

KONZEPT

DER DIAKO NORDFRIESLAND gGmbH

für die seelische Gesundheit



Impressum

Verantwortlich für den Inhalt:

Ingo Tüchsen, Geschäftsführer

Dr. med. Christoph Mai, Geschäftsführer, Chefarzt der Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Breklum

Dr. phil. Rainer Petersen, Leiter der Fachklinik für Rehabilitation, Breklum

Ralf Tönnies, Leiter der Eingliederungshilfe, Therapeutische Ltg. der Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Breklum

Dr. rer. nat. Anke Bauer, Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Das Konzept entstand in Zusammenarbeit mit weiteren Mitarbeitenden der Abteilungen der DIAKO Nordfriesland.

Stand: 12.2023, nächste Revision: 12.2026

Kontakt und weitere Informationen:

DIAKO Nordfriesland gGmbH, Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum, OT Riddorf

Telefon: 04671 408 0, Email: info.nf@diako.de, Internet: www.diako-nf.de

Wir sind zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015

Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Breklum (stationäre Angebote und Tageskliniken / Ambulanzen), Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Flensburg (stationäre Angebote und Tageskliniken / Ambulanzen), Fachklinik für Medizinische Rehabilitation inkl. Adaption Husum plus VPKSH-Gütesiegel „Medizinische Rehabilitation in Geprüfter Qualität“, Suchthilfezentrum Schleswig, Suchthilfezentrum Kiel, DIAKO Fachambulanz GmbH

Fotonachweis: Fotos © von Adobe Stock: Percussion, Segelboot; Tim Riediger: Gruppentherapie, Michael Staudt: Hände am Baum, Marcus Dewanger: Flensburg, Benni Nolte, Luftbild NF, Gestaltungsvorlage ©: Boy (Kiel), Alkoholbedingte Störungen: dpa, sonstige Fotos: Anke Bauer © DIAKO Nordfriesland

Gender-Hinweis:

Gleichbehandlung von Frauen und Männern? Das reicht uns nicht.

Gleichbehandlung muss für alle Geschlechtsidentitäten, englisch = gender, gelten finden wir.

Und diese Identitäten sind sehr vielfältig. Wir möchten alle ansprechen und niemanden ausgrenzen. In diesem Dokument betrifft die Gleichbehandlung vor allem die Sprache. In der deutschen Sprache ist die "neutrale Form", z.B. "Patient" meist dieselbe wie die männliche Form. Daher wird diese Form heute von vielen Menschen nicht als "neutral", sondern als "männlich" angesehen und als Ungleichbehandlung verstanden. Aus unserer Sicht grenzt jedoch die Verwendung der männlichen Form ergänzt durch die weibliche Form wie in "Patientin und Patient" wiederum alle anderen Geschlechtsidentitäten aus, da dies eine "Entweder- Oder-Haltung (=binär)" zu diesem Thema beinhaltet. Dies ist nicht unsere Haltung. Der Deutsche Rechtschreibrat hat das Problem jedoch zunächst verschoben und empfiehlt aufgrund von Problemen mit bisher gängigen Lösungsversuchen vorerst weiterhin die bisherige Rechtschreibung zu verwenden und verweist auf die Politik.

Im Sinne einer guten und niedrighschwelligigen Lesbarkeit unserer Informationen und Angebote verwenden wir daher zunächst weiter die neutrale Form der Begriffe wie "Patient" oder „die Betroffenen“ und falls passend, die binäre Form wie in "Patientin und Patient" bis eine bessere Lösung durch die Politik in Sicht ist. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung der anderen Geschlechter. Wir danken für Ihr Verständnis.

Ihr DIAKO Nordfriesland Team

Mehr erfahren: <https://www.diako-nf.de/genderhinweis>

Therapeutisches Konzept der DIAKO Nordfriesland gGmbH

für die seelische Gesundheit im Norden

Teil I.

Inhalt

Impressum	2
1. DIAKO Nordfriesland gGmbH: Wir stellen uns vor	5
2. Unsere Angebote	7
3. Unser Krankheitsmodell: Bio-Psycho-Soziale Aspekte bestimmen Entstehung, Therapie und Verlauf psychischer Störungen	9
4. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Störungsbilder.....	10
4.1 Übersicht über psychiatrische und psychosomatische Störungen.....	10
4.2. Mehrfachdiagnosen / Komorbidität	11
4.3 Therapie - Einfach - Erklärt.....	11
4.3.1 Psychotherapie.....	11
4.3.2 Pharmakotherapie	12
4.3.3 Weitere Therapieangebote	13
4.3.4 Pflege in der Therapie	13
4.3.5 Sozialdienst	14
4.3.6 Physio-, Sport- und Bewegungstherapie.....	14
4.3.7 Musiktherapie	15
4.3.8 Tiergestützte Therapie - Hippotherapie.....	15
4.3.9 Ernährung / Verpflegung.....	16
4.3.10 Umgang mit Patienten mit Demenz	16
4.3.11 Was es sonst noch gibt.....	17
4.5 Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!.....	17
4.6. Übersicht über die Therapiemodule und wissenschaftliche Evidenz	20
Tabelle 1: Depressive Störungen, bipolare affektive Störung, Angststörungen, schizoaffektive und schizophrene Störungen.....	20
Tabelle 1.1: Therapieoptionen bei einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, die auf mehrere adäquat durchgeführte Behandlungsversuche nicht angesprochen hat	21

Tabelle 2: Essstörungen, Traumafolgestörungen, Borderline Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörungen.....	22
Tabelle 3: Abhängigkeitserkrankungen.....	23
Tabelle 4: Evidenzbasierte Therapiemodule bei Alkoholabhängigkeit (medizinische Rehabilitation)	25
Tabelle 5: Psychosoziale und unterstützende Therapiemodule	26
4.7 Häufigkeit, Anzeichen, Symptome und Risikofaktoren psychischer Störungen.....	27
4.7.1 Depressive Störungen (ICD-10: F30-F39)	27
4.7.2 Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31)	28
4.7.3 Angststörungen (ICD-10: F40-F41)	29
4.7.4 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)	30
4.7.5 Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1).....	31
4.7.6 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)	32
4.7.7 Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung) (ICD-10: F50).....	32
4.7.8 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10: F60.31)...	35
4.7.9 Schizoaffektive und schizophrene Störungen (ICD-10: F20-F29)	36
4.7.10 Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10: F10-19).....	37
4.7.10.1 Alkoholabhängigkeit	40
4.7.10.2 Medikamentenabhängigkeit.....	43
4.7.10.3 Abhängigkeit von illegalen Substanzen	44
4.7.10.4 Pathologisches Glücksspiel	45
4.7.10.5 Pathologischer PC-Gebrauch (Medienabhängigkeit)	46
4.7.10.6 Sucht im Alter: Besonderheiten	48
Referenzen.....	50



1. DIAKO Nordfriesland gGmbH: Wir stellen uns vor

Wer wir sind

Wir sind ein junger Verbund an mehreren Standorten im Norden Schleswig-Holsteins.

Wir haben vielseitige Angebote rund um die seelische Gesundheit. **Wir** nehmen regionale und überregionale Patienten, Rehabilitanden, Klienten und Bewohner auf.

Wir behandeln, beraten und betreuen im Bewusstsein und im Respekt für die christliche Tradition. **Wir** arbeiten vernetzt und denken voraus.

Unser Ziel ist das langfristig bestmögliche Ergebnis für den Menschen.

Die DIAKO Nordfriesland ist ein konfessionelles Haus mit Angeboten für die Behandlung und Betreuung von Menschen mit Krankheiten, Störungen und Beeinträchtigungen aus den Bereichen der seelischen Gesundheit:

- Allgemeinpsychiatrie
- Suchtmedizin
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik
- Gerontopsychiatrie

In einem Unternehmen vereint: Zur DIAKO Nordfriesland gehören an neun Standorten im nördlichen Schleswig-Holstein: die Fachklinik für Rehabilitation sowie die Breklumer und die Flensburger Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Flensburg - Villa Paletti, sowie Tagesklinien, Ambulanzen, Eingliederungshilfe und Suchthilfezentren.

Das Angebot der DIAKO Nordfriesland umfasst

- Diagnostik, Behandlung und Therapie
- Rehabilitation und Adaption
- Eingliederungshilfe und Nachsorge
- Suchthilfezentren, Beratung, Betreuung, Prävention und mehr.

Unsere Standorte

Unsere Angebote finden Sie in Flensburg, in Nordfriesland in: Breklum-Riddorf, Bredstedt, Husum und Niebüll, und Schleswig, in Kiel sowie in Hohenfelde und Lütjenburg im Kreis Plön.

DIAKO Nordfriesland: Unser Angebot für die seelische Gesundheit im Norden



UNSERE FACHGEBIETE

- Allgemeinpsychiatrie und Gerontopsychiatrie
- Suchtmedizin
- Psychosomatik und Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

UNSER ANGEBOT

- Diagnostik, Behandlung und Therapie
- Rehabilitation und Adaption
- Nachsorge und Eingliederung
- Beratung, Betreuung und Prävention



Wir verstehen uns als einen modernen Gesundheitsdienstleister – Computer- und Medienabhängigkeit, Burn Out und Posttraumatische Belastungsstörungen werden bei uns ebenso fachkundig behandelt wie depressive Störungen und Schizophrenie. **Unsere innere Vernetzung** erlaubt umfassende und individuell abgestimmte Angebote. **Unsere Partner** sind niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, das DIAKO Krankenhaus und weitere Krankenhäuser der Region, das Klinikum der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel /UKSH, Beratungsstellen, soziale und kirchliche Einrichtungen, Nachsorgeeinrichtungen, der öffentliche Gesundheitsdienst, die betriebliche Sozial- und Gesundheitsberatung sowie Vereine und Verbände. **Unsere Gesellschafter** sind die Ev.-Luth. Diakonissenanstalt zu Flensburg, der Verein Fachkrankenhaus Nordfriesland e.V., das Zentrum für Mission und Ökumene und der Ev.-Luth. Kirchenkreis Nordfriesland.

2. Unsere Angebote

www.diako-nf.de

Fachkliniken, Tageskliniken, Ambulanzen

DIAKO Fachklinik für Rehabilitation

Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik

Stationäre und teilstationäre Rehabilitation

sowie ambulant-stationäre Kombitherapie.

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum

Tel. 04671 408 -4050, rehabilitation.nf@diako.de

Stationäre Nachsorge – Adaption

Neustadt 99, 25813 Husum

Tel. 04841 663 868 -0

adaption.husum@diako.de

DIAKO Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Breklum

Allgemeinpsychiatrie, Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Krankenhaus: Zentrale Aufnahme und Anmeldung:

A04, Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum

Tel. 04671 408 -0, fachklinik.nf@diako.de

Tagesklinik Breklum und

Institutsambulanz Breklum

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum

TK: Tel. 04671 408 -3300, tk.breklum@diako.de

PIA: Tel. 04671 408 -3900, pia.breklum@diako.de

Tagesklinik Husum und

Institutsambulanz Husum

Theodor-Schäfer-Strasse 1b, 25813 Husum

TK: Tel. 04841 66 328 -13, tk.husum@diako.de

PIA: Tel. 04841 66 328 -0, pia.husum@diako.de

Tagesklinik Niebüll und

Institutsambulanz Niebüll

Bahnhofstr. 24a, 25899 Niebüll

TK: Tel. 04661 934 94 -10,

tk.niebuell@diako.de

PIA: Tel. 04661 934 94 -20,

pia.niebuell@diako.de

DIAKO Fachklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Flensburg

Allgemeinpsychiatrie, Suchtmedizin, Gerontopsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Knuthstr. 1, 24939 Flensburg

Tel. 0461 812 -1701, psychiatrie.fl@diako.de

Tagesklinik für Erwachsene

Marienhölungsweg 21, 24939 Flensburg

Tel. 0461 57003 -23, tke.flensburg@diako.de

Tagesklinik für Ältere

Marienhölungsweg 8 (Hanni-Funke-Haus),

24939 Flensburg, Tel. 0461 812 -1761

tkae.flensburg@diako.de

Tagesklinik für Psychosomatik

Nerongsallee 5, 24939 Flensburg

Tel. 0461 812 -1787, tkps.flensburg@diako.de

Institutsambulanz Flensburg (PIA)

Marienhölungsweg 19, 24939 Flensburg

Tel. 0461 812 -1717, pia.flensburg@diako.de

Villa Paletti

Tagesklinik und Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik

Marienhölungsweg 68, 24939 Flensburg

Tel. 0461 84099 -0

villapaletti@diako.de

Eingliederungshilfe

Gemeinschaftliches Wohnen, Assistenz im eigenen Wohnen und Sozialraum, psychiatrische Nachsorge

DIAKO Hohenfelde - Lütjenburg

Gemeinschaftliches Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen.

Dorfstraße 15, 24257 Hohenfelde,

Tel. 04385 5961 -0, hohenfelde@diako.de

(Weitere Standorte in Hohenfelde und Lütjenburg)

DIAKO Hans Christian Nickelsen Haus

Gemeinschaftliches Wohnen für psychisch kranke und suchtkranke Menschen.

Krankenhausweg 3, 25821 Bredstedt,

Tel. 04671 408 -5100, hcnh@diako.de

DIAKO Husumer Insel

Psychiatrische Nachsorge, Tagesstätte, Werkstatt / WfpbM, Assistenz im eigenen Wohnen und Sozialraum. Neustadt 106, 25813 Husum,

Tel. 04841 6619 -0, husumerinsel@diako.de

Suchthilfezentren

DIAKO Suchthilfezentrum Schleswig

Beratung, Prävention, ambulante Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation suchtkranker Menschen, Assistenz im eigenen Wohnen, psychosomatische Nachsorge.

Suadicistr. 45, 24837 Schleswig,

Tel. 04621 4861 -0, info.sl@diako.de,

www.suchthilfezentrum-sl.de

DIAKO Suchthilfezentrum Kiel

Allgemeine Drogenberatung, psychosoziale Betreuung, ambulante Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von suchtkranken Menschen, Assistenz im eigenen Wohnen. Boninstraße 27a, 24114 Kiel,

Tel. 0431 66846 -0, info@fachambulanz-kiel.de

www.suchthilfezentrum-kiel.de

Tochterunternehmen

DIAKO Fachambulanz GmbH

Medizinische Betreuung und Substitutionsbehandlung von opiatabhängigen Menschen.

Boninstraße 27a, 24114 Kiel, Tel. 0431 66846 -0

info@fachambulanz-kiel.de

www.suchthilfezentrum-kiel.de

DIAKO Service Nordfriesland GmbH

Hauswirtschaftsleistungen und Speisenversorgung.

Gammeltoft 8-15, 25821 Breklum

Tel. 04671 408 -7000, service.nf@diako.de

3. Unser Krankheitsmodell: Bio-Psycho-Soziale Aspekte bestimmen Entstehung, Therapie und Verlauf psychischer Störungen

Psychische Störungen sind hochkomplexe multifaktorielle Geschehen im seelischen, körperlichen und sozialen Bereich, die sich auf alle Belange der Lebensgestaltung auswirken.

Zur Behandlung und Therapie von Menschen mit psychischen Störungen liegt unserem therapeutischen Konzept daher ein bio-psycho-soziales Modell der Erkrankungen zugrunde, denn Risikofaktoren für die Entwicklung von psychischen Störungen sind aus den Bereichen:

- der Neurobiologie und Genetik (Bio-)
- der psychischen Belastung mit Stressoren (Psycho-)
- und aus der sozialen Entwicklung / dem Umfeld der Betroffenen bekannt (Sozial-).

Psychische Störungen treten häufig gemeinsam („komorbid“) mit weiteren körperlichen und seelischen Erkrankungen auf, die ebenfalls in der Therapie berücksichtigt werden müssen, wie zum Beispiel Angst und Depressionen oder Abhängigkeitserkrankungen und Traumafolgestörungen.

Aus diesem Grund ist unser therapeutisches Angebot multimodal und umfasst

- verhaltensorientierte und psychodynamische Verfahren
- systemische, sozialtherapeutische und psychoedukative Verfahren
- allgemeinmedizinische, internistische und neuropsychiatrische Maßnahmen
- dazu kommen diagnosespezifische Angebote. Im Detail verweisen wir hier auf die einrichtungsspezifischen Konzepte (Teil II.).

Im Einzelnen umfasst das Angebot

- psychotherapeutische Gruppen und Einzeltherapien
- Information und Prävention
- Bewegungstherapie, Ergotherapie, Musiktherapie
- Psychosoziale Beratung und Therapie
- Sozialberatung und Angehörigenarbeit
- Ernährungstherapie
- Pharmakotherapie
- Metakognitives Training
- sowie die Vermittlung geeigneter Nachsorge
- dazu kommen diagnosespezifische und adjuvante Angebote. Im Detail verweisen wir hier auf die einrichtungsspezifischen Konzepte (Teil II.).

HINWEIS zu der häufigen Frage: Für wen ist welches Angebot geeignet?

Wir handeln bei der Therapieplanung auf der Basis der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse und Empfehlungen und wenden die Leitlinien der jeweiligen Fachgesellschaften unter Ergänzung internationaler Literatur und Guidelines an: siehe Kapitel 4.6. ff sowie Referenzen.

Darüber hinaus gilt: Die psychiatrische bzw. psychosomatische Therapie umfasst individuell auf die jeweilige Patientin / auf den jeweiligen Patienten zugeschnittene multimodale und multiprofessionelle Therapiebausteine. Die Therapieplanung ist abhängig von vielen individuellen Faktoren, wie Störungsbild, Komorbidität, individuellem Gesundheitszustand, persönliche Ressourcen und vielem mehr.

Die Therapie ist daher ein komplexer und gelenkter dynamischer Prozess unter Einbezug der genannten Faktoren und der beteiligten Berufsgruppen. Während des Genesungsprozesses sind stetige Anpassungen bzgl. der Therapiemodule notwendig. Dies ist Thema der multiprofessionellen Patientenkonferenzen und der Ärztlichen Visiten. In diesem Rahmen findet auch die diesbezügliche Ausbildung und Einarbeitung neuer Kolleginnen und Kollegen statt.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir die Frage nach der Indikation für spezifische Angebote, wie zum Beispiel der Hippotherapie oder der Musiktherapie, in diesem Konzept nicht vorab pauschal beantworten können.

4. Theoretischer und wissenschaftlicher Hintergrund der Störungsbilder

4.1 Übersicht über psychiatrische und psychosomatische Störungen

Etwa 28% der Bevölkerung leidet jedes Jahr an einer psychischen Störung unterschiedlichen Schweregrades und unterschiedlicher Dauer. Das entspricht 17,8 Millionen betroffener Personen (AWMF 2016-2022). Psychische Störungen gehören damit zu den häufigsten Erkrankungen unserer Zeit. Sie gehören auch zu den Störungen, die die Betroffenen in ihrer Lebensqualität sehr einschränken. Viele Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen benötigen längerfristig eine Therapie nach ihren individuellen Erfordernissen.

Im Verbund der DIAKO Nordfriesland behandeln wir folgende Störungsbilder:

- **Abhängigkeitserkrankungen** (Substanzgebunden / legale und nicht legale Suchtmittel bzw. nicht Substanzgebunden / Verhaltenssuchte: insbes. Alkohol, Medikamente, illegale Substanzen, Pathologisches Glücksspiel, pathologischer PC-Gebrauch /Computer- /Internetsucht, Medienabhängigkeit u.a.m.)
- **Depressive Störungen und bipolare affektive Störung**
- **Schizoaffektive und schizophrene Störungen**
- **Angststörungen**

- Zwangsstörungen
- Essstörungen
- Traumafolgestörungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörung und weitere Persönlichkeitsstörungen
- Besondere Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen
- Besondere Störungsbilder im Alter / Gerontopsychiatrie

4.2. Mehrfachdiagnosen / Komorbidität

Bei Menschen mit psychiatrischen oder psychosomatischen Primärerkrankungen entstehen oft weitere Störungen (=Komorbidität), etwa Depressionen oder Suchterkrankungen, welche die Behandlung erschweren und den Therapieerfolg gefährden. Dies erfordert spezifische Behandlungs- und Therapieangebote. Diese können an unseren Fachkliniken aufgrund der angegliederten Abteilungen für Suchtmedizin sowie der Fachklinik für Rehabilitation, Schwerpunkt Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik, besonders gut berücksichtigt werden.

Wenn nicht anders angegeben, wurden als Basis für die folgende Ausarbeitung die Leitlinien der entsprechenden Fachgesellschaften verwendet. Die jeweils aktuellen Leitlinien finden Sie unter „Referenzen“ sowie im Internet unter www.leitlinien.net (Referenzen: 1-13: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022).

Zu vielen Diagnosen gibt es auch spezielle Informationen, die leichtverständlich für Patienten und Angehörige aufbereitet sind unter: www.leitlinien.net. Eine Zusammenfassung der Häufigkeit der Störungsbilder in der Bevölkerung, der Häufigkeit von Begleiterkrankungen, sowie wissenschaftlich basierte Empfehlungsgrade von therapeutischen Interventionen geben die folgenden Tabellen sowie die diagnosespezifischen Kapitel.

4.3 Therapie - Einfach - Erklärt

An dieser Stelle möchten wir die verschiedenen Therapiemodule näher erläutern. Erklären, warum manches notwendig und wirksam und vieles unterstützend und hilfreich ist:

4.3.1 Psychotherapie

Psychotherapie ist eine Therapie durch Kommunikation mit sprachlichen und nichtsprachlichen Mitteln auf einer wissenschaftlichen Grundlage. In einem Behandlungsbündnis werden handlungsorientierte Strategien zur Beeinflussung von Erleben und Verhalten erarbeitet, um psychische Aspekte von Krankheiten und Belastung zu lindern oder zu heilen.

In der Psychotherapie kommen zur Anwendung:

1. Gespräche, die von dem Therapeuten geleitet werden und als Gruppen- und Einzelgespräche durchgeführt werden.

2. Praktische Übungen, in denen beispielsweise der Umgang mit angstbesetzten Situationen in einem "sicheren" Rahmen unter Anleitung des Therapeuten eingeübt wird.
3. Leben in der therapeutischen Gemeinschaft
4. Erprobung im Alltag

Es gibt verschiedene Verfahren der Psychotherapie, die nach individuellen Erfordernissen eingesetzt werden, z. B. die Verhaltenstherapie und die psychodynamische Therapie oder die systemische Therapie.

Die Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie ist insbesondere bei schwer ausgeprägten Störungen in der Wirksamkeit der einzelnen Anwendung überlegen.

Die Psychotherapie wird von entsprechend spezialisierten Fachärzten und von psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt.

4.3.2 Pharmakotherapie

Besser als ihr Ruf

Die Pharmakotherapie ist die Behandlung von Krankheiten mit Medikamenten. Die Medikamente, die zur Behandlung von psychischen Erkrankungen eingesetzt werden, heißen "Psychopharmaka". Die Psychopharmaka haben in der öffentlichen Meinung immer noch einen schlechten Ruf.

Ein Grund hierfür sind die z. T. starken unerwünschten Wirkungen der älteren Psychopharmaka. Viele der modernen Mittel haben diese Nebenwirkungen jedoch gar nicht mehr oder nur schwach ausgeprägt.

Zum anderen besteht in großen Teilen der Bevölkerung die Überzeugung, alle Psychopharmaka würden abhängig machen. Dies stimmt nicht.

Ein Suchtpotential besteht vor allem für die Klasse der Schlaf- und Beruhigungsmittel, v. a. vom Typ der Benzodiazepine. Diese haben sogar ein sehr starkes Suchtpotential und sollten in der Regel nicht länger als 2 bis 4 Wochen eingenommen werden.

Moderne Mittel gegen Depressionen (Antidepressiva) oder Psychosen machen nicht abhängig und können gefahrlos über eine längere Zeit eingenommen werden.

Viele psychisch erkrankte Menschen meinen aus den oben genannten Gründen, dass es besser wäre, ohne Medikamente auszukommen. Demgegenüber zeigt die Behandlungsforschung eindrucksvoll auf, dass eine ausreichend lange Behandlung mit einem geeigneten Medikament nicht nur die aktuelle Erkrankungssituation entscheidend verbessern hilft, sondern auch die Risiken für spätere psychische Erkrankungen erheblich senkt.

Wir handeln daher nach dem Grundsatz: "So viel wie nötig, so wenig wie möglich und so lange wie geboten".

Ein Facharzt ist dabei verantwortlich für die Pharmakotherapie sowie die Begleitung des Betroffenen im Behandlungsverlauf.

4.3.3 Weitere Therapieangebote

Hierzu gehören

- EKT (Elektrokrampftherapie: in der Flensburger Fachklinik bei den Diagnosen Schizophrenie und bei therapieresistenten depressiven Episoden in stationärem Setting)
- Esketamin (intranasal in (teil-) stationärem Setting als Therapieoptionen bei einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, die auf mehrere adäquat durchgeführte Behandlungsversuche nicht angesprochen hat, in der Breklumer Fachklinik)
- Wachtherapie (bei der unipolaren Depression und Schlafstörungen)
- Lichttherapie (bei der saisonalen Depression mit Spezial-Lichttherapiegeräten)

4.3.4 Pflege in der Therapie

Die Aufgaben der Pflegekräfte in unseren Fachkliniken sind vielfältig. Eine der Hauptaufgaben der Pflege ist es, den ihr anvertrauten Menschen in seinem therapeutischen Prozess zu begleiten und zu unterstützen. Seelische Störungen gehen oft mit einer Beziehungsstörung einher, welche die Betroffenen isoliert und verhindert, dass Hilfe in Anspruch genommen wird. Wir arbeiten daher nach dem System der **Bezugspflege**.

Dies bedeutet, dass der Betroffene nach der Aufnahme einen festen Ansprechpartner für alle seine Angelegenheiten, Fragen und Probleme erhält: **die Bezugspflegekraft**.

(gilt für: stationäre und tagesklinische Angebote).

Weitere Aufgaben unserer Pflegekräfte sind bspw.:

- Gespräche über Alltagsfragen und Probleme im Stationsablauf führen
- gesunde Anteile und Stärken wahrnehmen, wertschätzen und fördern
- eine stützende Tagesstruktur schaffen
- Krisensituationen erkennen und frühzeitig intervenieren
- Planung / Durchführung von Freizeitaktivitäten und Aktivierungsgruppen
- Förderung der sozialen Kontakte
- Medikamente ausgeben und Compliance fördern
- Anleitung / Unterstützung bei der Einhaltung von Absprachen
- Kontaktaufnahme zu Angehörigen vermitteln

- Feststellen, Beobachten und Dokumentieren des Hilfebedarfs und dessen Entwicklung (Pflegeprozess)

4.3.5 Sozialdienst

Der Schwerpunkt des Sozialdienstes ist die Beratung der Betroffenen in der für ihn oft unüberschaubaren und komplexen Welt der Antragsstellung, Vorschriften und Gesetze, Kostenträger und Behörden.

Das heißt, er informiert und motiviert die Betroffenen dazu, weiterführende Hilfen in Anspruch zu nehmen und unterstützt die notwendige Antragstellung bei den zuständigen Behörden. Hierzu gehören z.B. Rehabilitations-, Eingliederungs- oder Pflegemaßnahmen.

Der Sozialdienst ist auch behilflich bei Kontakten zu Einrichtungen und Kostenträgern, um eine gute Versorgung nach der Entlassung aus der Klinik sicher zu stellen.

Die Angebote und Ziele des Sozialdienstes können je nach Fachabteilung und zugrundeliegender Erkrankung für den einzelnen Betroffenen individuell sehr unterschiedlich sein.

Zu den Tätigkeitsfeldern des Sozialdienstes gehören weiterhin:

- das Aufzeigen von Chancen, Ideen und Möglichkeiten in sozialrechtlichen Fragen
- die Organisation des Übergangs von der Krankenhausbehandlung in nachsorgende Maßnahmen, Rehabilitation oder Pflege
- die Klärung von Hilfen im bisherigen Zuhause oder in Heimen
- die Antragstellung für und die Zusammenarbeit mit einer gesetzlichen Betreuung
- die Klärung der Krankenversicherung
- die Beratung für eine berufliche Nachsorge und Wiedereingliederung
- die Beantragung von Erziehungshilfen
- die Vermittlung in Selbsthilfegruppen
- die Vermittlung einer Schuldnerberatung
- und vieles andere mehr

4.3.6 Physio-, Sport- und Bewegungstherapie

Die Physio-, Sport- und Bewegungstherapie ist ein wichtiger Bestandteil moderner Therapieformen. Sie fördert Aktivität, Kraft und Durchblutung, verschafft auf neutralem Gebiet Erfolgserlebnisse und verbessert die Körperwahrnehmung.

Gruppensport in der Halle, wie z.B. Ballspiele, erlaubt eine Vielzahl therapeutischer Ansätze, neben dem sozialen Umgang in der Gruppe auch im Umgang mit Ängsten oder mit Erfolgen und Misserfolgen.

An den Fitnessgeräten können die Patienten unter der Anleitung von Sport- und Physiotherapeuten gezielt Koordination und Ausdauer, aber auch Muskelaufbau oder Verbesserung von Beweglichkeit trainieren.

Der neue Klinikkomplex der DIAKO Nordfriesland in Breklum umfasst u.a. einen neuen Fitness- und Sporthallenbereich. Die Sport- und Bewegungstherapie für die Patienten aus Psychiatrie, Psychosomatik und Rehabilitation erhielt dadurch ganz neue Möglichkeiten.

4.3.7 Musiktherapie

In der Musiktherapie wird das Musizieren, Singen und Musikhören gezielt zur Förderung der seelischen, körperlichen und geistigen Gesundheit sowie zur Entwicklung und Bereicherung der Persönlichkeit eingesetzt.

Bei der Musiktherapie wird gemeinsam auf Instrumenten gespielt oder gesungen. Hierfür steht den Teilnehmern eine Vielzahl von Instrumenten zur Verfügung, die leicht zu spielen sind (bspw. verschiedene Trommeln und andere Schlaginstrumente, Rasseln, Glockenspiele oder Xylophone). Anschließend wird das Geschehen im Gespräch reflektiert.

4.3.8 Tiergestützte Therapie - Hippotherapie

HINWEIS: Diese Therapie ist nicht in allen Abteilungen verfügbar. Es ist ein Angebot für die vollstationär aufgenommenen Patienten der Abteilung für Allgemeinpsychiatrie in Breklum, sowie der Tageskliniken in Husum und in Niebüll.

In Rahmen der Tiergestützten Therapie können Menschen mit seelischen Erkrankungen unter Anleitung und mit der Hilfe des Therapeuten besondere Erfahrungen über sich und ihre Umwelt machen. Die Therapie findet bei uns mit Pferden statt (Hippotherapie).

Die Wirkung der Tiergestützten Therapie ist je nach Diagnose ganz individuell. Sie kann bspw. depressiven Menschen helfen, Ängste zu überwinden, Energie und Mut zu gewinnen und Lebensfreude und Hoffnung geben. In dem direkten Umgang mit dem Tier können die Betroffenen üben, mit Konsequenz, Klarheit und Verantwortung zu handeln, selbst Sicherheit und Ruhe auszustrahlen oder risikofreien Körperkontakt aufzunehmen. Das Pferd meldet jede Art von Emotion, wie Unruhe, Nervosität oder Hektik sofort und ohne jedwede Kritik zurück, so dass die Patienten mit der Zeit ihre Emotionen reflektieren lernen und üben können, besser damit umzugehen.

Im Vordergrund stehen Kontaktaufnahme zum Pferd sowie Streicheln, Pflegen und Füttern des Tieres. Im Anschluss macht die Gruppe Spaziergänge mit den Pferden. Reiten oder Reitunterricht findet im Rahmen dieser Gruppen nicht statt.

4.3.9 Ernährung / Verpflegung

Viele unserer Patienten leiden auch unter Erkrankungen, die eine besondere Ernährung - Verpflegung notwendig machen. Seien es Mangel an Vitaminen oder Mineralien, Essstörungen, Nahrungsmittelintoleranzen, Allergien, Übergewicht oder anderes mehr.

Auf unserer Homepage finden Sie die Angebote unserer Küchen in Breklum und Flensburg, bspw. Ernährungsberatung, Sonderkostformen, Reduktionsdiät, Auslassdiät u.v.m.. Auch eine Lehrküche gehört in Breklum zu unserem Angebot.

Bei einem besonderen Bedarf an Mikronährstoffen (Vitaminen, Mineralien, Aminosäuren o.a.m.) oder Sonderkostformen bespricht der behandelnde Arzt / die Ärztin mit Ihnen die geeignete Vorgehensweise.

4.3.10 Umgang mit Patienten mit Demenz

Patienten mit Demenz im Krankenhaus erfordern besondere Umsicht bei dem Eingangsmanagement, der Aufnahme, Unterbringung, Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Begleitung und Entlassmanagement.

Wir halten für demenzerkrankte Patienten folgende Angebote vor:

- Generell: Inklusion von demenzkranken Patienten
- Eingangsmanagement: Sorgfältige Vorbereitung der Aufnahme mit Überleitung relevanter Informationen zum Funktionsstatus, Pflegestatus, medizinischem Status und Struktur-Beeinträchtigungen durch Aufnahmemanagement, gelenkte Information über KIS
- Demenz-adäquate Begleitung ist im Bezugspflegesystem fest verankert, dadurch gibt es einen konstanten Ansprechpartner in der Fachklinik (analog eines „Demenzbeauftragten“)
- Demenz-adaptiertes Milieu u.a. Zuschnitt des Stationsbereiches, Signalfarbgebung und Signal-Symbole
- Demenz-Basisdiagnostik im Hause, erweiterte Diagnostik in Kooperation mit der Klinik für Neurologie, Prof. Stolze, DIAKO Krankenhaus Flensburg.
- Inklusive Demenzbehandlung unter Berücksichtigung der S3-Leitlinie 38-013 „Demenzen“.

- Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Alzheimergesellschaft „Patienten mit Demenz im Krankenhaus“ (7. Auflage, 2019)
- Vernetzung mit komplementären Leistungserbringern in der Region sowie den Angehörigen / Betreuern. Netzwerkpflge fortlaufend durch die Stationsleitung Pflege Allgemeinpsychiatrie, unterstützt durch Oberärzte, Sozialdienst und Krankenhausleitung.
- Angepasstes Entlassmanagement mit Überleitung analog Eingangsmanagement durch ärztlichen Dienst, Pflegedienst und Sozialdienst.

4.3.11 Was es sonst noch gibt

- Verschiedene Entspannungsgruppen und -techniken
- Gesundheitsbildung: Informationen über das Störungsbild (Psychoedukation), Schulung im Umgang damit sowie Informationen zu allgemeinen Themen rund um die Gesundheit, Rauchentwöhnungskurse.
- Seelsorge: Gespräche, Andachten, Gottesdienste und mehr - für Menschen mit allen Glaubensrichtungen und die ohne Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft.
- Raum der Stille für alle, die einmal zu Ruhe kommen möchten, nachdenken, beten oder sich besinnen.

Weitere spezifische Verfahren und Angebote finden Sie in den Konzepten der Abteilungen, so zum Beispiel

- Angebote für die Abhängigkeit von Computer und Internet
- Angebote für Menschen mit Traumafolgestörungen
- Angebote für Eltern mit kleinen Kindern oder in Erwartung eines Kindes
- Angebote für Kinder und Jugendliche und ihre Familien
- Angebote für Ältere
- und vieles mehr

4.5 Vor- und Nachsorge: Vernetzt behandeln - Therapieerfolg sichern!

Bei allen Erkrankungen aus den Fachbereichen der DIAKO Nordfriesland gGmbH handelt es sich um komplexe Störungsbilder. Mehrfacherkrankungen und Überschneidungen mit anderen Störungen (Komorbidität) sind eher die Regel als die Ausnahme.

So bestehen bei Depressionen häufig gleichzeitig Angststörungen, Zwangsstörungen, Traumafolgestörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Das Risiko von Rückschlägen, Krisen und chronischen Verläufen ist bei diesen komplexen Störungsbildern generell hoch. Die Behandlungsplanung trägt dem Rechnung.

Daher kann nur ein multimodales und vernetztes Therapiekonzept unter Einbezug von Nachsorgeangeboten langfristig erfolgreich sein. Dieses muss alle individuellen Aspekte der Erkrankung einbeziehen. Die Behandlung in den Einrichtungen der DIAKO Nordfriesland bietet dabei den Vorteil einer guten inneren Vernetzung des erforderlichen therapeutischen Angebotes. So sind - falls individuell erforderlich - Verlegungen in andere Abteilungen, sowie die unkomplizierte Vermittlung von Nachsorge- und Übergangsangeboten möglich.

Unsere Fachkliniken arbeitet eng mit den psychiatrischen Einrichtungen der Kreise, dem öffentlichen Gesundheitsdienst, dem DIAKO Krankenhaus Flensburg, dem Klinikum Nordfriesland, weiteren Kliniken der Region, der Husumer Insel, der Brücke, der AWO und weiteren Institutionen zusammen.

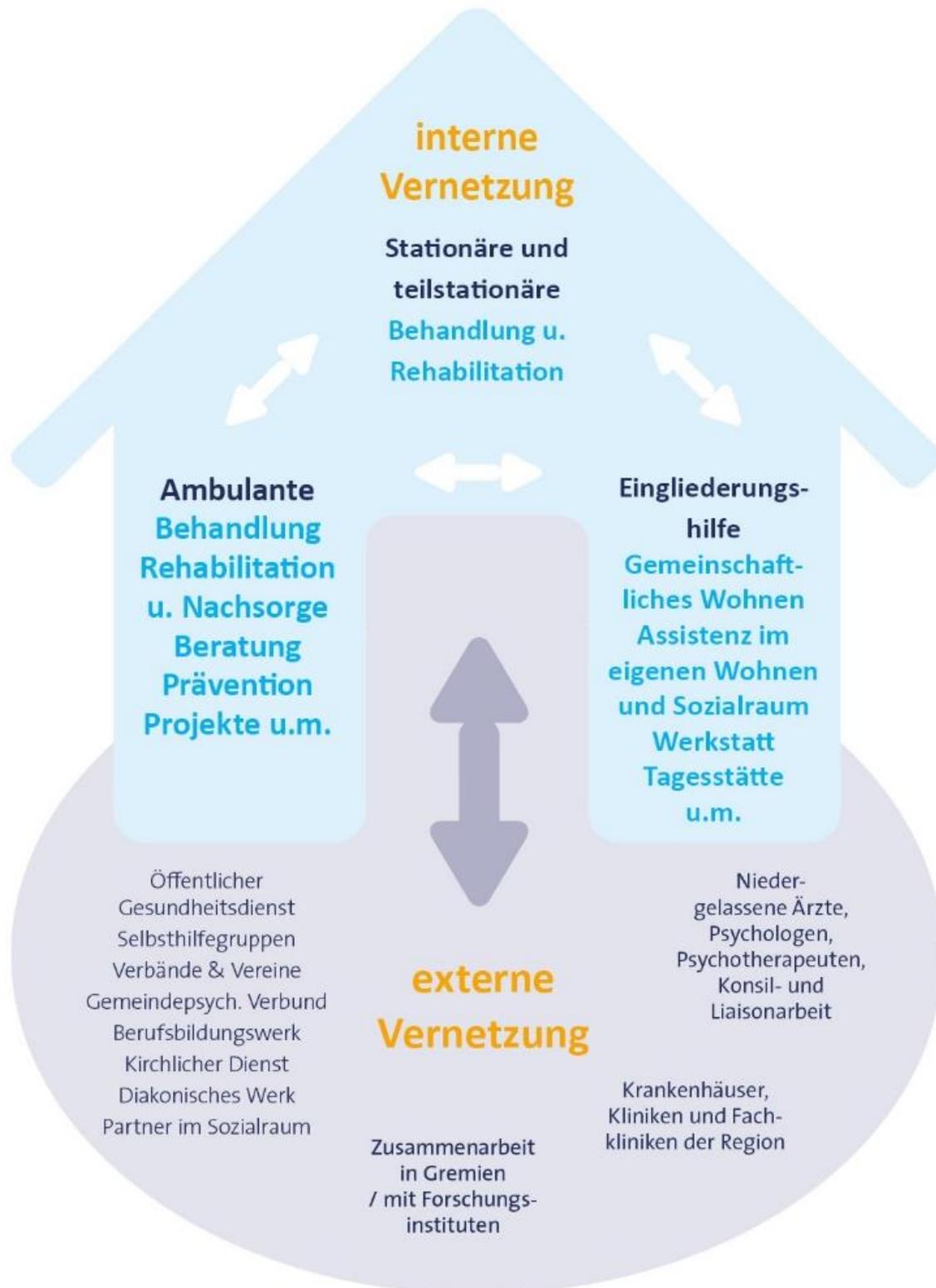
Innerhalb der DIAKO Nordfriesland gGmbH gibt es:

- die stationäre Behandlung in unseren Fachkliniken (Krankenhausbehandlung)
- die Behandlung in Tageskliniken und Institutsambulanzen, auch als nachsorgende Therapiemöglichkeit
- Rehabilitations- und Nachsorgeangebote (stationär und ambulant oder kombiniert), Adaption
- Tagesstätte, Werkstätten oder weitere tagesstrukturierende Maßnahmen sowie unterstützte Wohnangebote und Assistenz im eigenen Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe
- Beratung, ambulante Reha, Therapie und Betreuung, Prävention und mehr in unseren Suchthilfezentren.

Eine aktuelle Übersicht und Informationen über unsere Einrichtungen und Angebote gibt es auf unserer Webseite:

www.diako-nf.de

**Interne und externe Vernetzung der Angebote der DIAKO Nordfriesland gGmbH –
Übersicht:**



4.6. Übersicht über die Therapiemodule und wissenschaftliche Evidenz

Tabelle 1: Depressive Störungen, bipolare affektive Störung, Angststörungen, schizoaffektive und schizophrene Störungen

Prävalenzen, Therapiemodule und evidenzbasierte Empfehlungsgrade des Einsatzes bei den genannten Diagnosen (Evidenzbasierung gilt bei mittelschweren oder schweren Ausprägungen, hier störungsspezifisch)(siehe Referenzen 1-13: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022).

A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, O= Kann / Empfehlung offen, EK= Expertenkonsens (= "Gute klinische Praxis"), k.A.: keine Angabe

Prävalenz und Therapiemodule: jeweils störungsspezifisch	Unipolare Depression	Bipolare aff. Störung	Angststörungen	Schizoaffektive und schizophrene Störungen
Prävalenz in der deutschen Bevölkerung Diagnoseprävalenz (Krankenkassendaten 2017)	8,2 % 12-Monats-Präv. 15,7%	3 % Lebenszeitprävalenz	15,3 % 12-Monats-Präv.	0,5% Lebenszeitprävalenz
Prävalenz der Komorbidität mit >=1 weiteren psychischen Störung	61 %	50 %	79 bis 93% %	50-80 %
Psychotherapie (PT)	A in Kombination mit Ph bei schweren depr. Episoden	O - A Manie: O Depression: A Phasenproph.: B (nur KVT)	A	s. KVT
Pharmakotherapie (Ph) (substanzabhängige Empfehlungen: s. Leitlinien)	A in Kombination mit PT bei schweren depr. Episoden	B - A Manie: B Depression: A Phasenproph.: A	A	A - eingebettet in ein Ges.Behandlungskonzept
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	A	O - A Manie: O Depression: A Phasenproph.: B	A	A
Psychodynamische Therapie (PDT)	B	k.A.	B	A
Psychoedukation	A	EK	B	A
Einbezug der Angehörigen	A	EK	EK	A
Bewegungstherapie / Sporttherapie	A	EK	EK	B
Ergo- /Arbeitstherapie	B	EK	k.A.	B
Musiktherapie	EK	EK	k.A.	B
Selbsthilfegruppen	A	EK	EK	EK
Metakognitives Training	k.A.	k.A.	k.A.	B
Lichttherapie	A bei saisonalem Muster, sonst: O			
Wachtherapie	B			

Ergänzung zu Tabelle 1:

Tabelle 1.1: Therapieoptionen bei einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode, die auf mehrere adäquat durchgeführte Behandlungsversuche nicht angesprochen hat

Therapieoption:	mittelgradige bis schwere depressive Episode
Esketamin: Es kann im (teil-)stationären Setting zusätzlich zu einem Antidepressivum Esketamin in intranasaler Applikation angeboten werden.	0
Elektrokonvulsionstherapie (EKT) soll Patient*innen bei therapieresistenten depressiven Episoden angeboten werden, insbesondere im höheren Lebensalter oder bei psychotischer Symptomatik.	A
Eine EKT-Erhaltungstherapie nach einer erfolgreichen EKT-Behandlungsserie soll Patient*innen angeboten werden, die <ul style="list-style-type: none">• unter einer adäquaten sonstigen Rezidivprophylaxe in der Anamnese einen Rückfall erlitten hatten oder• eine Unverträglichkeit gegenüber einer anderen Rezidivprophylaxe aufweisen oder• eine entsprechende Präferenz haben	A

Tabelle 2: Essstörungen, Traumafolgestörungen, Borderline Persönlichkeitsstörung, Zwangsstörungen

Prävalenzen, Therapiemodule und evidenzbasierte Empfehlungsgrade des Einsatzes bei den genannten Diagnosen (Evidenzbasierung gilt bei mittelschweren oder schweren Ausprägungen, hier störungsspezifisch)(siehe Referenzen 1-13: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022).

A= Starke Empfehlung / Soll, B= Empfehlung / Sollte, O= Kann / Empfehlung offen, k.A.: keine Angabe
EK= Expertenkonsens (= „Gute klinische Praxis“)

Prävalenz und Therapiemodule: jeweils störungsspezifisch	Essstörungen	Traumafolgestörungen	Borderline-Persönlichkeitsstörung	Zwangsstörungen
12- Monats-Prävalenz in der deutschen Bevölkerung	1-2%	1,3-3,4%: 1- Monats-Prävalenz, altersabhängig!	1-3%	1-3 %
Prävalenz der Komorbidität mit >=1 weiteren psychischen Störung	31-89%	80-88%	bis zu 80%	90 %
Psychotherapie (PT)	A v.a. spez. Verfahren und Th. v. ambivalentem Verhalten	A - gilt für trauma-spez. Verfahren: v.a. EMDR und KVT	A BPS-spezifisch, siehe KVT	s. KVT
Pharmakotherapie (substanzabhängige Empfehlungen: s. Leitlinien)	O-EK - nur in Kombination mit PT	A - nur in Kombination mit PT	A - nicht als primäre Therapie u. so wenig wie möglich, ergänzend	A - in Kombination mit KVT - als Monotherapie bei Ablehnung /Nichtanw. einer KVT: EK
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	B	A trauma-spez. Verfahren	A BPS-spezifisch	A mit Exposition
Psychodynamische Therapie (PDT)	k.A.	B - gilt für trauma-spez. Verfahren	k.A.	B
Psychoedukation	EK	EK	A	EK
Einbezug der Angehörigen	EK	EK	EK	B
Bewegungstherapie / Physiotherapie	EK störungsorientiert	EK	k.A.	EK
Ergo- /Arbeitstherapie	EK	EK	k.A.	EK
Musiktherapie	k.A.	EK	k.A.	EK
Metakognitive Ansätze	-	-	-	O
Indikationsspezifische Ansätze	A - in Kombination mit PT	A	A DBT, MBT	B Exposition / Blockexposition MBCT: O

Tabelle 3: Abhängigkeitserkrankungen

Prävalenzen, Therapiemodule und evidenzbasierte Empfehlungsgrade des Einsatzes bei den genannten Diagnosen (Evidenzbasierung gilt bei mittelschweren oder schweren Ausprägungen, hier störungsspezifisch) (siehe Referenzen 1-11: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien, DHS 2020 und Seitz et al. 2019:

Es existieren nicht für alle Arten von Abhängigkeiten ausführliche oder aktuelle Leitlinien von Fachgesellschaften, hier zeigen wir daher exemplarisch die Empfehlungen für die Akut- und Postakutbehandlung alkoholassoziierter Störungen: Leitlinien der Dt. Ges. f. Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) und der Dt. Ges. f. Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) für das AWMF-Leitlinien-Register (AWMF= Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften).

A= Starke Empfehlung / Soll,

B= Empfehlung / Sollte,

O= Kann / Empfehlung offen,

EK= Expertenkonsens (= „Gute klinische Praxis“)

k.A.: keine Angabe

Prävalenz und Therapiemodule: jeweils störungsspezifisch	Schädlicher Konsum und Abhängigkeit von Alkohol
Prävalenz in der deutschen Bevölkerung	5,9 %
Prävalenz der Komorbidität mit ≥ 1 weiteren psychischen Störung	25 - 37%
Akutbehandlung	A
Körperliche Entgiftung (stationär)	A 1) bei einem Risiko eines alkoholbedingten Entzugsanfalles und/oder Entzugsdelirs und/oder 2.) bei Vorliegen von gesundheitlichen bzw. psychosozialen Rahmenbedingungen, unter denen Alkoholabstinenz im ambulanten Setting nicht erreichbar erscheint
Qualifizierte Entgiftung statt einer reinen körperlichen Entgiftung (stationär)	EK
Pharmakotherapie (stationär)	A
Diagnostik und Therapie komorbider körperlicher/organischer Störungen	A
Diagnostik und Therapie komorbider psychischer Störungen	A
Postakutbehandlung / med. Rehabilitation / „Entwöhnung“ (stationär, teilstationär, ambulant, Kombitherapie)	EK
Motivationale Interventionsformen (z.B. Selbstmanagement, 12-Schritte-Programm, Motivierende Gesprächsführung u.a.)	A
Klassische Verhaltenstherapeutische Maßnahmen	A
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT / CBT) kann für die Behandlung des schädlichen Gebrauchs und der Alkoholabhängigkeit, für die Therapie komorbider Störungen, die Rückfallprävention und psychosoziale Probleme angewandt werden	A
Paar- und Familientherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes	A

Angehörigenarbeit	A
Psychodynamische Kurzzeit-Therapie (PT) Im Zentrum der psychodynamischen Theorie steht die Annahme, dass die Sucht in Verbindung gebracht wird mit psychischen Fixierungen auf frühkindliche Entwicklungsphasen und dass die Sucht eine Grundstörung der Persönlichkeit zugrunde liegt.	0
Suchtspezifische Pharmakotherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes	Keine generellen Empfehlungen, die Behandlung muss auf den Einzelfall abgestimmt werden
Ergo- und Arbeitstherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes	EK - adjuvant
Musiktherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes	0
Sport- und Bewegungstherapie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes	EK
Komplexbehandlung Bei Alkoholabhängigkeit soll eine Entwöhnung als Komplexbehandlung angeboten werden, die eine Kombination von verschiedenen Interventionen umfasst und durch ein multiprofessionelles Team durchgeführt wird.	EK
Psychoedukation Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung und der damit verbundenen möglichen Folgen als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung	siehe „Komplexbehandlung“
Soziales Kompetenztraining (SKT) als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung. Das SKT umfasst das Erlernen von Bewältigungsstrategien bezüglich zahlreicher intrapsychischer und interpersoneller Reizkonstellationen bzw. Belastungsfaktoren.	siehe „Komplexbehandlung“
Psychoedukation Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung und der damit verbundenen möglichen Folgen als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung	siehe „Komplexbehandlung“
Vernetzte Angebote, nahtlose Nachsorge	EK
Selbsthilfegruppen empfehlen	EK
Ambulante Therapie / Rehabilitation Im Rahmen eines integrierten Behandlungsplanes, in der psychotherapeutische, soziotherapeutische, somatotherapeutische und andere Interventionen in Kombination angewandt werden	B wenn <ul style="list-style-type: none"> • das soziale Umfeld eine ausreichend stützende Qualität bietet • die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zur Einhaltung des Behandlungsplans gegeben ist • die Rehabilitanden diese Behandlungsform präferieren
Psychoedukation Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung und der damit verbundenen möglichen Folgen als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung	siehe „Komplexbehandlung“
Soziales Kompetenztraining (SKT) als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung. Das SKT umfasst das Erlernen von Bewältigungsstrategien bezüglich zahlreicher intrapsychischer und interpersoneller Reizkonstellationen bzw. Belastungsfaktoren.	siehe „Komplexbehandlung“
Psychoedukation Vermittlung von Informationen über Art und Verlauf der Erkrankung und der damit verbundenen möglichen Folgen als integraler Bestandteil einer Komplexbehandlung	siehe „Komplexbehandlung“

Tabelle 4: Evidenzbasierte Therapiemodule bei Alkoholabhängigkeit (medizinische Rehabilitation)

Für die medizinische Rehabilitation ETM (= Evidenzbasierte Therapiemodule) nach den Vorgaben der DRV Bund 2015 und 2016:

RTS Alkoholabhängigkeit (Basis: KTL 2015)	
ETM	Bezeichnung
01	Sucht- und Psychotherapie: Einzelinterventionen
02	Sucht- und Psychotherapie: Gruppeninterventionen
03	Therapien zur Förderung psychosozialer Kompetenz und kognitiver Fähigkeiten
04	Angehörigenorientierte Interventionen
05a	Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose
05b	Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige
06	Tabakentwöhnung
07	Entspannungsverfahren
08	Bewegungstherapie
09	Gesundheitsbildung
10	Ernährungstherapeutische Leistungen
11	Gestalterische Ergotherapie und Künstlerische Therapien
12	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration
13	Vorbereitung nachgehender Leistungen

Weitergehende und indikationsspezifische Informationen finden Sie in unserem Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen:

https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

(STRG + Anklicken um den Link aufzurufen)

Tabelle 5: Psychosoziale und unterstützende Therapiemodule

Evidenzbasierte Empfehlungsgrade* für psychosoziale und unterstützende Therapien bei schweren Ausprägungen psychischer Störungen allgemein (störungsunspezifisch) (siehe Referenzen: AWMF-Leitlinien 2016-2022).

A= Starke Empfehlung / Soll,

B= Empfehlung / Sollte,

O= Kann / Empfehlung offen,

EK= Expertenkonsens (= „Gute klinische Praxis“)

k.A.: keine Angabe

Psychosoziale oder unterstützende Therapien	Empfehlungsgrad
Therapeutische Beziehung	EK
Milieutherapie	EK
Arbeitstherapie	B
Soziotherapie, Sozialarbeit	B
Psychoedukation	EK
Psychoedukation für Angehörige	A
Training sozialer u. kognitiver Fertigkeiten	Empfehlungsgrad
Training sozialer Fertigkeiten allgemein	A
Case Management	B
Selbsthilfegruppen	A-EK
Künstlerische Therapien	B
Ergotherapie	B
Sport- und Bewegungstherapie	B

4.7 Häufigkeit, Anzeichen, Symptome und Risikofaktoren psychischer Störungen

4.7.1 Depressive Störungen (ICD-10: F30-F39)

Die Hauptsymptome einer depressiven Störung sind:

Depressive Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit sowie Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit. Häufige zusätzliche Symptome sind verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühl von Schuld / Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und verminderter Appetit.

Das Krankheitsbild ist gekennzeichnet durch Interessenverlust, Verlust der Freude an sonst angenehmen Tätigkeiten, mangelnde emotionale Reagibilität auf sonst freudige Ereignisse, frühmorgendliches Erwachen, morgendliches Stimmungstief, psychische und körperliche Hemmung oder Agitiertheit, Gewichtsverlust und Libidoverlust.

Depressive Störungen sind neben Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Die 12-Monatsprävalenz der Diagnose „Unipolare Depression“ liegt bei 8,2% der Allgemeinbevölkerung. Nach Krankenkassen-Abrechnungsdaten lag die Diagnoseprävalenz behandelter depressiver Störungen im Jahr 2017 mit 15,7% im Vergleich höher. Depressive Störungen weisen eine hohe Rate an Begleiterkrankungen auf (ca. 61%) mit z.B. Angststörungen, Zwängen, Posttraumatischen Belastungsstörungen, Burn-Out, somatoformen Störungen, Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen sowie Substanzmissbrauch und Abhängigkeitserkrankungen. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer, die Hälfte der Erkrankten ist bei Beginn unter 31 Jahre alt. Der Gipfel der Prävalenz liegt zwischen einem Alter von 50 bis 60 Jahren. Angehörige ersten Grades von Patienten mit einer depressiven Erkrankung weisen ein erhöhtes Erkrankungsrisiko für affektive Störungen (alle Formen) von 20% gegenüber 7% bei Angehörigen gesunder Kontrollpersonen auf.

Weitere Risikofaktoren sind Trennung, Scheidung und der Verlust naher Angehöriger sowie körperliche Erkrankungen und Funktionseinschränkungen. Im Bereich körperlicher Erkrankungen besteht ein erhöhtes Risiko für arteriosklerotische Herzerkrankungen, Krebs, Kopf- und Rückenschmerzen, Schlaganfall, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Asthma bronchiale, Allergien, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen. Auch genetische / biologische Faktoren und Lebensstil-Faktoren können das Risiko für depressive Störungen erhöhen (siehe Tabelle 6, S. 28).

Belastende Ereignisfolgen in Zeiträumen, in denen keine Erholung von den früheren Belastungen eintreten kann, stellen ein besonderes Risiko dar. Spätere Krankheitsepisoden scheinen dagegen stärker einer eigenen, von äußeren Auslösern relativ unabhängigen Dynamik unterliegen (Referenzen: störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, sowie Be-

khbat und Neigh 2018, Brieger 2011, GBE 2010 u. 2011, Kupferberg et al. 2016, Otte et al. 2016, Wiedlocha et al. 2018, Wittchen et al. 2003).

Tabelle 6: Auswahl an Risikofaktoren für das Auftreten depressiver Störungen (aus: AWMF: NVL Unipolare Depression 2022)

biologische Faktoren

- genetische Vulnerabilität (depressive Störungen in der Familiengeschichte, insbesondere bei Angehörigen ersten Grades)
- körperliche Risikofaktoren, v. a. metabolische Risikofaktoren, Stoffwechselstörungen, Adipositas, Infektionen, chronische Erkrankungen (siehe auch Kapitel 11 Komorbidität)
- hormonelle Umstellung in der Pubertät, Schwangerschaft/Wochenbett, Perimenopause

soziodemografische Faktoren

- Geschlecht (vgl. Kapitel 10.3 Genderspezifische Aspekte)
- höheres Alter (vgl. Kapitel 10.1 Ältere Patient*innen)
- Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit (vgl. Kapitel 10.2 Kultur- und migrationsspezifische Aspekte)
- niedriger sozioökonomischer Status, Armut

psychische Faktoren

- andere psychische Störungen, v. a. Angst-, Substanzgebrauchs- und Persönlichkeitsstörungen

psychosoziale Risikofaktoren

- Exposition gegenüber Traumata/Katastrophen (z. B. Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung oder Verlusterlebnisse in der Kindheit, Krieg, Gewalt)
- Vereinsamung, Verwitwung, soziale Isolation
- aktuell belastende Lebensereignisse (z. B. interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen, Trennungen, Todesfälle, berufliche Enttäuschungen, Diagnose einer schweren Erkrankung u. a.)
- chronischer Stress, Burnout, Überforderung

Lebensstilfaktoren

- Ernährung, Rauchen, Bewegungsmangel

4.7.2 Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31)

Wenn zusätzlich zu depressiven Phasen auch manische Episoden vorkommen, so wird dies als bipolare affektive Störung bezeichnet. Die manische Episode ist gekennzeichnet durch unangemessene und dadurch auffällige gehobene oder auch aggressive Stimmung. Das Erregungsniveau und der Antrieb sind deutlich erhöht, Rededrang, reduzierte soziale Hemmungen, vermindertes Schlafbedürfnis, überhöhte Selbsteinschätzung, riskantes Verhalten und gesteigerte Libido sind weitere mögliche Symptome. Mildere Episoden werden als „hypoman“ bezeichnet.

Das Lebenszeitrisko hierfür liegt geschlechtsunabhängig etwa bei 3% der Bevölkerung. Die Erkrankung tritt häufig schon früh, im Jugendalter oder bei jungen Erwachsenen auf.

Risikofaktoren für die bipolare affektive Störung sind neben einer genetischen Veranlagung auch soziale Einflüsse aus dem Umfeld (vor allem Stress) sowie Persönlichkeitscharakteristika der Betroffenen, die in einer multifaktoriellen Genese zusammenwirken. Auch Substanzmissbrauch und psychotische Symptome sind Risikofaktoren für die bipolare affektive Störung. Die Rezidivrate ist bei dieser Form der Depression besonders hoch und eine

auf die Phasen abgestimmte Therapie ist unabdingbar. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig, Beginn und Art einer Episode früh zu erkennen und schnell zu handeln. Häufig wechselnde Episoden enthalten das Risiko schwerer Verläufe („Rapid Cycling“).

Auszug aus der Leitlinie (AWMF 038/019: S3-Leitlinie Bipolare Störungen, 2019):

„Die folgenden Risikofaktoren für einen schweren bzw. chronischen Verlauf der Erkrankung wurden beschrieben: Für häufig wiederkehrende Episoden:

- *junges Ersterkrankungsalter*
- *gemischte Episoden*
- *schwerwiegende Lebensereignisse*
- *psychotische Symptome*
- *insuffizientes Ansprechen auf die phasenprophylaktische Therapie / Rapid Cycling.*

Für einen chronischen Verlauf:

- *häufige Episoden*
- *prämorbid Persönlichkeitsmerkmale mit inadäquaten Copingstrategien*
- *insuffizientes Ansprechen auf die Akut- und phasenprophylaktische Therapie*
- *schlechte Compliance*
- *komorbider Substanzmissbrauch*
- *Komorbidität mit anderen psychischen und somatischen Erkrankungen.“ (Zitat Ende)*

Zyklothymia (ICD10: F34.0) und die saisonale affektive Störung (F38.11) sind weitere Formen der Depression, die in Phasen auftreten. (Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, sowie Bekhbat und Neigh 2018, Wiedlocha et al. 2018; Kupferberg et al. 2016, Otte et al. 2016, Brieger 2011, GBE 2010 u. 2011, Wittchen et al. 2003).

4.7.3 Angststörungen (ICD-10: F40-F41)

Angststörungen sind gekennzeichnet durch einen emotionalen Zustand, der charakterisiert ist durch das zentrale Motiv der Vermeidung bzw. Abwehr einer Gefahr und stereotype psychische und physische Begleiterscheinungen wie Unsicherheit, Unruhe, Erregung (evtl. Panik), Bewusstseins-, Denk- oder Wahrnehmungsstörungen, Anstieg von Puls- und Atemfrequenz, verstärkte Darm- und Blasenaktivität, Übelkeit, Zittern, Schweißausbrüche.

Angststörungen sind häufige psychische Erkrankungen mit einer 12-Monatsprävalenz von etwa 15% der Bevölkerung (18-65 Jahre), wobei Unterschiede zu verzeichnen sind zwischen den spezifischen Angststörungen, wie spezifische Phobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, Agoraphobie, Panikstörung oder Posttraumatische Belastungsstörung (s. u.). Frauen sind doppelt so häufig betroffen wie Männer.

Patienten mit Phobien können über Jahre durch Vermeidungsverhalten Sicherheitsgefühle erfahren, verstärken somit aber die Phobie bis zur ständigen Selbstüberforderung. Diese kann zu einer depressiven Störung führen und ist häufig der Anlass für die aktive Therapie-suche.

Angststörungen beginnen häufig im Lebensalter zwischen 20 und 40 Jahren. Die Risikofaktoren von Angststörungen sind Überlastung im Beruf- oder Privatleben und Angststörungen bei Angehörigen. Weiterhin als Risikofaktoren gelten kardiale Diagnostik sowie als hochgradig traumatisierend erlebte (Herz-)Todesfälle im engen Familien- oder Freundeskreis. Etwa 79 - 93% der Betroffenen haben weitere psychische Störungen. Soziale Phobien treten häufig in Komorbidität mit Abhängigkeitserkrankungen auf (Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, sowie: Bekhbat et al. 2018, Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, Wittchen et al. 2003).

4.7.4 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

Wesentliches Kennzeichen dieser Störung sind wiederkehrende Zwangsgedanken und Zwangshandlungen. Zwangsgedanken sind Vorstellungen, Ideen und Impulse, die die Patienten immer wieder stereotyp beschäftigen. Zwangsgedanken werden als eigene Gedanken erlebt, auch wenn sie als unwillkürlich und häufig als abstoßend empfunden werden. Die betroffene Person versucht erfolglos, Widerstand zu leisten.

Zwangshandlungen oder Zwangsrituale sind ständig wiederholte, stereotype Handlungen. Sie werden als unangenehm empfunden und erfüllen keine nützliche Aufgabe. Betroffene erleben sie oft als Vorbeugung gegen ein objektiv unwahrscheinliches, schadenbringendes Ereignis. Meist wird dieses Verhalten als sinnlos und ineffektiv erlebt. Menschen mit Zwangshandlungen versuchen immer wieder, dagegen anzugehen. Angstsymptome sind häufig, auch quälende innere Anspannung. Es besteht eine hohe Komorbidität mit depressiven Symptomen.

Zwangsstörungen haben eine Prävalenz von etwa 1-3% in der Bevölkerung. Die Geschlechterverteilung ist annähernd symmetrisch. Der Beginn der Erkrankung liegt bei Frauen häufig zwischen dem 20. und 29. Lebensjahr und bei Männern zwischen dem 6. und 15. Lebensjahr. Bei der Hälfte der Betroffenen beginnt die Erkrankung in der Kindheit.

Eine stationäre Therapie ist indiziert bei einer ausgeprägten Zwangssymptomatik, bei besonders ausgeprägten komorbiden Störungen (z.B. Anorexie, Depression, Tic, Hypochondrie), bei mangelnden Ressourcen in der Familie oder besonders ungünstigen psychosozialen Bedingungen bzw. krankheitsbegünstigenden und -aufrechterhaltenden Einflüssen, bei erheblicher Beeinträchtigung von Alltagsaufgaben und nach nicht erfolgreicher ambulanter Therapie (Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, Hirschtritt et al. 2017, Drubach et al. 2015, Amerio et al. 2014).

4.7.5 Traumafolgestörungen und Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1)

Traumafolgestörungen sind mögliche Folgereaktionen auf sehr belastende Ereignisse wie z.B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, von Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, kriegerischen Auseinandersetzungen, Folter oder das Erleben von schwerwiegenden Unfällen.

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (Hofmann 2014). Häufig führen solche Erfahrungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) oder anderen psychischen Erkrankungen und sind oft mit einer hohen Rate an Folgeerkrankungen verbunden. Die Häufigkeit von Traumafolgestörungen ist abhängig von der Art des Traumas;

- Ca. 50% Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25% Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50% bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10% bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10% bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Krebserkrankungen)

Die Lebenszeitprävalenz für PTBS in der Allgemeinbevölkerung mit länderspezifischen Besonderheiten liegt zwischen 1% und 7% (Deutschland 1,5 - 2 %). Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung. Bei gleicher Art der Belastung sind Frauen doppelt so häufig von der PTBS betroffen wie Männer.

Eine Komorbidität mit einer weiteren psychiatrischen Störung, vor allem mit depressiven Störungen, weisen über 80% aller Patienten mit Traumafolgestörungen auf. Häufig kommen auch Angststörungen, Somatisierungsstörungen, somatoforme Schmerzstörung, dissoziative Störungen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen vor. Die Entwicklung komorbider Störungen ist oft eine Folge einer nicht diagnostizierten und somit auch nicht behandelten PTBS. Außerdem wurden bei Patienten mit Traumafolgestörungen ein erhöhtes wechselseitiges relatives Risiko für ADHS und Schmerzstörungen gefunden.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist gekennzeichnet durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen (Flashbacks, Alpträume)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung von mit dem Trauma verbundener Reize) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interessenverlust, innere Teilnahmslosigkeit)

(AWMF-Leitlinie 2019, APA 2017, Dominguez et al. 2017, McFarlane 2017, Flanagan et al. 2016, Hofmann 2014, Bisson et al. 2013, Cvetek 2008, Shapiro et al. 1997 und 2013).

4.7.6 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)

Somatoforme Störungen sind charakterisiert durch die Beschreibung körperlicher Symptome in Verbindung mit häufigen medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Die körperlichen Beschwerden sind sehr unterschiedlich lokalisiert und werden von Patienten auf alle Organsysteme bezogen. Am häufigsten werden Schmerzsymptome genannt (Rückenschmerzen 30%, Gelenkschmerzen 25%, Kopfschmerzen 19%) sowie gastrointestinale Beschwerden (Blähungen 13%, Magenbeschwerden 11%, Herzbeschwerden 11%). Leichte Formen werden auch als funktionelle Körperbeschwerden bezeichnet. Multiple somatoforme Symptome treten bei 4-5% der Bevölkerung auf, eine Somatisierungsstörung im engeren Sinne bei ca. 1%. Frauen erkranken etwa doppelt so häufig wie Männer. Häufige Komorbidität besteht in depressiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen.

Eine stationäre Behandlung ist insbesondere angezeigt,

- wenn ein multimodales therapeutisches Vorgehen erforderlich ist
- wenn durch eine stationäre Therapie eine hinreichende Motivation für eine ambulante Psychotherapie erzielt werden kann
- wenn die Funktionsstörung die Teilnahme an ambulanter Psychotherapie einschränkt
- wenn sich nach 6 Monaten ambulanter Psychotherapie keine symptombezogene Besserung erkennen lässt
- wenn eine erhebliche psychische Komorbidität (z.B. Persönlichkeitsstörung) oder eine die somatoforme Störung komplizierende körperliche Erkrankung vorliegt
- wenn es zu Krankschreibungen über 3 Monate hinausgekommen ist oder bei anderen Gefährdungen der Berufs- und Erwerbsfähigkeit

(Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, Roenneberg et al. 2019, Van Ravesteijn et al. 2016, Van Dessel et al. 2014, Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, Wittchen et al. 2003).

4.7.7 Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating Störung) (ICD-10: F50)

Von der Essstörung Anorexia nervosa spricht man bei Patienten mit einem erheblichen Untergewicht (Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger), das durch folgende Maßnahmen selbst herbeigeführt wurde:

- Die Vermeidung hochkalorischer Speisen
- selbst induziertes Erbrechen
- übertriebene körperliche Aktivität
- Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika und/oder Abführmitteln

Medizinisch-physiologische Begleit- und/oder Folgeerscheinungen sind:

- Endokrinologische Störungen (u. a. Zyklusstörungen, Schilddrüsenunterfunktion)
- Störungen im Elektrolythaushalt (v. a. Kalium), Herzrhythmusstörungen
- Störungen im vegetativen Bereich (Müdigkeit, Schlaf- und Sexualstörungen)
- Entzündungen der Speiseröhre, Verletzungen durch „Brechhilfen“
- Schwellungen der Speicheldrüsen
- Kariöse Schädigungen der Zähne
- Gastrointestinale Beschwerden
- Neurotransmitterstörungen (Noradrenalin, Serotonin)
- Morphologische Veränderungen des Gehirns
- Ödeme
- Hautveränderungen und Haarausfall

Psychologisch-psychiatrische sowie soziale Begleit- und Folgeerscheinungen:

- Unzufriedenheit und übermäßige Beschäftigung mit Gewicht und Figur, Körperschemastörungen
- herabgesetztes Selbstwertgefühl
- affektive Folgeerscheinungen (Depressivität, emotionale Labilität, Reizbarkeit)
- kognitive Folgeerscheinungen (Konzentrationsmangel, Entscheidungsunfähigkeit, ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen, Kalorienzählen)
- psychophysische Folgeerscheinungen
- Probleme in der Partnerschaft, Familie, Freundeskreis und Beruf, sozialer Rückzug u. a. m.

Für Frauen zwischen 15 und 35 Jahren liegt die 12-Monats-Prävalenz bei ca. 0,4 %. Es liegt mit 5 bis 20% eine hohe Mortalitätsrate vor. Komorbidität besteht mit depressiven Störungen, Angststörungen, zwanghaft-perfektionistischen Einstellungs- und Verhaltensmustern.

Bei der Essstörung Bulimia nervosa steht im Gegensatz zur Anorexia nervosa die andauernde Beschäftigung mit Essen und eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln im Vordergrund. Es kommt zu wiederholtem Auftreten subjektiv nicht kontrollierbarer Heißhungeranfälle (Essattacken), bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.

Die Patientinnen ergreifen extreme Maßnahmen, um dem dick machenden Effekt der aufgenommenen Nahrung entgegenzusteuern (z.B. selbst induziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, strenges Einhalten einer Diät zwischen den Essanfällen). Dabei besteht eine extreme Furcht, dick zu werden und die Betroffenen setzen sich strenge Gewichtsgrenzen.

Die medizinischen, psychologischen sowie sozialen Begleit- und/oder Folgeerscheinungen entsprechen denen der Anorexia nervosa (siehe oben). Komorbidität besteht mit Persönlichkeitsstörungen und Impulskontrollstörungen, seltener mit Alkohol- und/oder Drogenmissbrauch. Häufig liegt schon eine Anorexie oder Übergewicht im Jugendalter in der Vorgeschichte vor. Die Bulimia nervosa betrifft vor allem erwachsene Frauen, seltener Jugendliche oder Männer. Die 12-Monats-Prävalenz liegt für erwachsene Frauen bei ca. 1,5 %.

Eine „Binge-Eating-Störung (BES)“ mit unkontrollierbaren Essanfällen geht oft mit Adipositas einher und birgt daher weitere medizinische Risiken: Es kann zu Krankheiten wie Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck kommen, Dadurch besteht ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko. Bei Personen mit unkontrollierbaren Essanfällen sollte zunächst die Essstörung psychotherapeutisch behandelt werden. Bei in der Regel gleichzeitig vorliegenden Gewichtsproblemen wird erst zu einem späteren Zeitpunkt die Teilnahme an einem Gewichtsreduktionsprogramm möglichst unter Einbezug psychologischer Elemente empfohlen. Bei der BES liegt die 12-Monats-Prävalenz bei Erwachsenen für Frauen bei 1,6 % und für Männer bei 0,8 %. Der Anteil der männlichen Patienten ist also relativ hoch. Personen mit Übergewicht oder Adipositas, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, haben ein hohes Risiko für BES von 30 % und mehr. (Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinie 2019, sowie: Carr et al. 2016, Förstl et al. 2006, Frieboes et al. 2005, McElroy et al. 2015, Mehler et al. 2015, Monteleone et al. 2018, Wittchen et al. 2003, Zipfel et al. 2015).

Exkurs Zusammenhang zwischen Essstörungen und Diabetes mellitus:

Auszug aus der aktuellen AWMF-Leitlinie (2019): *„Eine neue vielgestellte Frage ist die nach dem Zusammenhang zwischen Essstörungen und Diabetes mellitus. Man unterscheidet einen Typ-I-Diabetes (Beginn meist im Jugendalter, Untergang der β -Zellen der Bauchspeicheldrüse mit daraus folgendem absolutem Insulinmangel) und einen Typ-II-Diabetes, der üblicherweise erst in der zweiten Lebenshälfte auftritt und häufig in Verbindung mit Adipositas steht. Bei Patientinnen mit Typ-I-Diabetes entsteht dieser in der Regel vor dem Auftreten der Essstörung, bei Typ-II-Diabetes in der Regel danach. Nach Herpertz (2008) kommen Magersucht und Typ-I-Diabetes nicht häufiger miteinander vor, wohl aber Typ-I-Diabetes und Bulimia nervosa. Unter „Insulin-Purging“ versteht man die Reduktion der (in der Regel abendlichen) Insulindosis, um das Gewicht zu reduzieren. Es wird auch als „Erbrechen über die Niere“ bezeichnet. Bei Essgestörten mit einem Typ-I-Diabetes findet sich nicht selten ein*

„Insulin-Purging“, was die Behandlung sowohl des Diabetes als auch der Essstörung erheblich komplizieren kann...“ (Ende Zitat)

Die Zusammenfassung therapeutischer Verfahren finden Sie zusammen mit Empfehlungsgraden der Leitliniengesellschaften in Tabelle 1. Die aktuelle Leitlinie (AWMF 2019) gibt darüber hinaus sehr detaillierte Empfehlungen ab S. 140ff zu den Themenbereichen: störungsspezifische Methoden, Ernährungsmanagement, Bewegungstherapie, Vorbereitung für die Zeit nach der stationären Behandlung. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang ein Gesamtbehandlungsplan, multiprofessionelle Ansätze und die therapeutische Beziehung. Dies wird in der Fachklinik umgesetzt.

4.7.8 Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10: F60.31)

Die emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus ist gekennzeichnet durch:

- wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes/selbstschädigendes Verhalten
- erhebliche emotionale Instabilität
- gleichzeitiges Vorliegen mehrere psychischer Störungsbilder
- kein befriedigender Behandlungserfolg hinsichtlich vorliegender psychischer Symptome durch bisher durchgeführte Therapien
- sehr beeinträchtigtes psychosoziales Funktionsniveau

Die Stärke der Störung ist von Person zu Person unterschiedlich, ebenso das damit verbundene Leiden und die individuellen Belastungserscheinungen. Unter einer Persönlichkeitsstörung leidet fast die Hälfte aller wegen psychischer Störungen behandelte Patienten, das sind 8-12% der Bevölkerung. Ca. 2% der Bevölkerung sind von der emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung betroffen, dabei sind Frauen im klinischen Setting etwa dreimal so häufig wie Männer vertreten.

Als Risikofaktoren für das Entwickeln einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung gelten insbesondere "chaotische / negative" Lebenserfahrung in der Primärfamilie, traumatisches Verlassenwerden, Verlust der Hauptbezugsperson, sexuelle Traumatisierung und Gewalterfahrung sowie schwere Erziehungsdefizite und Mobbing Erfahrungen. Komorbidität besteht vorwiegend mit affektiven Störungen und Essstörungen, weiterhin Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, dissoziativen Störungen und posttraumatischen Symptombildern (Referenzen: Störungsspezifische AWMF-Leitlinie 2022 / DGPPN-Leitlinie 2022, Cho-Kain et al. 2017, Reeves-Dudlay 2017, Armbrust et al. 2016, Stiglmayr et al. 2014, , NICE Guidelines 2009, APA - American Psychiatric Association 2001).

4.7.9 Schizoaffektive und schizophrene Störungen (ICD-10: F20-F29)

Schizoaffektive und schizophrene Störungen gehören zu den schwerwiegendsten psychischen Störungen und kommen bei etwa 0,5% der Bevölkerung vor. Gleichzeitig gehören sie zu den ältesten überlieferten Krankheitsbildern der Menschheit.

Der Erkrankungsbeginn liegt meist zwischen dem 15. und dem 35. Lebensjahr. Die Lebenserwartung der Betroffenen ist etwa 15 Jahre geringer als bei dem Durchschnitt der Bevölkerung. Männer und Frauen erkranken mit gleicher Häufigkeit (AWMF Leitlinie 2019).

Die Leitsymptome umfassen wahnhaftige Wahrnehmungen, wie etwa das Hören von Stimmen, Halluzinationen, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Verfolgungswahn und mehr, aber auch Symptome wie Erregung und Haltungsstereotypien sowie negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachter oder inadäquater Affekt. Das Risiko für weitere psychische Störungen, hier vor allem Substanzmissbrauch, ist mit 50-80 % sehr hoch. Der Krankheitsverlauf ist meist gekennzeichnet durch akute Episoden mit psychotischer Symptomatik und Phasen ohne Symptome bzw. mit mildereren Symptomen. Nach der ersten Krankheitsphase kommt es bei 20% der Patienten zu keinen erneuten Ausbrüchen. Ungünstig für die Prognose ist es, wenn die Erkrankung nicht oder nur verzögert behandelt wird (AWMF Leitlinie 2019).

Zu den Risikofaktoren gehören neben der Veranlagung (genetische Merkmale) auch entwicklungs- und umgebungsbedingte Faktoren wie Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Mangelernährung, Drogenkonsum (vor allem Cannabis- und Amphetamin-Gebrauch) oder Virusinfektionen der Mutter und frühkindliche Traumata sowie psychosoziale Faktoren. Wissenschaftler gehen heute von dem Zusammenwirken mehrerer Risikofaktoren in der Art einer multifaktoriellen Genese aus.

Dabei weisen Familien-, Adoptions- und Zwillingsstudien darauf hin, dass der Anteil erblicher Faktoren hoch ist. Eineiige Zwillinge erkranken mit einer Wahrscheinlichkeit von fast 50%, wenn der andere Zwilling betroffen ist. Mittlerweile konnten mehr als 100 Risikogene identifiziert werden, deren Rolle im Detail noch ungeklärt ist (AWMF Leitlinie 2019).

Biologische / biochemische Veränderungen betreffen unter anderem eine Überaktivität des mesolimbischen dopaminergen Systems sowie anderer Neurotransmitter-Systeme und Störungen von Nervenzellen und Nervenverbindungen sowie der Kommunikation verschiedener Gehirnareale untereinander.

Die Vielzahl dieser beeinflussenden oder modulierenden Faktoren führt dazu, dass die Ausprägung der Symptomatik und des Verlaufs individuell sehr unterschiedlich sein kann.

Neben den in Tabelle 1 genannten Therapiemodulen spielt der Einbezug und die Information der Angehörigen und des weiteren psychosozialen Umfelds, die Aufklärung und Information

der Betroffenen, der Umgang mit Stigmatisierung sowie alle Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Integration und Inklusion eine besonders wichtige Rolle (AWMF Leitlinie 2019).

4.7.10 Abhängigkeitserkrankungen (ICD-10: F10-19)

Abhängigkeitserkrankungen und übermäßiger Substanzkonsum stellen ein epidemiologisches und gesundheitliches Problem ersten Ranges dar. In Deutschland rechnet man allein unter den Erwachsenen mit ca. 1,6 Mio. Menschen, die alkoholabhängig sind, 1,4 Mio. mit einem schädlichen Alkoholkonsum (Missbrauch), 1,5 bis 1,9 Mio. Medikamentenabhängigen und 1,9 Mio. Menschen, die in den letzten 30 Tagen illegale Substanzen konsumiert haben (DHS 2020, Seitz et al. 2019).

Abhängigkeitserkrankungen treten häufig komorbid mit anderen psychischen Erkrankungen auf, die ebenfalls in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Dies sind überhäufig Depressionen, Angststörungen und verschiedene Persönlichkeitsstörungen (AWMF-Leitlinie 2021, Friboes et al. 2005, Wittchen et al. 2003). Weitere Risikofaktoren für die Entwicklung von Abhängigkeitserkrankungen sind aus den Bereichen der genetischen Prädisposition und der Neurobiologie, der psychischen Belastung mit Stressoren und aus der sozialen Entwicklung bzw. dem sozialen Umfeld der Betroffenen bekannt (Michalak und Biala 2016, Fein und Cardenas 2015, Förstl et al. 2006).

Nach unserem Verständnis erfolgt die Entwicklung von Suchterkrankungen im Rahmen eines Prozesses, zu dem in der Regel verschiedene Stadien und Phasen unterschiedlicher Progredienz zählen. Die Ursachen einer Abhängigkeitsentwicklung lassen sich am besten durch ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell erklären. Dabei ist grundsätzlich jeder Mensch potenziell gefährdet, eine Suchterkrankung zu entwickeln. Ob und in welchem Maße dies geschieht, ist beeinflusst von einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, in dem genetische und biologische Faktoren, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedlich bedeutsame Rollen spielen.

Abhängigkeitserkrankungen sind gemeinsam mit anderen psychischen Störungen wie z.B. auch Angsterkrankungen oder Depression Ergebnis eines erlernten fehlangepassten Verhaltens, welches in der Regel zweckgebunden ist. Es entwickelt sich vor dem Hintergrund prädisponierender und auslösender Bedingungen und wird in der Gegenwart durch aufrechterhaltende Faktoren fortgetragen.

Unsere Behandlungskonzepte sind deshalb auf die individuellen Besonderheiten der Entstehung und Aufrechterhaltung sowie der gemeinsam definierten Zielstellungen der Erkrankung abgestimmt. Gemeinsames Ziel einer Abstinenzorientierung im Bereich der stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen ist somit weniger, dass der Abhängige lernt, er dürfe nicht mehr konsumieren, sondern vielmehr, dass er erkennt, er müsse es nicht mehr.

Darüber hinaus verstehen wir mit unserem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell das Verhalten von Patienten nicht nur auf der Störungsebene, sondern betrachten auch ihre Anpassungsleistungen und Ressourcen. Somit orientiert sich unser Krankheitsmodell an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF: WHO, 2020). Neben der Symptomreduktion stehen dabei vor allem die Verbesserung der Teilhabe in der Gesellschaft und im Arbeitsleben sowie eine Förderung positiver Aktivitäten im Vordergrund (Störungsspezifische AWMF-Leitlinien 2016-2022, WHO 2020, DRV 2015 und 2016, BAR 2006).

Die für die Therapie bedeutsamen Risikofaktoren und neurobiologischen Veränderungen werden hier am Beispiel des Alkohols verdeutlicht, für andere Abhängigkeitserkrankungen ergeben sich sehr ähnliche Muster. Die Art der gewählten Droge hängt dabei wesentlich vom Umfeld und Alter des Betroffenen ab.

A. Stressoren und psychische Belastungen/Erkrankungen als Risikofaktoren

- Frühe Verlusterlebnisse oder soziale Isolation (Verlust der Mutter, Heimunterbringung)
- psychosozialer Stress
- posttraumatische Belastungsstörungen
- dissoziale und antisoziale Persönlichkeitsstörungen
- Angststörungen
- Hyperkinetisches Syndrom im Kindes- und Jugendalter
- Depressionen (auch Folge des Missbrauchs von Alkohol)

B. „Soziales Umfeld“ als Risikofaktor

- Eintritt von Arbeitslosigkeit
- Verwendung des Suchtmittels im nahen sozialen Umfeld
- Verwendung des Suchtmittels in bestimmten Situationen zur Verschaffung einer Erleichterung (z.B. bei Stress, Angst)

C. Neurobiologische und genetische Risikofaktoren

- schwache Auswirkung akuten Alkoholkonsums bedingt durch eine bestimmte genetisch determinierte Leberenzymausstattung (fehlende Warnfunktion)
- erhöhte Alkoholtoleranz als Folge einer Unterfunktion neurobiologischer Systeme (insbes. der serotonergen Neurotransmission). Sie vermindert offenbar die Reak-

tion auf sedierende, GABA-erg (GABA, Gammaaminobuttersäure) vermittelte Wirkungen des Alkohols

- erhöhte Stress-Sensitivität; diese kann genetisch bedingt sein oder als Folge früher sozialer Stressbedingungen/Traumatisierungen (s. u.) auftreten und führt ebenfalls zu einer serotonergen Funktionsstörung (Förstl et al. 2006)
- Dabei führt nur ein komplexes Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Umständen dazu, dass eine Abhängigkeitserkrankung auch eintritt. Die Rückfallgefahr nach Entwöhnungsbehandlungen ist aufgrund manifester neurobiologischer Veränderungen sehr hoch, solange diese nicht wieder normalisiert oder modifiziert werden können.

D. Wichtige neurobiologische Veränderungen

Die aktuelle Forschung konnte eine Vielzahl jener neurobiologischen Veränderungen identifizieren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Abhängigkeit beitragen. Die zunehmende Kenntnis der neurobiologischen Grundlagen der Abhängigkeitserkrankungen bietet neue Möglichkeiten, die hohe Rückfallgefährdung in integrierten Behandlungsprogrammen zu reduzieren (Michalak und Biala 2016, Fein und Cardenas 2015, Förstl 2006, Mann 2001): Die wichtigsten Erkenntnisse betreffen folgende, am Beispiel des Alkohols verdeutlichte, neurobiologischen Veränderungen:

- Es entwickelt sich eine zunehmende Toleranz gegenüber den Auswirkungen des exzessiven Alkoholkonsums durch gegenregulatorische Maßnahmen des Gehirns zur Verminderung der GABA-Rezeptoren, über die ein wichtiger Teil der sedativen (d.h. beruhigenden) Wirkung des Alkohols vermittelt wird.
- Alkohol blockiert zudem die Übertragung am glutamatergen NMDA-Rezeptor (NMDA, N-Methyl-D-Aspartat). So kann zunehmend mehr Alkohol konsumiert werden, ohne dass eine exzessive Sedierung (= beruhigende Wirkung) erfolgt.
- Durch Alkohol steigt die Zahl der in ihrer Funktion behinderten NMDA-Rezeptoren an, dies bedingt eine hohe Empfindlichkeit gegen eine Unterbrechung der Alkoholfuhr (Entzugssymptome).
- Durch Konditionierung lösen Umweltreize, die bisher mit dem Alkoholkonsum assoziiert waren, im Organismus die Erwartung aus, dass jetzt der Alkoholkonsum unmittelbar bevorsteht. Das zentrale Nervensystem steuert also schon im Vorfeld den erwarteten Alkoholwirkungen entgegen. Wird dann kein Alkohol konsumiert, führt dies zur Entzugssymptomatik und zu Alkoholverlangen (konditionierter Entzug).
- Alkohol beeinflusst in vielerlei Hinsicht die Wirkung von Botenstoffen /Neurotransmittern: etwa den Stoffwechsel von Botenstoffen wie GABA und Glu-

tamat und auch die Ausschüttung von Katecholaminen, wie Dopamin, Serotonin und Noradrenalin und ihre Interaktion mit dem Neurotransmitter Acetylcholin.

- Alkohol stimuliert die Dopaminfreisetzung im dopaminergen Belohnungssystem. Die dopaminerge Stimulation motiviert dann zu zielgerichteten Handlungen, um Alkohol zu konsumieren, und verursacht dadurch Verlangen nach Alkohol (Verhaltensverstärkung).
- Die alkoholinduzierte Dopaminausschüttung spielt demnach eine wesentliche Rolle in der Entstehung des Alkoholverlangens („Craving“). In prospektiven Studien war das Ausmaß der Veränderung der dopaminergen Neurotransmission mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden.
- Sensitivierung: Das hirneigene Verstärkungssystem wird durch wiederholten Alkoholkonsum immer empfindlicher. Selbst kleine Mengen konsumierten Alkohols und auch Reize, die mit einem früheren Alkoholkonsum verbunden sind, können deshalb eine verstärkte dopaminerge Neurotransmission auslösen, die sich als Alkoholverlangen und verminderte Kontrolle über den Alkoholkonsum zeigt.

Weitergehende und indikationsspezifische Informationen finden Sie in unserem Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen:

https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

(STRG + Anklicken um den Link aufzurufen)

4.7.10.1 Alkoholabhängigkeit

Als Nahrungs-, Genuss- und Rauschmittel haben alkoholische Getränke eine lange Tradition und gehören noch heute für viele Menschen selbstverständlich zum Alltag; das Trinken von Alkohol besitzt weitgehend gesellschaftliche Anerkennung. Alkoholische Getränke sind in Deutschland wie auch in fast allen westlichen Ländern nahezu unbegrenzt verfügbar. Einschränkungen finden sich in erster Linie zum Schutz der Jugend. Hier schreiben Gesetze vor, dass an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren generell keine alkoholischen Getränke abgegeben werden dürfen und ihnen der Verzehr nicht gestattet werden darf. Für Spirituosen gilt dieses Verbot bis 18 Jahre.

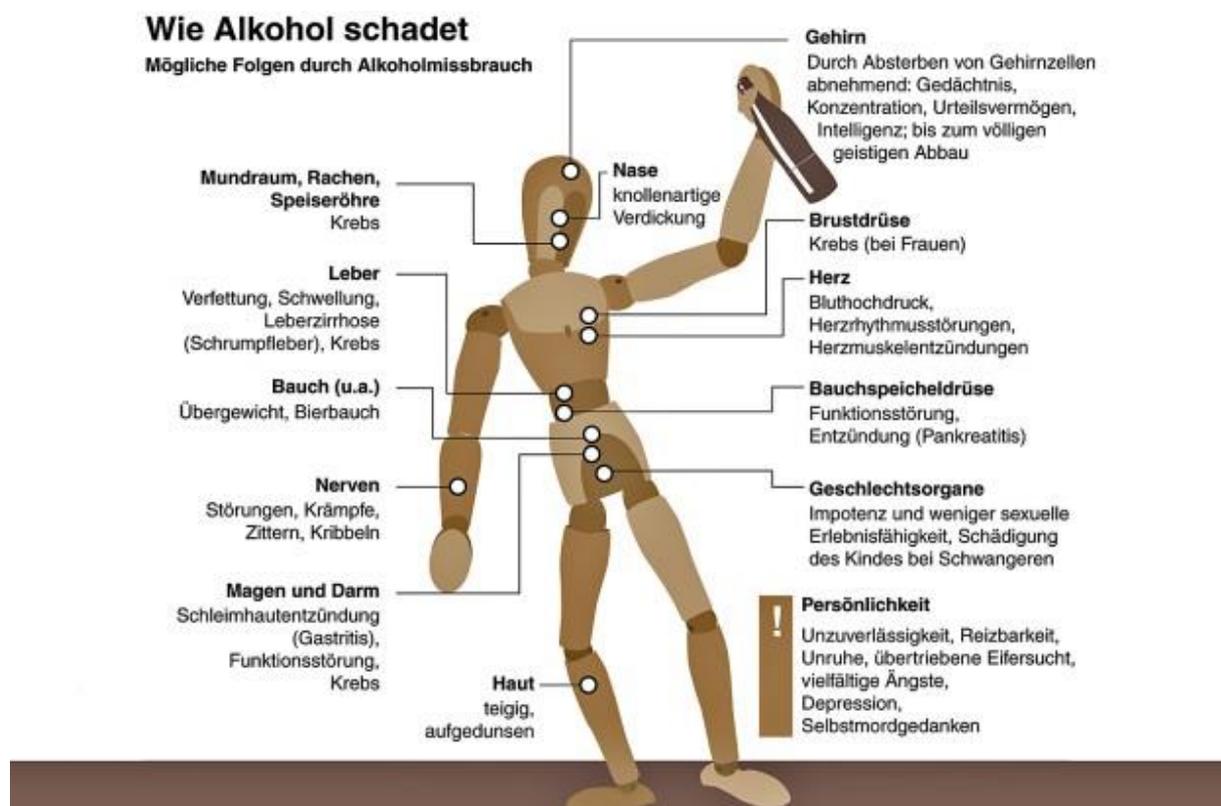
Die Wirkung des Alkohols hängt von der aufgenommenen Menge, der Alkoholkonzentration des Getränkes sowie der individuellen körperlichen und seelischen Verfassung, der Trinkgewohnung und der Toleranzentwicklung des Einzelnen ab. Alkohol in geringen Mengen wird meist als angenehm empfunden, wirkt anregend und stimmungssteigernd oder entspannend und angstlösend. Mit zunehmender Menge treten jedoch diverse Störungen, bspw. der Konzentration, Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Koordinationsfähigkeit und Sprache auf. Müdig-

keit und Benommenheit gehen damit einher. Bei sehr hohem Alkoholkonsum kann es sogar zum Koma bis hin zum tödlichen Ausgang kommen (AWMF Leitlinie 2021, DHS 2020, Michalak und Biala 2016).

Die besonderen akuten Risiken des Alkoholkonsums, nicht nur im Straßenverkehr, finden sich vor allem in der Beeinträchtigung der Konzentrations- und Reaktionsfähigkeit, der Wahrnehmung und der Urteilskraft. Dies kann bereits bei geringen Alkoholmengen der Fall sein. Weitere Folgen eines erhöhten Konsums können aggressives und gewalttätiges Verhalten oder Straftaten sein.

Darüber hinaus lassen sich eine Reihe von langfristigen körperlichen Folgeschäden durch regelmäßigen Gebrauch von Alkohol beschreiben, so dass wissenschaftlich heute spezielle Grenzwerte für einen risikoarmen Alkoholkonsum beschrieben werden.

Regelmäßiger und erhöhter Alkoholkonsum erhöht das Risiko für unterschiedliche Erkrankungen deutlich. Hierzu zählen neben Leberentzündungen, Leberzirrhose oder Bauchspeicheldrüsenentzündungen auch Verletzungen, Unfälle, Krebserkrankungen (z.B. Tumore der Mundhöhle, des Rachens, der Leber und der weiblichen Brust), Erkrankungen der Speiseröhre und des Magens (Entzündungen, Geschwüre, Krebs), Erkrankungen von Herz- und Gefäßsystem (Herzrhythmusstörungen, Herzvergrößerung), Potenzstörungen, Immunstörungen, Schäden am Nervensystem und weitere.



Quelle: dpa

Weiterhin gehören Schwierigkeiten in der Familie, Probleme am Arbeitsplatz, Verlust von Freunden und Bekannten, Führerscheinentzug oder Konflikte mit dem Gesetz zu den sozialen Folgen. Alkoholsucht führt in vielen Fällen auch zum sozialen Abstieg und verursacht enorme gesellschaftliche Folgekosten (DHS 2020, Seitz et al. 2019, AWMF Leitlinie 2021, Michalak und Biala 2016).

Alkohol kann eine psychische und körperliche Abhängigkeit erzeugen. Dabei ist die unbeschränkte Verfügbarkeit besonders gefährdend. Eine Alkoholabhängigkeit entwickelt sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Eine Abhängigkeit wird dann diagnostiziert, wenn während des letzten Jahres mindestens drei der nachfolgend aufgeführten Kriterien der diagnostischen Leitlinien für das Abhängigkeitssyndrom (ICD-10, F10.2)" gleichzeitig erfüllt sind (AWMF-Leitlinie 2021):

1. Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren.
2. Schwierigkeiten, die Einnahme zu kontrollieren (was den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums betrifft).
3. Ein körperliches Entzugssyndrom, wenn Alkoholkonsum reduziert oder abgesetzt wird, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nah verwandten Substanz, um Alkoholentzugssymptome zu vermindern oder zu vermeiden.
4. Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen von Alkohol.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten der Alkoholeinnahme. Es wird viel Zeit verwandt, Alkohol zu bekommen, zu konsumieren oder sich davon zu erholen.
6. Fortdauernder Alkoholgebrauch trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol wird ebenfalls als charakteristisches Merkmal beschrieben. Seit 1968 gilt Alkoholismus als Krankheit. Die Behandlung dieser Krankheit fällt seit 1978 in die Zuständigkeit der Krankenkassen und der Rentenversicherung.

Nach einer Repräsentativbefragung aus dem ESA „Epidemiologischer Suchtsurvey 2018“ weisen hochgerechnet auf die 18- bis 64-jährige Bevölkerung insgesamt 12,4% der Männer und 12,8% der Frauen einen riskanten Alkoholkonsum auf (definiert als eine durchschnittliche tägliche Alkoholmenge von mehr als 24 Gramm reinen Alkohols für Männer und 12 Gramm für Frauen). Der jährliche Verbrauch von reinem Alkohol in den letzten Jahren liegt bei ca. 10 bis 11 Litern relativ konstant (DHS 2020, Seitz et al. 2019).

In Deutschland konsumieren ca. 3% der 18- bis 64-jährigen Bevölkerung missbräuchlich Alkohol (4,0% der Männer, 1,5% der Frauen). Weitere 3% müssen als alkoholabhängig bezeichnet werden (4,5% der Männer, 1,7% der Frauen). Frauen konsumieren nicht nur weniger Alkohol, sondern sind auch unter den Alkoholmissbrauchern und -abhängigen geringer vertreten. Insgesamt betrifft Missbrauch und Abhängigkeit von Alkohol 3 Mio. Menschen allein in Deutschland (DHS 2020, Seitz et al. 2019, DSM-V 2018).

Jährlich sterben etwa 74.000 Menschen in Deutschland an den direkten oder indirekten Folgen des Alkoholkonsums. Eine aktuelle gesundheitsökonomische Schätzung ergab, dass sich die durch den Alkoholkonsum verursachten direkten und indirekten Kosten auf rund 57 Mrd. Euro belaufen (DHS 2020).

4.7.10.2 Medikamentenabhängigkeit

Die meisten Menschen denken bei Sucht an Alkoholabhängigkeit oder Drogenabhängigkeit. Doch auch Medikamente können zu einer psychischen Abhängigkeit, bei längerer Einnahme auch zu einer körperlichen Abhängigkeit führen. Etwa 4 bis 5 % der häufig verordneten Arzneimittel besitzen ein eigenes Suchtpotenzial, daher sind die psychotropen Medikamente wie z. B. Benzodiazepine, zentral wirkende Schmerzmittel oder codeinhaltige Medikamente wie auch Psychostimulantien rezeptpflichtig.

Jedoch werden nach allgemeinen Schätzungen ein Drittel bis die Hälfte dieser Medikamente nicht allein wegen akut medizinischer Probleme, sondern langfristig zur Suchterhaltung und zur Vermeidung von Entzugerscheinungen verordnet. In etwa 80 % der Fälle handelt es sich bei Medikamentenabhängigkeiten um Benzodiazepine und verwandte Substanzen. Schätzungen zur Medikamentenabhängigkeit gehen von etwa 1,5 bis 1,9 Millionen Medikamentenabhängigen in Deutschland aus. Darüber hinaus muss eine vergleichbar große Anzahl von Menschen als mittel- bis hochgradig gefährdet eingeschätzt werden, eine Medikamentenabhängigkeit zu entwickeln. (DHS 2020, Seitz et al. 2019).

Bei einer Repräsentativerhebung in der erwachsenen Bevölkerung (Hoffmann 2005) zeigten sich bei 4,3% der Befragten Hinweise auf einen problematischen oder bereits abhängigen Medikamentengebrauch. Dabei lag der Prozentsatz der gefährdeten oder abhängigen Frauen deutlich über dem der Männer (5,5 % vs. 3,2 %). 16,8 % der erwachsenen Bevölkerung gaben in derselben Befragung an, mindestens einmal pro Woche ein psychotrop wirkendes Medikament einzunehmen. Im Gegensatz zu den anderen psychotropen Substanzen werden Medikamente von Frauen häufiger als von Männern und von Älteren häufiger als von Jungen konsumiert (Friboes et al. 2005, Kraus 2008, Kufner 2010).

Benzodiazepine zeichnen sich bspw. durch eine angstlösende, beruhigende und schlafanstößende Wirkung aus und können aufgrund ihrer kurzfristigen zentralnervösen Wirkung ein rauschartiges Gefühl hervorrufen, das über die subjektive Wohlbefindlichkeit hinausgeht. Problematisch ist zudem, dass viele Benzodiazepine eine sehr lange Halbwertszeit besitzen und es teilweise über Tage im Organismus zu einer Anreicherung der Substanz kommen kann.

Folgen können Gedächtnisstörungen sowie verminderte Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit sein. Dies hat insbesondere Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit, die stark eingeschränkt werden kann. Bei einer längeren Einnahmedauer entsteht die Gefahr der Gewöhnung und Toleranzbildung und schließlich einer Abhängigkeitsentwicklung. Auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch kann die Einnahme schleichend in einen Dauerkonsum übergehen, der letztendlich weniger dem ursprünglichen therapeutischen Zweck, sondern eher einer Beeinflussung der eigenen Befindlichkeitsmanipulation dient.

Aber auch das abrupte Absetzen der Medikamente kann mit erheblichen Risiken einhergehen und kann zu Schlafstörungen, innerer Unruhe sowie schweren Angst- und Spannungszuständen bis hin zu einer erhöhten Suizidneigung führen (AWMF Leitlinie 2020, Hoffmann 2005, Friboes 2005).

Weitergehende Infos: Konzept der DIAKO Fachklinik für Rehabilitation 2021:
https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

4.7.10.3 Abhängigkeit von illegalen Substanzen

In den wirtschaftlich wohlhabenden Ländern gehört der Gebrauch illegaler Drogen zu den zehn bedeutendsten Risikofaktoren für die Gesundheit und belegt bei Männern und Frauen jeweils den achten Rangplatz. In Deutschland sind nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey etwa 309.000 Menschen abhängig von Cannabis, 41.000 von Kokain und 103.000 von Amphetaminen. Im Jahr 2018 starben 1.276 Menschen an den Folgen des Drogenkonsums. Die 12-Monatsprävalenz des Konsums illegaler Drogen außer Cannabis beträgt schon bei den 12- bis 17-jährigen 1,2% und ist bei den 18- bis 64-jährigen ebenso hoch. Der Cannabiskonsum ist weiter verbreitet: so konsumierten etwa 10% der männlichen Jugendlichen und 5,8% der Mädchen und bei den 18- bis 64-jährigen Erwachsenen 7,1 % der Bevölkerung in den letzten 12 Monaten Cannabis (DHS 2020, Seitz et al. 2019).

Unabhängig vom Geschlecht zeigt sich bei jüngeren Konsumenten die Tendenz, dass Konsumenten legaler Suchtmittel wie Alkohol oder Zigaretten häufiger bereits illegale Substanzen probierten oder regelmäßig konsumieren. Nach Cannabis steht der Konsum von Ecstasy, Kokain und Amphetaminen und verwandten Substanzen bei den jüngeren Konsumenten

im Vordergrund. Die Bedeutung von Stimulanzien (Amphetamine, Ecstasy und Abkömmlinge) bekam in den letzten Jahren bundesweit eine wachsende Bedeutung (Weitere Referenzen: Ayanga et al. 2016, Brezing und Levin 2018, Dugosh et al. 2016, Flanagan et al. 2016, Pabst et al. 2013).

In der Therapie geht es zunächst um die stationäre Akutbehandlung mit der Leistung unmittelbarer Überlebenshilfe, der Entzugsbehandlung sowie der Diagnostik und der Behandlung von Begleiterkrankungen. Unterstützende Pharmakotherapie sowie die Substitutionsbehandlung spielen hier eine wichtige Rolle. In der Postakutbehandlung / Rehabilitation kommen ähnliche Therapieansätze wie in Tabelle 3 (Seite 23) für die Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde, zur Anwendung. Für Patienten, die substituierende Medikamente erhalten, ist die Teilnahme an einer psychosozialen Beratung auch nach der Beendigung des stationären Aufenthaltes verpflichtend. (Krieger 2017, Dugosh 2016, NICE Guideline 2007).

Weitergehende Infos: Konzept der DIAKO Fachklinik für Rehabilitation 2021:
https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

4.7.10.4 Pathologisches Glücksspiel

Nach einer repräsentativen Erhebung der BzGA aus dem Jahr 2019 über das Glücksspielverhalten in Deutschland liegt die Prävalenz des pathologischen Glücksspiels bei 0,39% (ca. 230.000 Personen) und des problematischen Glücksspiels bei 0,34% (ca. 200.000 Personen). (DHS 2020).

Männer sind deutlich häufiger betroffen als Frauen. Demgegenüber steht eine Anzahl von etwa 8.000 Patienten, die mit der Hauptdiagnose Pathologisches Glücksspiel in Deutschland jährlich ambulant und stationär behandelt werden (mit mehr als einem Kontakt). Der Anteil der Frauen liegt hier bei 12,9 %. Demnach liegt die Nachfrage nach Therapieplätzen nur bei 3,5% der pathologischen Spieler in Deutschland (DHS 2020).

Im Alltag charakterisieren nach Petersen (2012) zwei Dinge pathologische Spieler besonders treffend: Zum einen haben sie keine Zeit. Sie spielen immer häufiger und länger, versäumen wegen des Spiels Verabredungen und Verpflichtungen. Und sie haben kein Geld, so dass Kredite aufgenommen werden oder Geld im Freundeskreis geliehen oder anderweitig beschafft wird. Beide zentralen Charakteristika werden in der Behandlung mit besonderem Augenmerk fokussiert und stehen neben der Aufarbeitung der die Suchtentstehung begünstigenden Faktoren im Vordergrund. Studien belegen, dass bestimmte Glücksspielformen ein höheres Gefährdungspotential aufweisen. Die Verfügbarkeit erleichtert und regt zur erstmalig-

gen Spielteilnahme an. Dagegen sind Ereignisfrequenz und Gewinnstruktur konkrete Eigenschaften, die für Verstärkungseffekte und damit die Förderung eines exzessiven Spielverhaltens verantwortlich sind (Meyer et al. 2010).

2010 wurde erstmalig vorgeschlagen in der fünften Ausgabe des Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) der American Psychiatric Association (APA) den früheren Oberbegriff „Substanzbezogene Störungen“ durch die neue Bezeichnung „Sucht und zugehörige Störungen“ zu ersetzen. Subsumiert werden hier sowohl stoffgebundene als auch nicht-stoffgebundene Störungen. Als erste nicht stoffgebundene Störung wurde das pathologische Glücksspielen aufgenommen.

In der Postakutbehandlung / Rehabilitation kommen ähnliche Therapieansätze wie in Tabelle 3 (Seite 23) für die Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde, zur Anwendung. Zusätzlich gibt es spezifische Gruppenveranstaltungen.

Weitergehende Infos: Konzept der DIAKO Fachklinik für Rehabilitation 2021:
https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

4.7.10.5 Pathologischer PC-Gebrauch (Medienabhängigkeit)

Der pathologische Gebrauch von Internet und Computerspielen nimmt seit Jahren zu (te Wildt 2018). Schon allein die sozialen Netzwerke wie YouTube, Instagram, Facebook, Twitter oder businessorientiert LinkedIn und XING haben in den letzten Jahren eine stark zunehmende Nachfrage erlebt. Sie werden von vielen Millionen Deutschen genutzt.

Die Definition der Internetabhängigkeit ist derzeit nicht einheitlich und es kursieren allein in Fachkreisen mehr als 20 Begriffe für das neue Phänomen (Wlachojiannis, 2012). Gebräuchliche Begriffe sind „Mediensucht“, „Onlinesucht“, „Internet-Sucht“ oder „Internet-Abhängigkeits-Syndrom“ (te Wildt 2018, Petry 2016). Nach Petry (2016) eignet sich der Begriff „Pathologischer PC-Gebrauch“ gut als Arbeitsgrundlage.



Daten von 2018 bis 2020

Quelle: <https://www.kontor4.de/beitrag/aktuelle-social-media-nutzerzahlen.html>

In einer Studie zur Prävalenz des Pathologischen PC-Gebrauches (hier untersucht: Internet) (Rumpf et al., 2011) wurden auf der Basis einer repräsentativen Stichprobe 15.024 Personen befragt. Es ergab sich eine geschätzte Prävalenz für das Vorliegen eines Pathologischen PC-Gebrauches von 1,5% (Frauen 1,3%, Männer 1,7%). In der Altersgruppe 14-24 steigt die Prävalenz auf 2,4% an (Frauen 2,5% Männer 2,5%). Bei alleiniger Betrachtung der 14-16-jährigen finden sich 4,0% Internetabhängige (Frauen 4,9%, Männer 3,1%).

Die auffälligen Mädchen und Frauen (14-24 Jahre) nutzen vorwiegend Soziale Netzwerke im Internet (77,1% der Abhängigen) und eher selten Onlinespiele (7,2%). Die jungen Männer nutzen ebenfalls, aber in geringerer Ausprägung, Soziale Netzwerke (64,8%), und häufiger Onlinespiele (33,6%). Neben den vermutlich Abhängigen lässt sich eine weitere Gruppe mit problematischem Internetgebrauch identifizieren, die insgesamt 4,6% der Befragten betrifft (Frauen 4,4%, Männer 4,9%). Auch hier zeigen sich hohe Raten bei jungen Kohorten und dort in besonderem Maße bei weiblichen Personen (Petersen et al. 2010, Rumpf et al. 2011). Betroffen sind häufiger Jugendliche und Menschen aus niedrigeren sozialen Statusgruppen, zudem häufiger Männer und Personen ohne festen Lebenspartner und/oder feste Arbeitsstelle. Im Durchschnitt verbrachten die betroffenen Personen 34 Stunden pro Woche im Internet (Jerusalem & Meixner 2004, BUSS 2011). Die Ergebnisse der Studien illustrieren das hohe Abhängigkeitspotenzial von PC und Internet. Die Therapie setzt voraus, dass sich die behandelnden Ärzte und Psychologen für die virtuellen Lebenswelten ihrer Rehabilitanden interessieren und diese in die Behandlung mit einbeziehen (te Wildt 2018, Vogelsang 2016, Schuhler 2013).

Therapieansätze umfassen nach te Wildt (2018) und Vogelsang (2016):

- Motivationsarbeit
- Kognitive Behaviorale Verhaltenstherapie (KVT)
- Psychodynamische Therapie bei Bedarf
- Pharmakotherapie bei psychiatrischer Komorbidität: häufig Depression, Angst, ADHS
- Angehörigenarbeit: Systemische Ansätze
- Psychosoziale und adjuvante Verfahren (z.B. Bewegung, Ergotherapie und mehr).
- Selbsthilfegruppen

In der Postakutbehandlung / Rehabilitation kommen also ähnliche Therapieansätze wie in Tabelle 3 (Seite 23) für die Alkoholabhängigkeit beschrieben wurde, zur Anwendung. Zusätzlich gibt es spezifische Gruppenveranstaltungen. Das Therapieziel ist eher die kontrollierte unschädliche Nutzung als die Abstinenz.

Weitergehende Infos: Konzept der DIAKO Fachklinik für Rehabilitation 2021:
https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

4.7.10.6 Sucht im Alter: Besonderheiten

Der Anteil der über 60-jährigen in unserer Gesellschaft liegt bei ca. 25%. Das sind rund 21 Mio. Frauen und Männer. Die Suchtstatistiken enden in der Regel jedoch bei 59 oder bei 64 Jahren. Weiterhin sind nur 2% der Menschen, die eine Einrichtung der Suchthilfe aufsuchen, zwischen 60-64 Jahren und nur 1,8% sind über 65 Jahre alt. Die Ergebnisse zu Prävalenzschätzungen zeigen deutlich, dass „Sucht im Alter“ durchaus ein für die Gesellschaft bedeutendes Thema der Gesundheitsversorgung ist (AWMF-Leitlinien, Kraus et al. 2008, Bauer et al. 2012).

Durch die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft (Überalterung, Fachkräftemangel) wird es zukünftig in der unternehmerischen Personalpolitik immer wichtiger werden, ältere Arbeitnehmer so lange wie möglich ins Arbeitsleben zu integrieren. Die Wirtschaft der Bundesrepublik Deutschland wird schon in absehbarer Zukunft von dem Erfahrungsschatz und den Stärken der älteren Arbeitnehmer abhängig sein, da der Anteil der über 50-jährigen Arbeitnehmer in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Bislang erhalten aber nur wenige ältere suchtkranke Menschen angemessene fachliche Hilfe und/oder fühlen sich im Umgang mit oft jüngeren Rehabilitanden in der ambulanten und stationären Behandlung unzureichend integriert bzw. hinsichtlich ihrer spezifischen Bedürfnisse gewürdigt (Pfeiffer-Gerschel et al. 2011).

Nach Angaben der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen geht die Zahl der älteren Personen, die Missbrauch oder eine Abhängigkeit von Alkohol, Tabak oder psychoaktiven Medikamenten aufweisen, schon heute in die Millionen. Zwar nehmen Alkoholmissbrauch und -abhängigkeit im Alter ab (Rumpf & Weyerer 2005), doch steht dem eine niedrigere körperliche Alkoholtoleranz im Alter entgegen. Mit im Alter zunehmenden körperlichen Problemen (Schmerzen, Schlafstörungen etc.) geht ein größer werdender Anteil von Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit einher (Dech 2007).

In der höchsten noch eingeschlossenen Altersklasse **von 60-64 Jahren** lagen nach dem Epidemiologischen Suchtsurvey (Seitz et al. 2020) folgende Prävalenzschätzungen für die deutsche Bevölkerung vor:

- Alkoholkonsum: 22% riskant / 1,3% missbräuchlich / 1,3% abhängig
- Konsum von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln: 7,3% Konsum / 1,1% missbräuchlich / 0,5% abhängig
- Konsum von Schmerzmitteln: 40,1% Konsum / 4,3% missbräuchlich / 3,6% abhängig
- Konsum einer illegalen Droge (letzte 12 Monate): 1,3%

Suchterkrankungen führen zu häufigerer Inanspruchnahme sozialer oder medizinischer Dienste. So sind die Betroffenen innerhalb von Kollektiven, die ins Krankenhaus eingewiesen

werden, in Hausarztpraxen kommen oder von Sozial-Psychiatrischen Diensten betreut werden, deutlich überrepräsentiert. Das Heimeintrittsalter ist in diesen Kollektiven besonders niedrig.

Die gesundheitlichen Folgen alkoholbedingter Erkrankungen im Alter sind z.T. anders als in jüngeren Jahren. Insbesondere steigt das Risiko für Schäden an vielen Organen (ZNS, Leber, Herz, Niere, Gastrointestinaltrakt), Stürze und Unfälle, Tumore, psychiatrische Erkrankungen und Nebenwirkungen von Medikamenten).

Die gesundheitlichen Folgen langanhaltenden Medikamentenkonsums sind abhängig von der Art des Mittels. Bei fortgesetztem Missbrauch von Benzodiazepinen kann es zu Schlafstörungen, Muskelschwäche, Koordinationsstörungen sowie Persönlichkeitsveränderungen kommen. Die Folgen äußern sich unter anderem in einer erhöhten Sturz- und Unfallgefahr sowie psychischen Veränderungen. Aus der fortgesetzten Einnahme von Schmerzmitteln können Dauerkopfschmerzen sowie Störungen der Nieren- oder Leberfunktion resultieren (Küfner 2010).

Unsere Behandlungsangebote für Ältere richten sich an Menschen, die sich aufgrund ihres Lebensalters oder ihrer persönlichen Situation in den "üblichen" Therapieangeboten nicht ausreichend gewürdigt sehen, da diese an anderen Zielen, etwa an einer beruflichen Reintegration, orientiert sind. Auch wenn Eigenmotivation und Krankheitseinsicht meist gegeben sind, fühlen sich ältere Patienten / Rehabilitanden in Gruppen mit vorwiegend deutlich jüngeren Mitrehabilitanden in ihrer Lebenssituation häufig nicht ausreichend berücksichtigt und geschätzt. Deshalb sind bei der Behandlung von älteren Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen in der therapeutischen Beziehung besondere Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Hierzu zählen u.a. Aspekte wie die zeitlich-biographische Entwicklung, Einstellungen zum Alter und Älterwerden oder auch die Situation, dass Therapeuten deutlich jünger als die Rehabilitanden sein können. Als Therapiestil ist, vor dem Hintergrund eines vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Bündnisses, ein eher motivierender und bestehende Kompetenzen fördernder Interaktionsstil sinnvoll. Respekt vor einer schon gezeigten Lebensleistung und eine dem Alter angemessene Sprachwahl sowie Umgangsformen und Spezialangebote gehören bei uns zu einer Therapie / Rehabilitationsbehandlung älterer Menschen dazu.

Weitergehende Infos: Konzept der DIAKO Fachklinik für Rehabilitation 2021:
https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

Referenzen

Fachklinik für Rehabilitation: Konzept für die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Stand: 2021):

https://www.diako-nf.de/fileadmin/Content/PDF_Flyer_u_Konzepte/Konzepte/DIAKO-NF_Reha_Sucht_Konzept_mit_Fotogalerie.pdf

oder

Infos über die Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen:

<https://www.diako-nf.de/unsere-angebote/fachklinik-fuer-rehabilitation>

Infos über die Rehabilitation von Menschen mit Psychosomatischen Störungen:

<https://www.diako-nf.de/unsere-angebote/fachklinik-fuer-rehabilitation/psychosomatik>

AWMF-Leitlinien:

1. AWMF 038/009: Schizophrenie, AWMF-Leitlinien-Register (2019).
2. AWMF 038/017: S3-Leitlinie: Zwangsstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2022).
3. AWMF 038/019: S3-Leitlinie Bipolare Störungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
4. AWMF 038/020: S3-Leitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. AWMF-Leitlinien-Register (2018).
5. AWMF 051/001: S3-Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden AWMF-Leitlinien-Register (2019).
6. AWMF 051/010: S3-Leitlinie: Posttraumatische Belastungsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
7. AWMF 038/015: Borderline-Persönlichkeitsstörung. AWMF-Leitlinien-Register (2022).
8. AWMF 038/25: S3-Leitlinie Medikamentenbezogene Störungen. AWMF-Leitlinien-Register (2020).
9. AWMF 051/026: S3- Leitlinie: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2019).
10. AWMF 051/028: S3-Leitlinie: Behandlung von Angststörungen. AWMF-Leitlinien-Register (2021).
11. AWMF nvl-005: Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depressionen. AWMF-Leitlinien-Register (2022).
12. AWMF 38/013: S3-Leitlinie: Demenzen AWMF-Leitlinien-Register (2016)
13. AWMF 076/001 S3 Leitlinie: Akutbehandlung und Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. AWMF-Leitlinien-Register (2021)

weitere Referenzen:

14. ADAMS, M, EFFERTS, T: Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer, M.V.; Batra, A.; Mann, K. (Hrsg.): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme. 57-61 (2011).
15. APA - American Psychiatric Association (2001): Borderline personality disorder - Practice Guidelines, Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd-watch.pdf.
16. APA / American Psychological Association: Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults Adopted as APA Policy February 24, 2017 (2017).
17. AMERIO AO, MARCHESI C, GHAEMI SN: Treatment of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. Journal of affective disorders, 166: 258–263 (2014).

18. ARMBRUST M, EHRIG C. (2016): Skills Training for Patients with Borderline Personality Disorder. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 66:283–298.
19. Ayanga D, Shorter D, Kosten TR: Update on pharmacotherapy for treatment of opioid use disorder. *Expert opinion on pharmacotherapy*, 17, 17: 2307-2318 (2016).
20. BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation). 1. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Heft 12 (2006).
21. BEKHBAT M, NEIGH GN: Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. *Brain, behavior, and immunity*, 67: 1–12 (2018).
22. BISSON JI, ROBERTS NP, ANDREW M, COOPER R, LEWIS C: Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4> (2013).
23. BREZING CA, LEVIN FR: The Current State of Pharmacological Treatments for Cannabis Use Disorder and Withdrawal. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 43, 1: 173-194 (2018).
24. BRIEGER P: Komorbidität bei bipolar affektiven Störungen. *Nervenheilkunde*, Heft 5/2011: 309-312 (2011).
25. CARR J, KLEIMAN SC, BULIK CM et al: Can attention to the intestinal microbiota improve understanding and treatment of anorexia nervosa? *Expert review of gastroenterology & hepatology*, 10, Issue 5: 565–569 (2016).
26. CHOI-KAIN LW, FINCH EF, MASLAND SR et al: What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4, 1: 21–30 (2017).
27. COOPER KG, JAMES D, WALKER I, LAMBE S, SALKOVSKIS PM: Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 45, 2: 110–123 (2017).
28. CVETEK R: EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2,2-14 (2008).
29. DEUTSCHE ALZHEIMERGESELLSCHAFT e.V.: Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus, 7. Auflage, Berlin (2019)
30. DRV BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, 6. Auflage (2015).
31. DRV BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit für die medizinische Rehabilitation. Reha-Qualitätssicherung (2016).
32. DGPPN: Factsheet Psychiatrie: Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie, Stand: Januar 2023 (2023).
33. DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS): Jahrbuch Sucht 2020: Zahlen und Fakten zum Suchtmittelkonsum und -verhalten (2020).
34. DIRMAIER J, KRATTENMACHER T, WATZKE B, KOCH, SCHULZ H, BARGHAAN D. Evidenzbasierte Behandlungselemente in der Rehabilitation von Patienten mit Depression - Eine Literaturübersicht. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60, 3-4: 83-97 (2010).
35. DOMINGUEZ SK, LEE CW: Errors in the 2017 APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD: What the Data Actually Says. *Frontiers in psychology*, 8: 1425 (2017).
36. DRUBACH D: Obsessive-compulsive disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn.)*. *Behavioral Neurology and Neuropsychiatry*. 21, 3:783–788 (2015).
37. DSM-V: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®, Deutsche Ausgabe (Hrsg.:P. Falkai und H.-U. Wittchen, et.al.) Original: American Psychiatric Association (2. Auflage, 2018)
38. DUGOSH K, ABRAHAM A, SEYMOUR B et al: Systematic Review on the Use of Psychosocial Interventions in Conjunction With Medications for the Treatment of Opioid Addiction. *Journal of addiction medicine*, 10, 2: 93-103 (2016).
39. FEIN G, CARDENAS VA: Neuroplasticity in Human Alcoholism: Studies of Extended Abstinence with Potential Treatment Implications. *Alcohol research : current reviews*, 37, 1: 125-141 (2015).
40. FLANAGAN JC, KORTE KJ, KILLEEN TK, BACK SE: Concurrent Treatment of Substance Use and PTSD. *Current psychiatry reports*, 18, 8: 70 (2016).
41. FÖRSTL H, HAUTZINGER M, ROTH G (eds.): *Neurobiologie psychischer Störungen*. Springer Medizin Verlag Heidelberg: 298ff (2006).
42. FRIBOES RM, ZAUDIG M, NOSPER M (2005): *Therapie bei psychischen Störungen*. Urban und Fischer München

43. GAERTNER Et al: Alkohol – Zahlen und Fakten zum Konsum. Jahrbuch Sucht 2013; 36-66 (2014).
44. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 21: Angststörungen (Hrsg. RKI) (2004).
45. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Gesundheit in Deutschland: Seelische Gesundheit: S. 29ff (Hrsg. RKI) (2006).
46. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 50: Schizophrenie (Hrsg. RKI) (2010).
47. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): Themenheft 51: Depressionen (Hrsg. RKI) (2010).
48. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): GBE kompakt 7/2011: Depressionen (Hrsg. RKI) (2011).
49. GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes): GBE kompakt 2/2013: Diagnose Depressionen, Unterschiede bei Frauen und Männern (Hrsg. RKI) (2013).
50. HARRISON PJ, GEDDES JR, TUNBRIDGE EM: The Emerging Neurobiology of Bipolar Disorder. Trends in neurosciences online: [http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236\(17\)30212-6](http://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236(17)30212-6), DOI 10.1016/j.tins.2017.10.006 (2017).
51. HEISE S, STEINBERG H, HIMMERICH H: Die Diskussion um die Anwendung und die Wirksamkeit von Musik bei depressiven Störungen in Geschichte und Gegenwart. Fortschr Neurol Psychiatr, 81, 8: 426-436 (2013).
52. HIRSCHTRITT ME, BLOCH MH, MATHEWS CA: Obsessive-Compulsive Disorder: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA 2017, 317, 13:1358–1367 (2017).
53. HOFFMANN F: Benzodiazepine: Verordnungstrend erkennbar. In: Glaeske, Gerd; Jahnsen, Kathrin: GEK-Arzneimittel-Report 2005. St. Augustin: Asgard. S. 149-183 (2005).
54. HOFMANN A: EMDR, Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5., vollständig überarbeitete Auflage (2014).
55. KAMIOKA H, TSUTANI K, YAMADA M, et al: Effectiveness of music therapy: a summary of systematic reviews based on randomized controlled trials of music interventions. Patient Prefer Adherence, 8: 727-754 (2014).
56. KIM YK, CHOI J, PARK SC: A Novel Bio-Psychosocial-Behavioral Treatment Model in Schizophrenia. International journal of molecular sciences, 18, Issue 4 (2017).
57. KRAUS L, RÖSNER S, BAUMEISTER SE, PABST A, STEINERET S: Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. IFT Berichte Bd. 167, München (2008).
58. KRIEGER A. Bewegung als Therapie bei Drogensucht - Eine qualitative Untersuchung in 20 Kliniken mit stationärem Angebot in der Deutschschweiz. 2017, Master Thesis, University of Basel, Faculty of Medicine. Bewegung als Therapie bei Drogensucht - Eine qualitative Untersuchung in 20 Kliniken mit stationärem Angebot in der Deutschschweiz <https://edoc.unibas.ch/63713/> (2017)
59. KÜFNER H: Epidemiologie des Substanzkonsums und der Suchterkrankungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 53:217-283 (2010).
60. KUPFERBERG A, BICKS L, HASLER G: Social functioning in major depressive disorder. Neuroscience and biobehavioral reviews, 69: 313–332 (2016).
61. LIM SS, VOS T, FLAXMAN AD, et al: A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and riskfactor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet; 380:2224-2260 (2012).
62. MALCHOW B, SCHMITT A, FALKAI P: Wirksam bei Schizophrenie, Depression, Demenz und Angststörungen. Sport tut auch der Psyche gut! MMW Fortschritte der Medizin, 156, 1: 41–43 (2014).
63. MCFARLANE AC, LAWRENCE-WOOD E, VAN HOOFF, M, MALHI GS, YEHUDA R: The Need to Take a Staging Approach to the Biological Mechanisms of PTSD and its Treatment. Current psychiatry reports, 19, 2: 10 (2017).
64. MCELROY SL, GUERDJIKOVA AI, MORI N et al: Overview of the treatment of binge eating disorder. CNS spectrums, 20, 6: 546–556 (2015).
65. MANN K: Alkoholismus: Neurobiologie der Alkoholabhängigkeit. Deutsches Ärzteblatt 98: Ausgabe 36 : A-2279 / B-1967 / C-1832 (2001).
66. MEHLER PS, KRANTZ MJ, SACHS KV: Treatments of medical complications of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of eating disorders, 3: 15 (2015).
67. MICHALAK A, BIAŁA G: Alcohol dependence and treatment. Acta poloniae pharmaceutica, 73, 1: 3-12 (2016).

68. MONTELEONE AM, CASTELLINI G, VOLPE U et al: Neuroendocrinology and brain imaging of reward in eating disorders: A possible key to the treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 80, Issue Pt B: 132–142 (2018).
69. NICE Guideline: Borderline personality disorder: recognition and management Clinical guideline. nice.org.uk/guidance/cg78. (2009).
70. NICE Guideline: Drug misuse in over 16s: psychosocial interventions. Clinical guideline. www.nice.org.uk/guidance/cg51 (2007).
71. ORTH B, KRAUS L, PIONTEK D: Illegale Drogen – Zahlen und Fakten zum Konsum. In: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Hrsg.): *Jahrbuch Sucht* (2012).
72. OTTE C, GOLD SM, PENNINX B et al: Major depressive disorder. *Nature reviews. Disease primers*, Volume 2: Art-Nr: 16065, DOIs <http://dx.doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>. Online: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder\(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446\).html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/publications/major-depressive-disorder(c382ec52-8506-4d39-9b77-cf86d64ad446).html) (2016).
73. OWEN MJ, SAWA A, MORTENSEN PB: Schizophrenia. *Lancet*, 388, Issue 10039: 86–97 (2016).
74. PABST A, KRAUS L, GOMES DE MATOS E, PIONTEK D: Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012. *Sucht*; 59(6): 321-331 (2013).
75. PETRY J Computersüchtig? Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild Erschienen in *ARCHIV für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit* Heft 1/2016 (2016)
76. PLASS D, VOS T, HORNBERG C, SCHEIDT-NAVE C, ZEEB H, KRÄMER A: Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland: Ergebnisse, Potenziale und Grenzen der Global Burden of Disease-Studie. *Dtsch Arztebl Int*: 111: 629-638 (2014).
77. PREUSS UW, GOUZOU LIS-MAYFRANK E, HAVEMANN-REINECKE et al: Psychiatric comorbidity in alcohol use disorders: results from the German S3 guidelines. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*: DOI 10.1007/s00406-017-0801-2 (2017).
78. REEVES-DUDLEY B: Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of psychiatric nursing*, 31, 1: 83–87 (2017).
79. ROENNEBERG C, SATTEL H, SCHAEFERT R, ET AL.: Klinische Leitlinie - Funktionelle Körperbeschwerden. Für die Leitliniengruppe „Funktionelle Körperbeschwerden“. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 116, Heft 33–34, 19 (2019).
80. SCHÄFER I, KRAUSZ M: *Trauma und Sucht: Konzepte-Diagnostik-Behandlung*. Leben-Lernen Klett Cotta Verlag Stuttgart (2006).
81. SCHMIDT KJ, DOSHI MR, HOLZHAUSEN JM et al: Treatment of Severe Alcohol Withdrawal. *The Annals of pharmacotherapy*, 50, 5: 389–401 (2016).
82. SCHUHLER P, SOBOTKA B, VOGELGESANG M et al: *Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch in der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation*. Lengerich: Pabst (2013)
83. SCHULER P, VOGELGESANG M: *Psychotherapie der Sucht. Methoden, Komorbidität und klinische Praxis*. Pabst Science Publishers. Lengerich (2006).
84. SEITZ NN, LOCHBÜHLER K, ATZENDORF J et al: Trends des Substanzkonsums und substanzbezogener Störungen. Auswertung des Epidemiologischen Suchtsurveys von 1995 bis 2018. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(35-36), 585-591. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0585 (2019).
85. SEITZ NN, RAUSCHERT C, ATZENDORF J, KRAUS L: Substanzkonsum und Hinweise auf substanzbezogene Störungen in Berlin, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Thüringen. *Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurvey 2018 (IFT-Berichte Bd. 190)* (2020).
86. SHAPIRO F, VOGELMANN-SINE S, SINE LF: Die Behandlung von Trauma und Suchtproblemen mit EMDR. In: Eschenröder (Hrsg.): *EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen*. dgvt-Verlag, Tübingen (1997).
87. SHAPIRO F: *EMDR, Grundlagen und Praxis. 2. überarbeitete Auflage* (2013).
88. SOYKA M, HELTEN C, SCHARFENBERG CO: Psychotherapie der Alkoholabhängigkeit--Grundlagen und neue Ergebnisse der Therapieforschung. *Wiener medizinische Wochenschrift* 151: 380-8 (2001).
89. SOYKA M: Alkoholismus: Psychische und soziale Folgen chronischen Alkoholismus *Dtsch Arztebl* 2001; 98(42): A-2732 / B-2330 / C-2186
90. STIGLMAYR C, STECHER-MOHR J, WAGNER T, et al. (2014): Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 1-20, DOI 10.1186/2051-6673-1-20.

91. Te Wildt BT. Diagnostik und Therapie der Internetabhängigkeit. *Rehabilitation (Stuttg)* 57(05): 321-333 (2018). <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0043-124392>; DOI: 10.1055/s-0043-124392 (2018)
92. VAN DESSEL N, DEN BOEFT M, VAN DER WOUDE JC et al: Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2014, Issue 11: CD011142 (2014).
93. VAN RAVESTEIJN H: Mindfulness-based cognitive therapie voor patiënten met somatoforme stoornissen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 58, 3: 198–206 (2016).
94. VILLANUEVA, R. Neurobiology of major depressive disorder. *Neural plasticity*, Band 2013: 873278 (2013).
95. VOGELGESANG M: Game over. *PPH* 2016; 22(03): 154-163. DOI: 10.1055/s-0042-104683 CNE Schwerpunkt Computersucht Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York (2016)
96. WHO - Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) <https://www.who.int/classifications/icf/en/> (Zugriff 2020).
97. WIEDLOCHA M, MARCINOWICZ P, KRUPA R et al: Effect of antidepressant treatment on peripheral inflammation markers - A meta-analysis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 80, Issue Pt C: 217–226 (2018).
98. WITTCHEN HU, Jacobi F, Hoyer J: Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), Forschungsvorhaben: Förderkennzeichen: BMBF 01 EB 9405/6 und 01 EB 9901/6. Vortrag 29.09.2003 (2003).
99. ZIPFEL S, GIEL KE, BULIK CM, HAY P, SCHMIDT U: Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet, Psychiatry*, 2, Issue 12: 1099–1111 (2015).