordination gegeben. Nach der Vorstellung von Therapieplatzinteressenten in unserer offenen Sprechstunde, wo geprüft werden soll, ob wir für den jeweiligen Bewerber das richtige therapeutische Angebot bereithalten, hält der Aufnahmekoordinator danach telefonische Rücksprache mit der vermittelnden Beratungsstelle und leitet bei Eignung in enger Kooperation die weiteren Schritte bis zur Aufnahme des zukünftigen Patienten ein.

Bei Therapieabbrüchen arbeiten wir mit der betroffenen Suchtberatungsstelle im Sinne eines Krisenmanagements zusammen. Regelmäßig informieren wir die Suchtberatungsstellen auch über den Therapieantritt eines ihrer vermittelten Patienten, über den Wechsel von der stationären in die ambulante Behandlungsphase und über den erfolgreichen Abschluss der Therapie.

Das Haus Lenné nimmt mit einem Vertreter regelmäßig an den Koordinierungstreffen der Berliner Drogentherapieeinrichtungen und Drogenberatungsstellen teil, um über Inhalte und evtl. therapeutische Veränderungen zu informieren.

2) Weitere wichtige Kooperationspartner sind die Krankenhäuser, insbesondere die Entzugsstationen und die Übergangseinrichtung in Berlin. Hier ist die Zusammenarbeit besonders wichtig, um eine möglichst problemlose Verlegung zu gewährleisten. Ferner sind bei Kriseninterventionen (z.B. Suizidgefährdung) die Notfallambulanzen der Krankenhäuser wichtige Partner der Zusammenarbeit.

3) Auf der Kosten- und Planungsebene ist mit den Kostenträgern der Renten- und Sozialhilfeträger eine reibungslose Zusammenarbeit notwendig, um eine möglichst schnelle Aufnahme von Patienten zu ermöglichen.

4) Auf der Ebene der Justiz haben wir eine gute Kooperation mit den Sozialdiensten der Haftanstalten, insbesondere den Therapievorbereitungsstationen der Berliner Haftanstalten und den Mitarbeitern der Bewährungshilfe.

5) Des Weiteren arbeiten wir eng mit Berliner Trägern im sozialen Bereich zusammen, die sich um Wohnraum-, Ausbildungs- und Arbeitsbeschaffung für Benachteiligte kümmern (z.B. Konflikt- und Bildungsberatung, Lift, Eingliederungshilfe e.V. u.a.).

6) Wir bieten Hospitationen und Praktika für Drogenberater und Studenten aus den entsprechenden Fachstudiengängen.

13. Literaturverzeichnis

- Altmannsberger W. (2004). Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit. Ein Trainingsmanual. Göttingen: Hogrefe
- Angermaier M.J.W. (1994). Gruppenpsychotherapie. Lösungsorientiert statt problemhypnotisiert. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Arend H. (1994). Alkoholismus – Ambulante Therapie und Rückfallprophylaxe. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Batra A. & Buchkremer G. (2004). Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer
- Batra A. (Hrsg.) (2005). Tabakabhängigkeit. Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Kohlhammer
- Beck A. T., Wright F. D., Newman C. F. & Liese B. S. (1997). Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Brickenkamp R. (1996). Test d2 Aufmerksamkeits-Belastungs-Test. Göttingen: Hogrefe
- Burtscheidt W. (2001). Integrative Verhaltenstherapie bei Alkoholabhängigen. Ein Therapie-manual. Berlin: Springer Verlag
- Fagerström & Schneider (1995). Fagerströmtest zum Schweregrad der Nikotinabhängigkeit – FTND
- Fengler J. (1994). Süchtige und Tüchtige. Begegnung und Arbeit mit Abhängigen. Reihe „Leben lernen“ Nr. 95. München: Pfeiffer Verlag
- Feuerlein W. (1986). Theorie der Sucht. Heidelberg: Springer
- Feuerlein W., Kufner H., Ringer C. & Antons-Volmerg K. (1997). Münchner Alkoholismus-Test MALT
- Fliegel S., Groeger W. M., Künzel R., Schulte D. & Sorgatz H. (1989). Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union
- Franke P. & Schildberg F. (2004). GAMOA. Gruppentherapie zur Abstinenz- und Motivationsstärkung bei Opiat-abhängigen Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Manual. Tübingen: dgvt-Verlag
- Gastpar M., Mann K. & Rommelspacher H. (Hrsg.) (1999). Lehrbuch der Suchterkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag
- Götz W., (1998). Therapiekonzept des ambulanten tagesklinischen Therapie-zentrums Koken.
- Hüllingshorst R. (2002). Wie geht es weiter? Positionen, Forderungen, Perspektiven. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtgefahren (Hrsg.) „Brennpunkt Rückfall“. Berichtsband über die Sucht-Selbsthilfekonzferenz vom 26.-28.04.2002 in Bonn
- Horn W. (1983). LPS-Leistungsprüfsystem.

- Kanfer F.H., Reinecker H. & Schmelzer D. (1996). Selbstmanagementtherapie. Berlin: Springer
- König O. (2004). Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. Reihe „Leben lernen“ Nr. 170. Stuttgart: Klett-Cotta
- Körkel J. & Kruse G. (2000). Mit dem Rückfall leben. Abstinenz als Allheilmittel? 4. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag
- Körkel J., Lauer G. & Scheller R. (1995). Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung. Stuttgart:Enke
- Körkel J. & Schindler C. (2003). Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer
- Krusche H. (1994). Der Frosch auf der Butter. NLP. Die Grundlagen des Neurolinguistischen Programmierens. Wien: ECON Taschenbuchverlag
- Küfner H., Feuerlein W. & Huber M. (1988). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse der 4-Jahreskatamnesen, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung. Suchtgefahren (34) S.157 -172
- Kuntz H. (2000). Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis. Weinheim: Beltz Verlag
- Kuntz H. (2005). Das Suchtbuch. Was Familien über Drogen und Suchtverhalten wissen müssen. Weinheim: Beltz Verlag
- Lappe R.-B. (2003). Berufliche Integration – heute wichtiger als je zuvor. Ein Beitrag aus der Sicht der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Fachverband Sucht (Hrsg.). Qualität ist, wenn ... Schriftreihe des Fachverband Sucht e.V. Geesthacht: Neuland Verlag
- Lindenmeyer, J. (1999). Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Lindenmeyer, J. (2005). Lieber schlau als blau. 7. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
- Lubenow W., Brückner U., Hagemann M. & Baron P. (2005). Visitationen der BfA in Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation – Beschreibung, Weiterentwicklung und Ausblick. In DANGVERS 5, S. 237 -242
- Margraf J., Scheider S., Ehlers A. (Hrsg.). DIPS Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Berlin: Springer Verlag
- Marlatt G.A. (1989). Rückfallprävention: Modell, Ziele und Stadien der Verhaltensänderung. In: Watzl H., Cohen R.. Rückfall und Rückfallprophylaxe. Berlin: Springer
- Minuchin S., Rosman B.L. & Baker L. (1991). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart : Klett-Cotta 5. Auflage
- Petry J. (1996). Alkoholismustherapie : Gruppentherapeutische Motivierungsstrategien. Weinheim : Beltz
- Prochaska J.O. & Di Clemente C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. In: Hersen M., Eisler R.M. and Miller P.M. (Eds). Progress in behavior modification. II Sycamore.

Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Myers J.K., Kramer M., Keith S.J., Judd L.L. & Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 264 (19), S. 2511- 2518

Rennert M. (1989). *Co-Abhängigkeit. Was Sucht für die Familie bedeutet*. Stuttgart: Lambertus Verlag

Retzner A. (2004). *Systemische Paartherapie. Konzepte-Methode-Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta

Rost W.-D. (1992). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik und Behandlung*. Stuttgart: Klett-Cotta

Rounsaville B.J., Anton S.F., Carroll K., Budde D., Prusoff B.A. & Gawin F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 48, S. 43-51

Schneider R. (2001). *Die Suchtfibel. Informationen zur Abhängigkeit von Alkohol und Medikamenten*. Ulm: Schneider Verlag

Schiepek G. (2004). *Neurobiologie der Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer

Schuhler P. & Baumeister H. (1999). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Alkohol- und Medikamentenmissbrauch. Diagnostik, Behandlung, Frühintervention*. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Stähler T.P. (2002). Zukünftige Herausforderungen in der beruflichen Wiedereingliederung aus Sicht der Rentenversicherungsträger. In: FDR (Hrsg.). *Die Zukunft der Suchtbehandlung*. Neuland

Stimmel B. (1991). *The facts about drug use: Coping with drugs and alcohol in your family, at work, in your community*. New York: Guilford

Thomasius, R. & Küstner U.J. (Hrsg.) (2005). *Familie und Sucht. Grundlagen – Therapiepraxis – Prävention*. Stuttgart: Schattauer

Ullrich R & Ullrich de Muynck R. (1973). Standardisierung des Selbstsicherheitstrainings für Gruppen. (Assertive-Training-Programm: ATP). In: Brengelmann J. & Tunner W. (Hrsg.) *Behavior Therapy – Verhaltenstherapie*; München: Urban & Schwarzenberg

Unland H. (1995). *Wir gewöhnen uns das Rauchen ab – wieder frei und selbstbestimmt leben. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Raucherentwöhnungs-programm (KVR) in 8 Sitzungen à 120 Minuten*. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V., Materialie Nr. 28. Tübingen: dgvt-Verlag

Vollmer H.C. (1997). Selbstregulationsprozesse in ihrer Dynamik und Vernetzung als therapeutische Wirkvariablen. In: Heigl-Evers A., Helas I., Vollmer H.C. (Hrsg.). *Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Weinmann S., Kleffmann A., Föhres F. (1991). Fähigkeits- und Anforderungsanalysen: Ein Instrument zur Förderung der beruflichen Rehabilitation. *Beschäftigungstherapie und Rehabilitation*, 30 (4)

Wohlfahrt R. (1995). Das 4-Schritte-Verfahren der stationären Bearbeitung von Rückfällen: praktische Anwendung, Probleme und Perspektiven. Geesthacht: Neuland Verlag

Yalom I.D. (1995). Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Reihe „Leben lernen“ Nr. 66. München: Verlag J. Pfeiffer

Anhang:

Aktuelle Hausordnung

1. Teilnahme

Der Tagesablauf ist durch die Wochenpläne vorgegeben. Die Teilnahme am Behandlungsprogramm und den Gemeinschaftsaufgaben ist verbindlich.

2. Schweigepflicht

Informationen über Mitpatientinnen und Mitpatienten, die Ihnen im Rahmen der Behandlung zur Kenntnis gelangen, behandeln Sie bitte - auch nach Beendigung der Therapie im Haus Lenné - vertraulich und geben sie **nicht an Dritte** weiter. Bitte denken Sie auch bei Auskünften über Mitpatienten am Telefon an den Datenschutz.

3. Freizeitgestaltung

In den ersten 5 Wochen Ihres Aufenthaltes können Sie keinen persönlichen Kontakt mit Personen außerhalb der Einrichtung aufnehmen. Unbedingt notwendige Telefonate können Sie **nach Absprache mit Ihrem Therapeuten** führen. Einlaufende Gespräche verweisen Sie während der Besinnungszeit auf das Büro (Tel.Nr. 84 18 980).

Die Teilnahme an Gruppenaktivitäten (siehe Punkt 5) ist ab dem zweiten Wochenende auch in dieser Zeit möglich. Gruppenaktivitäten werden in der Bezugsgruppe oder in der Großgruppe geplant und besprochen.

Ab der 5. Therapiewoche werden die Modalitäten der Freizeitgestaltung individuell für jeden geregelt.

In der Regel ist die Gestaltung der Freizeit außerhalb des Hauses bis zur 8. Woche nur in einer Gruppe von drei Personen möglich, die zum gegenseitigen Schutz während der gesamten Gruppenaktivität zusammen bleiben. Wenn Ihre Angehörigen Sie ab der 5. Therapiewoche besuchen, können Sie mit diesen während der Besuchszeiten das Gelände verlassen, wenn diese sich mit Ihnen an- und abmelden und während der gesamten Freizeit außerhalb des Hauses bei Ihnen bleiben.

Außerdem wird nach den ersten fünf Wochen mit Ihnen zur Vermeidung eines Suchtmittelrückfalls die Stadt in Gefahrenzonen eingeteilt. Wir bitten Sie, diese Gefahrenzone bis zu einer erneuten Rücksprache mit dem Bezugstherapeuten zu meiden.

Es gilt folgende Freizeitregelung:

Montag bis Donnerstag: ab 18:30 Uhr (nach dem Abendessen) bis 23:00 Uhr

Freitag: ab 17:00 bis 24:00 Uhr

Samstag: ab 10:30 (nach dem Frühstück) bis 24:00 Uhr

Sonntag: ab 10:30 bis 23:00 Uhr

Am Dienstag können Sie das Haus nach Absprache mit dem Bezugstherapeuten, wenn Sie sonst keine weiteren Verpflichtungen haben, von 16:15 bis 18:00 Uhr verlassen.

Wenn Sie nach Absprache mit dem Team das Haus während der Strukturzeit verlassen müssen, schreiben Sie dies bitte an der grünen Tafel neben dem Telefon an.

4. Essenszeiten und Küchendienst

Die Essenszeiten sind verbindlich und verpflichten zur Anwesenheit.

Die zum Küchendienst eingeteilten Patienten sind verpflichtet, während dieser Zeiten anwesend zu sein. Ausgänge können erst im Anschluss an den für den Küchendienst festgelegten Zeitraum beginnen.

Die Zeiten für die Mahlzeiten sowie für den Küchendienst entnehmen Sie bitte den entsprechenden Aushängen am Patientenbrett.

5. Besuche

Besuche können Sie ab der 5. Therapiewoche wochentags ab 18:30 Uhr und an den Wochenenden ab 10:30 Uhr empfangen.

Stellen Sie bitte Ihren Besuch dem diensthabenden Nacht- und Wochenenddienst sowie anderen Teilnehmern Ihrer Therapiegruppe oder anderen Mitpatienten vor.

6. Gruppenaktivität

Gruppenaktivitäten sind Unternehmungen von mind. 5 Patienten (drei Patienten müssen mindestens im „Dreierausgang“ sein oder eine Person im „Einzelausgang“). Sie beginnen und enden im Haus. Wenn Sie eine Gruppenaktivität planen, beachten Sie bitte, dass diese im Plenum angemeldet werden muss und in der abgesprochenen Form verbindlich ist.

7. Fahrgelder

Bitte sorgen Sie selbst für die nötigen finanziellen Mittel zur Benutzung des öffentlichen Verkehrssystems. Fahrgelder werden nicht vom Haus Lenné übernommen. Für therapeutische Aktivitäten (z.B. Sport) stellt das Haus Fahrräder zur Verfügung, um die Sporthalle zu erreichen. Wenn bei Therapieantritt ein Patient keine finanziellen Mittel besitzt, gibt es die Möglichkeit -als Einzelfallentscheidung nach Rücksprache mit der Sozialarbeiterin-, dass Fahrkarten für wichtige Termine vom Haus Lenné vorfinanziert werden. Diese vorfinanzierten Gelder müssen von dem Patienten/der Patientin, zurückgezahlt werden, sobald er/sie über finanzielle Mittel verfügt.

8. Das Ausleihen von Fahrrädern

Während ihres Aufenthaltes im Haus Lenné besteht nach der fünfwöchigen Aufnahme phase die Möglichkeit, gegen eine Kautions von 10 Euro ein Fahrrad bei dem für die Fahrräder verantwortlichen Patienten auszuleihen. Sie sind dann für dieses Fahrrad verantwortlich und sorgen bitte dafür, es wieder zu reparieren, wenn es kaputt gehen sollte. Nur für therapeutische Aktivitäten stellt das Haus Fahrräder einmalig ohne Kautions hinterlegung zur Verfügung, die bei Beginn der Aktivität von dem für die Fahrräder Verantwortlichen herausgegeben werden und am Ende dort auch wieder abgegeben werden.

9. Ruhezeiten

Halten Sie bitte ab 24:00 Uhr Hausruhe. Während der öffentlichen Ruhezeiten 20:00-8:00 Uhr und 13:00-15:00 Uhr achten Sie bitte auch im Garten auf Ruhe.

10. Zimmer

Im Haus Lenné wohnen Frauen und Männer in getrennten Bereichen. Bitte beachten Sie, dass gegenseitige Besuche von Männern und Frauen auf Ihren jeweiligen Zimmern nicht erlaubt sind.

Bitte behandeln Sie die Wohnräume und die darin befindlichen Einrichtungsgegenstände pfleglich. Achten Sie darauf, dass keine Beschädigungen (z. B. durch Nägel, Tesafilm etc.) entstehen. Kleinere persönliche Gegenstände können Sie mitbringen, größere Musikanlagen sind nicht erwünscht.

Das Haus Lenné kann keine Haftung für mitgebrachte Gegenstände übernehmen. Für Ihre Wertgegenstände steht Ihnen ein Schließfach in Ihrem Zimmer zur Verfügung. Geldbeträge können Sie auch in der Verwaltung zur Aufbewahrung abgeben.

Bitte verlassen Sie nach Ende Ihres Aufenthaltes Ihr Zimmer in ordentlichem Zustand und übergeben Sie ggf. Eigentum der Einrichtung einem Mitarbeiter. Am Tag Ihres Auszuges lassen Sie bitte Ihr Zimmer von dem zuständigen Mitarbeiter abnehmen. Bitte vereinbaren Sie dafür rechtzeitig einen Termin.

Bei disziplinarischen Entlassungen sollte der Zimmernachbar, wenn möglich, beim Räumen des Zimmers anwesend sein.

Sorgen Sie bitte dafür, dass Sie Ihre persönlichen Sachen am Tag des Auszuges mitnehmen können. Sollten Sie Ihre persönlichen Gegenstände innerhalb von 3 Wochen nach Ihrem Auszug nicht abgeholt haben, behält sich das Haus vor, Ihre Sachen zu gemeinnützigen Sammelstellen zu bringen.

11. Teilnahme an den Mahlzeiten

Die Teilnahme an den Mahlzeiten ist unter der Woche verbindlich und erstreckt sich über die gesamte Mahlzeit von mindestens 15 Minuten. Ausgenommen sind das Abendessen am Freitag und Mittag- und Abendessen am Wochenende.

12. Rauchen, Musik, Fernsehen

Bitte beachten Sie, dass im Haus Lenné das Rauchen nur im Garten gestattet ist. Wir weisen darauf hin, daß das Rauchen im gesamten Haus nicht gestattet ist.

Zur gegenseitigen Rücksichtnahme achten Sie bitte darauf, Ihre Musik in gedämpfter Zimmerlautstärke zu hören. Bei der Tätigkeit im Arbeitsbereich ist das Musikhören nicht gestattet.

Den hauseigenen Fernseher können Sie an den Wochenenden und unter der Woche ab 18:30 Uhr bis spätestens 24:00 Uhr nutzen. Ausnahmen können Sie mit den Bezugstherapeut(inn)en besprechen. Videos können Sie nach Rücksprache im Fernsehraum anschauen.

Im oberen Aufenthaltsraum („Musikzimmer“) ist unter der Woche das Musikhören bis 22:00 Uhr und der Aufenthalt bis 23:00 Uhr möglich. Am Freitag und Samstag verlängern sich die Zeiten auf entsprechend 23:00 und 24:00 Uhr.

13. Führen von Kraftfahrzeugen, Benutzung von Handys

Das Mitbringen oder Führen von Kraftfahrzeugen sowie die Benutzung von Handys sind während der gesamten Therapiezeit nicht erlaubt.

14. Ärztliche Behandlung

Stellen Sie sich bitte bei körperlichen Beschwerden unserer Ärztin vor. Sie vermittelt bei Notwendigkeit die Vorstellung bei externen Fachärzten. Alle Arzttermine sprechen Sie bitte mit unserer Ärztin ab und legen sie möglichst in die therapiefreie Zeit. Bitte kümmern Sie sich um eine Rezeptzuzahlungsbefreiung, wenn Ihnen diese zusteht.

Medizinische Notfälle und akute Erkrankungen melden Sie bitte umgehend den Mitarbeitern des Hauses.

Für die Einnahme von Medikamenten gilt folgende Regelung:

- Bitte geben Sie sämtliche Medikamente, auch Salben, Tropfen, homöopathische Mittel etc., bei Ihrer Aufnahme im Haus bei der Ärztin ab.
- Bitte besprechen Sie die Einnahme jeglicher Medikamente mit unserer Ärztin.

15. Urinkontrollen

Zum eigenen Schutz vor einem Suchtmittelrückfall und zum Schutz der Mitpatienten nehmen wir in der Regel am Montag und am Donnerstag in der Zeit von 8:00 bis 13:00 Uhr eine Urinkontrolle im Beisein eines Mitarbeiters oder einer Mitarbeiterin vor.

Die Abgabe des Urins liegt in der Verantwortung des jeweiligen Patienten. Wird eine Urinkontrolle später oder gar nicht abgegeben, werten wir dies als einen Rückfall mit dem entsprechenden therapeutischen Vorgehen.

Am Samstag erfolgt bei allen Patienten eine Alkoholkontrolle, während der Woche erfolgt sie nach dem Zufallsprinzip bei einzelnen Patienten.

16. Suchtmittel und Suchtmittelrückfall

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass das Mitbringen und/oder der Konsum von Drogen im Haus (einschließlich von Alkohol und nicht genehmigten Medikamenten) die Entlassung erforderlich macht. Ein verdeckter Suchtmittelrückfall führt in der Regel zur sofortigen Entlassung.

Bei Suchtmittelrückfall haben Sie die Möglichkeit, sofort, **spätestens jedoch zum Ende der Ausgangszeiten ins Haus zurückzukehren**. Melden Sie bitte vorher telefonisch Ihre Ankunft unseren Mitarbeiter(in)en bzw. dem Nachtdienst an, der/die Sie am Hauseingang in Empfang nimmt.

17. Volleyball

4 Wochen vor Beendigung der stationären Phase beginnt, um die Ambulanz schon einmal kennen zu lernen, das Volleyballtraining der Ambulanz. Es findet am Montagabend in der Zeit von 20:00 – 21:45 Uhr in der Turnhalle der Treskow-Oberschule, Tempelhofer Weg 62, statt.

18. Geldgeschäfte

Wir weisen Sie darauf hin, dass das Spielen um Geld, Glücksspiele sowie Tausch- und Geldgeschäfte im Haus Lenné nicht gestattet sind.

19. Gewalt

Wir erwarten von Ihnen, dass Sie auf jede Form von Anwendung oder Androhung von Gewalt verzichten. Auf Gewaltanwendung und Diebstahl erfolgt in der Regel die disziplinarische Entlassung. Waffen oder waffenähnliche Gegenstände sind im Haus Lenné nicht erlaubt.

20. Maßnahmen bei Regelverstößen

Verstöße gegen die Hausordnung werden mit dem Patienten besprochen. Bei ernsteren und wiederholten Verstößen gegen die Hausordnung kann dies in der Konsequenz bis zur Entlassung führen.

Aktueller Wochenplan

Allgemeiner Wochenplan

Stand: 17.07.2006

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|-------------------|--|---|-------------------------------------|---|---------------------------------|---|---|
| 07:45 - 08:00 Uhr | Bewegung | Bewegung | Bewegung | Bewegung | Bewegung | | |
| 08:00 - 08:30 Uhr | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück | Frühstück | 8:30-9:00 Uhr Frühstück | 9:00-9:30 Uhr Frühstück |
| 8:30 Uhr | Arbeitsbesprechung | Arbeitsbesprechung | 8:30-9:15 Uhr Arbeitsbesprechung | Arbeitsbesprechung | Arbeitsbesprechung | | |
| 08:30 - 10:30 Uhr | Arbeitstherapie | Arbeitstherapie | Arbeitsbesprechung | Arbeitsbesprechung | Arbeitsbesprechung | | |
| 08:45 - 10:30 Uhr | BEZUGSGRUPPE | | 9:15-10:30 Uhr Sozialgruppe | | BEZUGSGRUPPE | | |
| 10:30 - 11:00 Uhr | Pause/TEAM | 10:30-10:45 Uhr Pause | 10:30 Pause | 10:30 Pause | 10:30 Pause/TEAM | | |
| 11:00 - 13:00 Uhr | BEZUGSGRUPPE BASISGRUPPE | 10:45-12:00 Uhr Kunst und Gestaltung für Basisgruppe | BEZUGSGRUPPE BASISGRUPPE | 11:00-12:30 Uhr Motivation | BEZUGSGRUPPE BASISGRUPPE | | |
| 13:00 - 14:00 Uhr | Mittagessen | Mittagessen | Mittagessen | Mittagessen | Mittagessen | Mittagessen | Mittagessen |
| 13:30 - 14:00 Uhr | 13:30 Uhr TEAM | | 13:30 Uhr TEAM | | | | |
| 14:00 - 18:00 Uhr | 14:30-16:00 Uhr Spaziergang 15:00 Uhr Sport | 14:00-15:00 Uhr Suchtbasis 14:00-15:00 Uhr Gesundheitsinformation II 15:15-16:15 Uhr Rückfallprophylaxe 15:15-16:15 Uhr Gesundheitsinformation I 16:30-17:30 Uhr Suchtakupunktur | 14:00 Uhr Plenum | 14:00 Uhr Kanubau 14:00 Uhr Bewerbungstraining 15:30 Uhr Sucht und Familie/ Soziales Kompetenz- training | 15:00Uhr Wochenausklang | nach Bedarf Gruppen- aktivität | nach Bedarf Gruppen- aktivität |
| 18:00 - 18:30 Uhr | Abendessen | Abendessen | Abendessen | Abendessen | Abendessen | Abendessen | Abendessen |
| | 20:00-21:45 Uhr Ambulanzvolleyball | 19:00 Uhr Patientenplenum | 19:30 Uhr Film mit Diskussion | | nach Bedarf Gruppenaktivität | | |