

**Therapeutische Arbeit mit**  
***Drogenabhängigen mit einem integrativen***  
**Ansatz**

Dr. med. Thomas Kuhlmann  
Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

## *Gliederung:*

- Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach  
Historische Entwicklung  
Aktueller Stand
- Klinikentwicklung und therapeutische  
Konsequenz
- Therapeutisches Konzept  
Praktische Erfahrungen  
Chancen und Grenzen
- Fazit:  
Voraussetzungen und Konsequenzen

# Zu 1. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (PSK)

## Historische Entwicklung

Gegründet 1980:

Klinik für medizinische Rehabilitation alkohol- und medikamentenabhängiger Personen.

Vorher: Private gynäkologisch-geburtshilfliche Klinik

1981:

Zweite Abteilung medizinische Rehabilitation drogenabhängiger Personen.

1990:

Erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger (Modellprojekt).

1994/1995:

Eröffnung der zweiten und dritten Akutstation (Drogen).

01.04.1994:

Übernahme der psychiatrischen Pflichtversorgung für Drogenabhängige für Stadtteile Kölns und den Rheinisch-Bergischen Kreis ⇒ Zäsur!

Seit 1994:

Ambulante Substitutionsbehandlung.

1996/1997:

Aufbau des aufsuchenden Betreuten Wohnens (im Versorgungsbereich).

1998:

Institutsambulanz.

1999:

Antrag auf soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige mit psychiatrischer Comorbidität.

Antrag auf Station zur qualifizierten Akutbehandlung Alkoholabhängiger inklusive psychiatrischer Pflichtversorgung.

2005:

Zugang zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger auch unter Substitution möglich.

01.08.2009:

Eröffnung des soziotherapeutischen Wohnheims für psychiatrisch comorbide Drogenabhängige (24 Plätze).

## Aktueller Stand:

122 Betten:

42 Betten (3 x 14 Betten) Akutabteilung zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger;

40 Betten voll- und teilstationäre med. Reha für Alkohol- und Medikamentenabhängige;

40 Betten vollstationäre med. Reha für Drogenabhängige (inklusive 10 Betten adaptiver Phase)  
Institutsambulanz

sowie

aufsuchendes BeWo und soziotherapeutisches Wohnheim.

## Zu 2. Klinikentwicklung und therapeutische Konsequenz

1980:

Psychiatrische Fachklinik zur medizinischen Rehabilitation Suchtkranker.

Seit 01.04.1994:

Psychiatrische Fachklinik für Suchtkranke mit psychiatrischer Versorgungsverpflichtung inklusive zwei Abteilungen zur med. Reha Suchtkranker.

- Vermehrt Patienten mit Sucht- und weiteren allgemeinpsychiatrischen Störungen.
- Kein stationäres Behandlungsangebot für Patienten OHNE Sucht.

⇒ Integration dieser Zielgruppe oder Verlegung (= Ausgrenzung).

## Therapeutische Grundhaltung:

Integrative Behandlung soweit möglich und hilfreich inklusive Psychopharmakotherapie.

⇒ Weiterentwicklung der Behandlungskonzeption und -praxis:

Ambulant:

Ambulante Substitutionsbehandlung (seit 1994).

Aufsuchendes Betreutes Wohnen (seit 1996/1997).

Soziotherapeutisches Wohnheim (seit 2009).

Stationär:

In allen Abteilungen.

## Zu 3. Therapeutisches Konzept

Beispiel:

Qualifizierte Akutbehandlung Drogenabhängiger

Med. Reha Drogen

- ⇒ Fundamental: Integration vor Selektion, also gemeinsames Behandlungskonzept für alle Patienten mit individueller Berücksichtigung des Einzelfalls.
- ⇒ Offener Umgang in der Patientengruppe, d. h.: Einbeziehung in alle Behandlungsbereiche, Ausnahmen je nach konkretem Einzelfall.
- ⇒ Nicht per se Dauerbefreiung, sondern offenes und differenziertes Abwägen zwischen Regeln, konkreten Rahmenbedingungen und individueller Situation: Kommunikation statt Tabu.

## Bedeutung des Settings:

### Akutstationen (QA Drogenabhängige):

- Psychopathologisches Entzugssyndrom mit ausgeprägten Ambivalenzkonflikten (individuell und in der Gruppe).
- Bio-psycho-soziale Dimension der Probleme (z. B. Wohnung, Justiz, JVA-Prägung, Suchtdruck...).
- Latentes Risiko der Eskalation.
- Bedeutung der therapeutischen Bindung (alle Berufsgruppen: Bezugspersonenarbeit) und des offenen Umgangs mit Spannung und Konflikten.
- ASL: Wie weiter nach der Akutbehandlung.

## Med. Reha Drogen - Voraussetzung:

- Gültige Leistungszusage des Leistungsträgers (i. d. R. DRV).
  - Reha-Fähigkeit, Reha-Bedürftigkeit und günstige Reha-Prognose.
  - Abstinenz vor Behandlungsbeginn, bei Substitution stabile Beikonsumfreiheit.
  - Compliance.
  - Vorrang/Gleichrangigkeit der Sucht als Kernthema.
  - Mäßige Beeinträchtigung durch Psychose/allgemeinpsychiatrische Störungen im Alltag.
- ⇒ Integration in das komplette Therapieprogramm (Tages-/Wochenprogramm).

- Fortsetzung der psychopharmakologischen Behandlung.
- Zusätzliche indikative Angebote (Psychoedukation „Realitätstraining“).
- Individuelle Rückzugsmöglichkeiten.
- Thematisieren des Einzel- und Gruppensetting.

## Konfliktbereiche:

Individualisierung: Unterschiedliche Maßstäbe z. B. für psychotische und andere Patienten je nach Einzelfall z.B.

- Minussymptomatik (Pünktlichkeit, Antriebsstörung).
- Affektstabilität.
- Ausgeprägte Rückzugstendenzen.
- Aushalten von Spannungen und Konflikten im dissozial geprägten Milieu.

Besonderheiten der Zielgruppe:

Integration psychiatrisch comorbider Patienten erfordert

- soziale Kompetenz seitens Mitpatienten und Mitarbeitern,
- Differenzierung und Individualisierung,
- Transparenz im therapeutischen Alltag und
- Unterstützung auch der nicht comorbiden Patienten.

Problem:

Integration auch von Patienten mit ausgeprägt dissozialem Verhalten (Neigung zu offensivem, oft aggressivem, konfrontativem Auftreten).

⇒ Erhebliche psychische Belastung, u. U. Überlastung psychiatrisch comorbider Patienten.

## Zu 4. **Praktische Erfahrungen**

### Chancen und Grenzen

Basis:

- Schulung der Mitarbeiter in Sucht- und Allgemeinpsychiatrie.
- Akzeptanz des unterschiedlichen Hilfsbedarfs der Zielgruppen.
- Unterstützung sowohl der psychiatrisch comorbiden als auch anderen Patienten im Alltag.
- Thematisierung und Klärung von Ambivalenzkonflikten mit - soweit möglich - nicht konfrontativem und eindeutigem therapeutischen Vorgehen.
- Mitverantwortung der Patienten.
- Konsequente psychopharmakotherapeutische Behandlung.
- Motivational Interviewing als therapeutische Haltung im Alltag.

# Grenzen:

- Ausgeprägt dissoziales Agieren erfordert u. U. konfrontative Interventionen.
- ⇒ Risiko: Überlastung z. B. psychosenaher Patienten.
- ⇒ Frühzeitige Intervention unverzichtbar (Spannungen im Alltag!).

## **Zu 5. Fazit:**

### *Voraussetzungen und Konsequenzen*

Voraussetzungen für einen integrativen Ansatz:

- Therapeutische Haltung im Alltag (Motivational Interviewing und Harm Reduction).
- Konsequente psychopharmakologische Behandlung.
- Frühzeitige Erarbeitung individueller und realisierbarer Anschlusslösungen (inklusive Verlegung in Allgemeinpsychiatrie bei z. B. drohender psychischer Dekompensation!).

- Schulung und Supervision der Mitarbeiter.
- Integration in das regionale Netzwerk (Schnittstellenmanagement!).
- Kooperative und kommunikative Arbeitsatmosphäre: v a. angesichts Kostendruck, Personalabbau, etc.).
- Ausreichende Stellenbesetzung.

Dr. med. Thomas Kuhlmann

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Schlodderdicher Weg 23a

51469 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202/206-173; Fax: 02202/206-182

Email: [thkuhlmann@psk-bg.de](mailto:thkuhlmann@psk-bg.de); Homepage: [www.psk-bg.de](http://www.psk-bg.de)

**Vielen Dank für  
Ihre  
Aufmerksamkeit!**