



**Rehabilitationskonzeption
des Therapiezentrums Brücke in Buggingen**

**Stationäre Rehabilitation Drogenabhängiger
bei THC-, Partydrogen-
und bei Opiatkonsum**

Verfasser der Gesamtkonzeption:

**Mathias Hardt,
Therapeutische Leitung**

**Harald Dahmen,
Ärztliche Leitung**

Stand: Januar 2025

Rehabilitationskonzeption des Therapiezentrums Brückle
Stationäre Rehabilitation Drogenabhängiger
bei THC- und Partydrogenkonsum und bei Opiatkonsum
Stand: September 2022

Therapiezentrum Brückle

Klärungs- und Intensivtherapeutische Phase
Alter Brückleweg 12
79426 Buggingen
Tel.:07631/93626-0
Fax:0763193626-10
E-mail: verwaltung@therapiezentrum-brueckle.de
www.therapiezentrum-brueckle.de

Rehahaus

Adaptionsphase
Gewerbestraße 6
79194 Gundelfingen
Tel.:0761/584873
Fax:0761/581509
E-mail: verwaltung-rhg@rehahaus-gundelfingen.de

Haus Hochburg

Betreutes Wohnen
Hochburgerstraße 52
79312 Emmendingen
Tel.:07641/9335780
Fax: 07641/9335781
E-mail: Verwaltung@HausHochburg.de

Geschäftsstelle und Verwaltung des Trägers AKRM e.V.

Spitalstraße 68
79539 Lörrach
Tel.:07621/2087
Fax:07621/14556
E-mail: kleindienst@drogenberatung-loerrach.de

Therapeutische Gesamtleitung:

Mathias Hardt
Psychologe, M.Sc.
Psychologischer Psychotherapeut

Ärztliche Leitung:

Harald Dahmen
Praktischer Arzt
Zusatz für Suchtmedizin und Sozialmedizin

Fachärztliche Psychiatrische Leitung:

N.N.

Verwaltungsleitung:

Jutta Kleindienst
Diplom-Betriebswirtin

1. Einleitung	4
2. Allgemeines	4
3. Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung	4
4. Rehabilitationskonzept	5
4.1 Therapeutisches Konzept	5
4.2 Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen	7
4.2.1 Rehabilitationsindikationen	7
4.2.2 Komorbide Störungen	9
4.3 Rehabilitationsziele	10
4.4 Rehabilitationsdauer	11
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	12
4.6 Rehabilitationsprogramm	17
4.7 Rehabilitationselemente	31
4.7.1 Aufnahmeverfahren	31
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik	32
4.7.3 Medizinische Behandlung	36
4.7.4 Psychotherapeutische Angebote	37
4.7.4.1 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche	37
4.7.4.1.1 Bezugstherapie bei THC- und Partydrogenkonsum	39
4.7.4.1.2 Bezugstherapie bei Opiatkonsum	39
4.7.4.2 Indikative Maßnahmen bei komorbiden Störungen	40
4.7.4.3 Indikative psychotherapeutische Gruppen	42
4.7.4.4 Psychoedukative und pädagogische Angebote	43
4.7.5 Arbeits- und beschäftigungsbezogene Interventionen	45
4.7.5.1 Arbeitsbezogene Diagnostik in der Aufnahmephase	46
4.7.5.2 Berufsorientierende Maßnahmen für die Zielgruppen	48
4.7.5.3 Arbeits- und beschäftigungsbezogene Angebote	50
4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen	52
4.7.6 Sport-, Bewegungs- und Entspannungstraining	53
4.7.7 Freizeitangebote	54
4.7.8 Sozialdienst	55
4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung	56
4.7.10 Angehörigenarbeit	57
4.7.10.1 Angehörigenarbeit bei jüngeren THC- und Partydrogenkonsumenten	58
4.7.10.2 Therapie für Paare in Kooperation	58
4.7.11 Rückfallvorbeugung und -management	59
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege	60
4.7.13 Weitere Leistungen	60

4.7.13.1 Anschlussmaßnahmen	60
4.7.13.2 Kooperation mit Selbsthilfegruppen	61
4.7.14 Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation	61
5. Personelle Ausstattung	62
6. Räumliche Gegebenheiten	62
7. Kooperation und Vernetzung	63
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	64
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	64
10. Notfallmanagement	66
11. Fortbildung	68
12. Supervision	68
13. Hausordnung/Therapievertrag	68
Literatur	70
Anhänge:	
I) Wochenplan für Patienten Intensivphase (gesamt)	72
II) Wochenplan für Intensivphase (erste Behandlungswoche)	74
III) Wochenplan für Intensivphase (letzte Behandlungswoche)	76
IV) Behandlungsvertrag	78
V) Prozessbeschreibung zur Rückfallbearbeitung	79
VI) Personalstandsplan für das Jahr 2025	80

1. Einleitung

Der Arbeitskreis Rauschmittel e.V. wurde am 5. März 1971 in Lörrach gegründet und gehört zu den ältesten Trägern der Drogenhilfe in Deutschland. Die Beratung und Behandlung Suchtkrankender in ambulanten und stationären Einrichtungen sind die Satzungsziele. Der Verein ist Mitglied im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV). Sitz und Geschäftsstelle sind in Lörrach.

Die Einrichtungen sind von der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg und den Krankenkassen zur stationären medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen anerkannt. Das Sozialministerium Baden-Württemberg hat das Rehabilitationszentrum nach §35 Betäubungsmittelgesetz als Behandlungseinrichtung anerkannt. Das Betreute Wohnen in Emmendingen ist durch die Kommunen und Landkreise und der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg für die stationäre Nachbetreuung von Suchtkranken anerkannt. Die stationäre Rehabilitation und die ambulante Nachbetreuung erfolgen nach den Vorgaben der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ der Rentenversicherungsträger und Krankenkassen.

Die medizinische Rehabilitation ist nach dem bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgebaut und orientiert sich dabei an den Kategorien der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Die Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe sind darauf ausgerichtet, die Abhängigkeitserkrankung, die rehabilitationsbedürftigen Folge- und Begleiterkrankungen und die dadurch bedingte Gefährdung oder Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu beheben oder zu mindern.

Dieses Rehabilitationskonzept beschreibt die Grundlagen, die Rahmenbedingungen, die Mittel, Maßnahmen, Ziele und die Organisationsstrukturen unserer Angebote.

2. Allgemeines

Das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige besteht aus dem Therapiezentrum Brückle und dem RehaHaus Gundelfingen mit angeschlossenem Betreutem Wohnen in Emmendingen. Die Einrichtungen zur stationären Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen von illegalen Drogen sind vom federführenden Kostenträger der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg seit 1975 anerkannt. Während der Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Wir sind in Absprache mit den Kostenträgern auf flexible und individuelle Behandlungsplanungen ausgerichtet. Kostenbewilligungen werden von der Deutschen Rentenversicherung für die zwei stationären Behandlungsschwerpunkte "Abhängigkeit von Opiaten" oder "Tetra-Hydro-Cannabinol (THC) und Partydrogen" mit unterschiedlichen Kurz,- Mittel,- Langzeit,- und Kombimodulen erteilt. Im Rahmen einer Verweildauerbudgetierung können Behandlungszeiten flexibel gestaltet werden. Die Behandlungszeitplanung anderer Kostenträger (Knappschaft, Krankenkassen, Sozialämter) orientiert sich an den Behandlungsmodulen der Deutschen Rentenversicherung. Es besteht die Möglichkeit, die stationäre Rehabilitation im Therapiezentrum mit teilstationären und ambulanten Behandlungen anderer Einrichtungen zu kombinieren. Für diese Behandlungsplanung werden verbindliche Absprachen vor Beginn der stationären Behandlung getroffen.

3. Beschreibung der Rehabilitationseinrichtung

Die verkehrsgünstige Lage mit dem regionalen Verkehrsverbund von Freiburg bietet für alle drei Einrichtungen eine enge Anbindung an die Angebote ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Für die Akutversorgung im Therapiezentrum steht in 7 km Entfernung mit der Helios Klinik Müllheim ein Gesundheitszentrum mit ambulanter und stationärer medizinischer Versorgung zur Verfügung. Die Uniklinik Freiburg liegt in 6 km Entfernung vom RehaHaus und in 24 km

Entfernung vom Therapiezentrum. Ein Netz wirtschaftlicher, sozialer und gesellschaftlicher Institutionen bietet in der Region verschiedenste Dienste und Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Integration. Der Großraum Freiburg, sowie die umgrenzenden Landkreise, werden sowohl aufgrund ihrer hohen touristischen Attraktivität als auch aufgrund der stabilen wirtschaftlichen und sozialen Strukturen geschätzt.

Das Therapiezentrum Brückle liegt am Rande der Gemeinde Buggingen im Markgräflerland, 25 km südlich von Freiburg direkt an der Bundesstraße 3 mit direktem Anschluss an die Regionalbahn. Hier stehen auf einem großflächigen Areal in einem ehemaligen Hofgut 36 Plätze für drogenabhängige Männer für die Klärungs- und Intensivtherapeutische Phase zur Verfügung. Im Hauptgebäude werden Behandlungen in zwei getrennten Stationen für Opiatabhängige und Abhängige von THC und Partydrogen durchgeführt. In zwei weiteren Gebäuden befinden sich neben den Werkstätten eine Vielzahl von Funktionsbereichen. Nur die Funktionsräume bieten im Neubau barrierefreie Zugänge. Für die Verbesserung der Unterbringung in Ein- und Zweibettzimmern wurde 2017/18 ein neues Gebäude mit 12 Patientenzimmern fertiggestellt. Infolge soll in 2023 der Altbau renoviert und neu strukturiert werden.

Im RehaHaus in Gundelfingen, 7 km nördlich von Freiburg, befindet sich in einem Wohn- und Gewerbegebiet die Adaptionsphase. Auch hier mit einer sehr guten Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr. Dort werden neun Plätze in drei getrennten Wohngruppen in einem Wohnhaus angeboten, wobei nur die Funktionsräume im Erdgeschoss barrierefreie Zugänge bieten. In unmittelbarer Nähe, sowie im angrenzenden Industriegebiet Freiburg-Nord, sind eine Vielzahl Betriebe unterschiedlicher Branchen angesiedelt, die Möglichkeit für Praktika, Arbeits- und Ausbildungsplätze bieten.

In Emmendingen (16 km nördlich von Freiburg) liegt das Betreute Wohnen, wie bei den anderen Häusern auch hier mit Anschluss an die Regionalbahn. Dort befinden sich in einem dreistöckigen Haus in vier Wohnungen 10 Plätze in Einzelzimmern für die weiterführende Nachbetreuung. Eine weitere Wohnung ist für die „Clean-WG“ reserviert, einer nachstationären Wohnmöglichkeit für ehemalige Klienten, die weiterhin den Abstinenzanspruch aufrechterhalten wollen. Das Haus ist nur über Treppen zugänglich und liegt mit einem kleinen Garten und Freiterrasse in einer ruhigen Wohngegend. Emmendingen bietet die Vorzüge einer Kleinstadt mit regem wirtschaftlichem und kulturellem Leben. Freiburg und das Umland sind, über den Verkehrsverbund, in einer Viertelstunde zu erreichen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Therapeutisches Konzept

Unsere abstinenzorientierte Rehabilitationsbehandlung ist darauf ausgerichtet, den abhängigkeitskranken Menschen in seinen Fähigkeiten und Ressourcen zu stabilisieren und die Einschränkungen durch seine somatischen, psychischen und sozialen Problemlagen soweit zu verändern, dass ein abstinentes und zufrieden stellendes Leben wieder möglich wird. Die Schwerpunkte werden dabei jeweils individuell entsprechend den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Rehabilitanden vereinbart.

Die wissenschaftlichen Grundlagen der Rehabilitationskonzeption orientieren sich an den aktuellen Eckpunkten des Rehabilitationsrechts im SGB IX, an der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) und den evidenzbasierten Therapieverfahren wie sie im Rahmenkonzept zur Medizinischen Rehabilitation von der Deutschen Rentenversicherung veröffentlicht sind (2009).

Die Systematik der interdisziplinären Behandlungsplanung und der Kommunikation mit den Rehabilitanden orientiert sich dabei an den Kategorien der ICF. Mit dem bio-psycho-sozialen Modell werden für die Rehabilitationsbehandlung der Lebenshintergrund der betroffenen Person, die Abhängigkeitserkrankung und die weiteren Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe klassifiziert und die möglichen Ziele der Behandlung strukturiert. Die gesamte Rehabilitation wird somit systematisch auf den Aufbau, die Stabilisierung und den Transfer

von Fähigkeiten der Abstinenz, der somatischen, psychischen, sozialen und beruflichen Aktivität und Teilhabe ausgerichtet und in verständlichen und prüfbareren Teilschritten operationalisiert. Grundlegende Zielsetzung ist dabei, die medizinische Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt und dem konkreten Arbeitsplatz auszurichten, beziehungsweise die Motivation zur Wahrnehmung weiterführender beruflicher Teilhabeleistungen im Anschluss zu fördern (Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2014).

Mit der Diagnostik der gesundheitlichen Störung nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (ICD 10) werden die Abhängigkeitserkrankung, sowie die weiteren Defizite und Störungen im somatischen und psychosozialen Bereich erfasst. Aus einer lösungsorientierten Perspektive werden die persönlichen, sozialen und materiellen Ressourcen der Person und ihres Umfeldes betrachtet. Für die Behandlungsperspektive werden mit den vereinbarten Rehabilitationszielen auch die Motive, Fähigkeiten und Fördermöglichkeiten einbezogen, diese Ziele zu erreichen.

Unser psychotherapeutischer Behandlungsansatz orientiert sich an den Prinzipien der Verhaltenstherapie (Kanfer, 1991; Reinecker, 1996) und integriert je nach Einzel-, Gruppen- oder Angehörigenarbeit verschiedene therapeutische Methoden. Die Störungen der Gesundheit mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von psychotropen Substanzen und der komorbiden Störungen werden auf der Ebene diagnostischer Kriterien im ICD-10 differenziert erfasst. Dabei werden Abhängigkeitssyndrome als komplexe Verhaltens- und Einstellungsmuster betrachtet, die auf dem Hintergrund biologischer, somatischer, persönlicher, sozialer und kultureller Bedingungen erlernt werden. In Wechselwirkung können diese Faktoren auslösende und aufrechterhaltende Funktionen übernehmen und somit die Entstehung, Aufrechterhaltung und spätere Aktivierung des Suchtverhaltens bei Rückfallrisiken begünstigen. Aufbauend auf den Leitlinien der medizinischen Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie) werden die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und damit verbundene Störungen der psychischen und körperlichen Gesundheit diagnostiziert und nach Vorgabe der evidenzbasierten Therapieverfahren behandelt.

In der suchttherapeutischen Behandlung ist die Motivation des Rehabilitanden starken Veränderungen unterworfen (Prochaska, Di Clemente, Norcross, 1997). Das Ziel der abstinenten Lebensweise ist nicht für alle Patienten „zweifelsfrei“ erstrebenswert und kann nur in Kooperation mit vorbereitenden und nachsorgenden Einrichtungen langfristig stabilisiert werden. In der systemischen Sichtweise ist der Patient ein aktiv handelndes Individuum in vernetzten Systemen. Innerhalb der stationären Behandlung werden die ambivalenten Motive und dynamischen Prozesse der verschiedenen Patienten und Patientengruppen vorbeugend aufgegriffen und beständig überprüft. Eine Bearbeitung von Rückfälligkeit kann nur sinnvoll sein, wenn damit langfristig eine konstruktive Abstinenzkultur gefördert wird und die Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten für den Einzelnen als auch die Gemeinschaft positive Veränderungen bewirkt. Ebenso ist die Rückbindung und Überprüfung der Veränderungen und Zielsetzungen mit dem Familiensystem und der zukünftigen Umwelt erforderlich, um schädliche oder überfordernde Aspekte frühzeitig zu erkennen und längerfristig stabilisierende Verhaltensmuster zu fördern.

Die Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention verbindet Elemente der Achtsamkeitsbasierten Therapie mit der Kognitiven Rückfallprävention. Das MBRP- Programm (Sarah Bowen, Neha Chawla, G. Alan Marlatt, Beltz, 2012) wird in der stationären Drogenrehabilitation genutzt, um den Patienten eine genauere Einsicht und Fähigkeiten zur Bewältigung der süchtigen Risikosituationen zu vermitteln. Typische Auslöser, verfestigte Verhaltensmuster, automatische Reaktionen, Suchtdruck in kritischen Situationen werden mit Übungen zur Achtsamkeit (z.B. Atemmeditation, Body-Scan) und zur Bewältigung von Suchtdruck (Wellenreiten, Nüchtern-Atmen) in thematischen Einheiten vermittelt und vertieft. Das Ziel ist die individuellen Rückfallrisiken erkennen und benennen zu können und konkrete Abstinenzstrategien zu entwickeln.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Grundsätzliche Indikation zur Behandlung ist das Vorliegen einer Abhängigkeitserkrankung mit dem Schwerpunkt illegale Drogen. Behandelt werden nur volljährige Männer. Weitere Altersbegrenzungen gibt es nicht. Eine Mitaufnahme von Kindern ist nicht möglich.

Die Zielgruppe, für die unser Angebot der stationären Entwöhnung geeignet ist, zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- chronifizierter, abhängiger Konsum von illegalen Drogen (ICD-10: F10-19.2)
 - Opiatkonsum und polytoxikomane Konsummuster
 - Cannabiskonsum auf hohem Niveau und / oder polyvalente Konsummuster mit Alkohol-, THC-, Halluzinogen-, Kokain- oder Amphetaminkonsum
 - Begleitende Suchtproblematiken (Essstörungen, Geldspiel, Internet/PC)
- Komorbide Problematik, wie z. B. Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F6-) , ADHS (ICD-10: F90.0),
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.-), Ängste (ICD-10 F40.-, F41.-), affektive Störungen (ICD-10: F3-.-)
- Geringe psychosoziale Ressourcen und Defizite in sozialen Kompetenzen
- Störungen der familiären und sozialen Beziehungen
- Schwierigkeiten in der kulturellen Identität und Integration
- Defizite in der schulischen und beruflichen Qualifikation oder Kompetenz
- Delinquente Entwicklungen und juristische Auffälligkeiten

Kontraindikation für die Behandlung im Therapiezentrum sind akute psychotische Erkrankungen (ICD-10: F2-), schwere psychiatrische Erkrankungen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung oder akute somatische Erkrankungen, die die persönliche Rehabilitationsfähigkeit grundlegend einschränken. Möglich sind Aufnahmen in der Weiterbehandlung von drogeninduzierten, weitgehend symptomfreien Psychosen oder psychiatrischen Störungen. Eine diagnostische Abklärung durch unseren Arzt mit den vorbehandelnden Stellen muss vor der Aufnahme erfolgt sein.

Nicht indiziert ist dieses stationäre Angebot bei minderjährigen Konsumenten oder bei geringen Schweregraden der Abhängigkeit, die einer ambulanten Behandlung noch zugänglich sind.

4.2.1 Rehabilitationsindikationen

In der Rehabilitationsbehandlung sind die Angebote entsprechend den suchtspezifischen Störungen der Rehabilitanden differenziert. Die Patienten sind oft langjährig abhängig und belastet mit körperlichen, psychischen, sozialen und materiellen Folgeschäden. Für die suchtspezifischen Ziele der Abstinenz und der Vorbeugung von zukünftigen Rückfallrisiken werden die Behandlungsangebote nach zwei Schwerpunkten unterschieden:

- Abhängige mit Opiatkonsum und / oder Polytoxikomanie
(ICD-10; F11, F19 mit Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)
- Abhängige mit Cannabis- und / oder Partydrogenkonsum
(ICD-10; F12, F 14, F15, F19 ohne Opiat, multipler Drogenkonsum mit Alkohol F10)

Die klinischen Folgen des regelmäßigen schädlichen Gebrauchs oder der langjährigen Abhängigkeit variieren stark, je nach missbrauchten Substanzen, den individuellen Voraussetzungen, sowie den Kontextfaktoren.

Menschen mit langjähriger **Opiatabhängigkeit und polytoxikomanem Drogenkonsum** unterliegen einer starken körperlichen Abhängigkeit und können über die hohe Dynamik ihrer Sucht von weit reichenden sozialen Desintegrationsprozessen betroffen sein. In der differenzierten Betrachtung der opiatabhängigen Rehabilitanden treffen wir bei delinquenten Personen häufig auf narzisstische oder dissoziale Persönlichkeiten. Bei der Entgiftung von ihrem Suchtmittel erleben sie starke körperliche und psychische Belastungen und sind auch in der ersten Phase ihrer Abstinenz deutlich von einem „süchtigen Erscheinungsbild“ und einer süchtigen und illegalen Kultur

geprägt. Für diese Rehabilitandengruppe hat die Deutsche Rentenversicherung (DRV) in der Erstbehandlung eine reguläre Langzeitbehandlung (22 Wochen) mit Adaptionsphase (16 Wochen) als Behandlungsmodul vorgesehen.

Menschen mit Abhängigkeit von **THC und Partydrogen** zeigen im biographischen Verlauf ebenfalls eine hohe Gefährdung und Belastung durch den hoch dosierten Drogenkonsum. Die Cannabisabhängigkeit entfaltet ihre Beeinträchtigungen und Störungen körperlich weniger einschränkend, aber bei chronifiziertem und hochdosiertem Konsum jedoch mit gravierenden Einschränkungen in den altersangemessenen psychischen, sozialen und beruflichen Entwicklungsanforderungen. Die typischen Wirkungen von Cannabis, wie der Verlust von Antrieb, begünstigen längerfristig eine vermeidende oder selbstunsichere Persönlichkeitsentwicklung. Auffallend bei den oft jüngeren Patienten ist, dass eine altersangemessene Ablösung vom Elternhaus und die damit verbundene Verselbständigung in der Regel nicht gelungen sind. Gehäuft zeigen sich anhaltende Belastungen infolge von drogeninduzierten Psychosen. Gleichzeitig bestehen noch psychosoziale Fähigkeiten und Ressourcen, die bei langjährig opiatabhängigen Personen oftmals nicht aufrechterhalten werden konnten (Thomasius, 2005, 2006). Vor diesem Hintergrund wurde von der DRV in der Erstbehandlung für erwachsene Männer mit Cannabis- und / oder Partydrogenkonsum ein spezifisches Behandlungsmodul von 18 Wochen vorgesehen. Je nach bestehender Integration kann die Behandlung mit einer Beratungsstelle bereits als Kombibehandlung geplant werden. Bei Bedarf von räumlicher, sozialer oder beruflicher Neuorientierung kann die Adaptionsphase in einer Langzeitbehandlung mit bewilligt werden.

Sucht und Männlichkeit

Die Störungs- und Bewältigungsformen von belastenden Erfahrungen zeigen geschlechtsspezifische Unterschiede, die besonders bei Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend eine hohe Bedeutung in der weiteren Sozialisation erhalten. Generell sind frühe und / oder extreme Traumatisierungen ein hoher Risikofaktor für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und für die Entwicklung von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Darüber hinaus beinhaltet das Leben in der illegalen Drogenszene eine zusätzlich erhöhte Belastung.

Männliche Rollenstereotype stehen im Widerspruch zu den erlebten Gewalterfahrungen, den tabuisierten Ohnmachtsgefühlen und der starken Verunsicherung in der Identitätsentwicklung. Die resultierenden Belastungen und Verunsicherungen können nicht mitgeteilt werden und müssen alleine bewältigt werden. Klassisches Rollenverhalten von jungen Männern verstärkt die externalisierten Bewältigungsversuche von inneren Verletzungen. Dies wird in exzessivem Risikoverhalten sowie in aggressiven und delinquenten Verhaltensweisen sichtbar. Starre oder unrealistische Vorstellungen müssen hinterfragt werden, um eine sinnvolle Veränderung von dysfunktionalen Coping Strategien zu fördern. Zentrale Themen sind die lebensgeschichtlichen Vorbilder und Erfahrungen, die verinnerlichte Werte und Haltungen, die körperbezogenen, sexuellen oder partnerschaftlichen Ideale, die Verarbeitung und Regulierung von belastenden Gefühlen und die Funktionalität des Drogenkonsums. Für diese Auseinandersetzung braucht es eine respektvolle Unterstützung, um sozial angemessene und persönlich stimmige Verhaltensweisen entwickeln zu können.

Sucht und Migration

Migrationsthemen stellen sich mit unterschiedlicher Bedeutung. Sie reichen vom Erwerb der deutschen Sprache und kulturellen Kompetenzen bis zu Themen der persönlichen Biographie und Identitätsfindung. Mit dem Grundkonzept einer integrativen Behandlung, geben wir den interkulturellen Themen Raum und bieten ein Lernfeld für gelungene Integrationsschritte.

Personen mit ausländischer Nationalität (Türken, Italiener, Kroaten, Serben, u.a.) stellen mit ca. 15% unserer Rehabilitanden den größten Anteil. Diese Personen sind oft von Ausweisung und Abschiebung bedroht. Einen kleinen Anteil bilden die deutschen Spätaussiedler, die deutsche Staatsangehörige sind, aber in einem anderen Kulturkreis aufgewachsen sind. Grundlegend ist eine deutsche Sprachkompetenz. Wir akzeptieren die Muttersprache als identitätsstiftende Kommunikation mit Landsleuten und der Familie, fordern aber auch die Bereitschaft, die Deutschkenntnisse zu verbessern und entsprechende Förderangebote wahrzunehmen.

Die Besonderheiten der Lebensgeschichte, Traumatisierungen und Belastungen der Migration und der aktuellen Situation, die typischen Wahrnehmungsmuster und Verhaltensweisen werden, genauso wie persönliche Ressourcen und Kompetenzen, in die Behandlung mit einbezogen. In der persönlichen Behandlungsplanung zeigt sich dies:

- Wertschätzung der kulturellen Unterschiede und der Ressourcen bikultureller Lebensläufe
- Einbeziehung migrationsbezogener Besonderheiten
- Angebote zum Erwerb und zur Verbesserung deutscher Sprachkompetenz
- Auseinandersetzung mit Migrationsbelastungen
- Einbeziehung der Familie
- Unterstützung bei kulturellen oder religiösen Anliegen
- Indikative Angebote der Sozialberatung zur Klärung sozialrechtlicher und juristischer Fragen
- Bei Bedarf indikative Gruppenangebote, z.B. für Spätaussiedler oder ethnische Gruppen
- Förderung von Integration im Lebensumfeld

4.2.2 Komorbide Störungen

Neben der Abhängigkeitserkrankung entwickeln sich oftmals weitere komorbide Störungen. Für die Planung der Behandlung sind neben den suchtspezifischen Indikationen für die folgenden komorbiden Störungen die Leitlinien zur Diagnostik (Kap. 4.7.2) und für Indikative Maßnahmen (Kap. 4.7.4.2) relevant.

Medizinisch-psychiatrische Diagnosen:

- Psychotische Störungen nach Drogenkonsum (ICD-10; F1-.5, F20.-, F23.-)
- Depressive Störungen (ICD-10; F32.-, F33.-, F34.-)
- Angst-, Zwangs- oder Belastungsstörungen (ICD-10; F40.-, F41.-, F42.-, F43.-)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10; F60.-, F63.-)
- ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10; F90.-)

Unsere Erfahrung ist, dass eine Behandlung zu deutlichen Verbesserungen und Erfolgen führt, wenn sie Patienten wie Behandlungssystem nicht überfordert, Ressourcen aktiviert und an der Fähigkeit zum Kompetenzerwerb orientiert ist. Aufgrund der langjährigen Belastung der komorbiden Störungen ist ein Transfer in das zukünftige Lebensumfeld und die Planung der Nachsorgebehandlung dringend erforderlich.

4.3 Rehabilitationsziele

Die zentralen Behandlungsziele in der Rehabilitationsbehandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind der Erhalt, die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der Erwerbsfähigkeit und die Förderung der Aktivität und Teilhabe durch eine suchtmittelfreie, selbstverantwortliche und zufriedene Lebensführung. In der Behandlung werden kurz-, mittel- und langfristige Ziele unterschieden und entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen und Indikationen des Rehabilitanden in den verschiedenen Behandlungsphasen gewichtet. Dies beinhaltet insbesondere:

- Die langfristige Stabilisierung von Abstinenzsicherheit und -motivation
- Der Erwerb von Strategien zur Rückfallprävention und Rückfallbewältigung
- Die körperliche und psychische Gesundheit
- Der Erwerb angemessener Kompetenzen im Umgang mit Belastungen
- Die Klärung und Stabilisierung der sozialen und familiären Situation
- Die Klärung und Bewältigung von erwerbsbezogenen Problemlagen
- Die Stabilisierung bzw. Verbesserung der Erwerbsfähigkeit
- Die berufliche und soziale Wiedereingliederung
- Die Selbstverantwortung und Kompetenz zur sinnvollen Gestaltung des Lebens
- Die Förderung der Motivation und Umsetzung von Maßnahmen zur Nachsorge und Selbsthilfe und zu weiterführenden beruflichen Teilhabeleistungen

Die differenzierte Erarbeitung und Umsetzung der Behandlungsziele wird mit dem einzelnen Rehabilitanden in Zusammenarbeit mit den zuständigen Mitarbeitern/innen in den Fachbereichen abgestimmt und in einem individuellen Behandlungsplan festgelegt. Dieser Behandlungsplan wird regelmäßig überprüft und entsprechend dem Therapieverlauf angepasst bzw. verändert. Die reha-bilitationsspezifischen Ziele der Fachbereiche werden im Kapitel Rehabilitationselemente be-schrieben.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Deutsche Rentenversicherung Baden-Württemberg bewilligt für Behandlungen zeitliche Mo-dule, die je nach Hauptsubstanz der Abhängigkeit und psycho-sozialen Indikationskriterien diffe-renziert werden. Nachfolgend sind die Module aufgeführt, für die das Therapiezentrum von der DRV anerkannt ist. Die Behandlungsdauer wird zunächst im Rahmen dieser Bewilligung geplant. Mit Abschluss der Aufnahmephase nach 4-6 Wochen wird mit dem Rehabilitanden und in den Behandlungskonferenzen der Behandlungsverlauf überprüft und individuell abgestimmt. Im Rah-men des Klinikbudgets sind bei Versicherten der DRV Baden-Württemberg indikativ verkürzte oder verlängerte Behandlungszeiten möglich. In der Behandlungsbesprechung (Monitoring) 4 Wochen vor Abschluss der Behandlung wird die Zielerreichung mit dem Rehabilitanden und in den Behandlungsteams regelhaft ausgewertet und für offene Themen und Ziele weitere Strate-gien vereinbart.

- **Langzeitmodul Opiatabhängigkeit / Polytoxikomanie - 22 Wochen**

Dieses Modul ist in der Regel für Bewerber, die sich erstmals in eine stationäre Behandlung be-geben und eine Opiatabhängigkeit oder ein polytoxikomanes Abhängigkeitssyndrom haben. Das süchtige Verhalten ist ausgeprägt und es bestehen erhebliche Defizite in psychischen, sozialen und kulturellen Merkmalen, sowie deutliche Störungen im Bereich Aktivität und Teilhabe.

Die Rückfallvorbeugung und -bewältigung, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbereitung einer qualifizierten ambulanten Weiterbehandlung oder Nachsorge sind als Ziele vorgegeben. Die Analyse des Suchtverhaltens, der Veränderungsmotivation, der psychischen und sozialen Probleme kann jedoch auf wenig Vorerfahrungen und Ressourcen aufbauen und benötigt deshalb längere Zeit. Es gelten die phasenbezogenen Hausregeln (Telefonkontakte, Be-suche und Ausgänge), wie in der Hausordnung Therapiezentrum Brückle angegeben.

- **Langzeitmodul THC / Partydrogen – 18 Wochen**

Dieses Modul wird für Menschen mit Abhängigkeit von THC und Partydrogen ohne bisherigen Opiatkonsum bewilligt. Bei hochriskanten polytoxikomanen Konsummustern oder langjähriger krim-ineller Orientierung ist dieses Angebot nicht angezeigt. Die Rückfallvorbeugung und -bewälti-gung, die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Vorbereitung einer qualifizierten am-bulanten Weiterbehandlung und / oder Nachsorge sind als Ziele vorgegeben. Die Analyse des Suchtverhaltens, der Veränderungsmotivation, der psychischen und sozialen Probleme kann als Erstbehandlung ebenfalls auf wenigen Vorerfahrungen aufbauen. Es gelten die phasenbezoge-nen Hausregeln (Telefonkontakte, Besuche und Ausgänge), wie in der Hausordnung Therapie-zentrum Brückle angegeben.

- **Mittelzeitmodul – 16 Wochen**

Dieses Modul wird vergeben, wenn Fortschritte aus Vorbehandlungen bestehen und / oder klare Kompetenzen in der Teilhabe/Aktivität eingeschätzt werden, da z. B. noch ein Arbeitsplatz vor-handen oder die Abhängigkeitsentwicklung kurz ist. Da die Aufgaben der Behandlung, wie per-sönliche, soziale und berufliche Integration in kürzerer Zeit bewältigt werden sollen, muss bei diesen Rehabilitanden eine gute Kooperation und Zielstrebigkeit vorausgesetzt werden.

In der Mittelzeitbehandlung können anfänglich die psychische Stabilisierung und die offene Er-kundung von wichtigen Problembereichen erfolgen. Die Schwerpunkte der Behandlung müssen jedoch begrenzt werden auf die Rückfallbewältigung und -vorbeugung, die Festigung der Er-werbsfähigkeit und die Vorbereitung einer qualifizierten ambulanten Weiterbehandlung oder

Nachsorge. Mit den zuständigen Bezugstherapeuten/innen werden phasenbezogene Regelungen vereinbart. Die Außenorientierung in der Behandlung wird frühzeitig gefördert.

- **Kurzzeit- / Auffangbehandlung – 12 Wochen**

Dieses Modul ist für Rehabilitanden geeignet, die längere Abstinenz Erfahrungen haben oder eine Auffangbehandlung durchführen. Die Abstinenzmotivation muss gefestigt sein und der Auftrag ist auf den Aspekt Abstinenzstabilisierung und Rückfallvorbeugung gerichtet.

In der Kurzzeitbehandlung muss der Auftrag begrenzt werden und es gelten die Prinzipien der Selbstregulation, der Ressourcenaktivierung und der Außenorientierung. Schwerpunkte der Behandlung liegen neben der Rückfallbewältigung und -vorbeugung, in der Festigung der Erwerbsfähigkeit und in der Vorbereitung einer qualifizierten ambulanten Weiterbehandlung oder Nachsorge. Die Außenorientierung der Behandlung beginnt am ersten Tag und es werden individuelle Regelungen für Ausgänge und Heimfahrten getroffen. Dieses Angebot ist nur geeignet, wenn der Bewerber über ausreichende Ressourcen, sowie ein stabiles, unterstützendes Umfeld und Erfahrungen mit Abstinenz verfügt.

- **Kombibehandlung – 16 Wochen stationär + Ambulante Rehabilitation**

Die Kombinationstherapie setzt sich aus einer stationären und ambulanten Phase zusammen. Die Vorbereitung mit Diagnostik, Indikation und Antragsstellung wird von der Beratungsstelle geleistet. Die Indikationsstellung und das Formulieren der Ziele für die stationäre Behandlungsphase erfolgt in Absprache mit dem Therapiezentrum. Die Kombinationstherapie will abhängigkeitskranke Menschen zur Fortführung der Therapie im ambulanten Rahmen befähigen. Die Kriterien der Indikation für die Kombibehandlung sind je nach Grad der Beeinträchtigung durch die Abhängigkeit und müssen im Einzelfall überprüft werden.

Für den Rehabilitanden ist die Kombinationstherapie von Beginn an eine verbindlich geplante, einheitliche Rehabilitationsmaßnahme. Sie verknüpft ambulante und stationäre Anteile, die sorgfältig aufeinander abgestimmt sind. Sowohl bei der Aufnahme in das Therapiezentrum, als auch beim Wechsel in die ambulante Phase, finden Übergabegespräche statt, an denen der Rehabilitand und die Mitarbeiter/innen der Beratungsstelle und des Therapiezentrums teilnehmen.

- **Kombibehandlung – 16 Wochen stationär + Teilstationäre Rehabilitation**

Die Kombinationstherapie setzt sich aus einer stationären und teilstationären Phase zusammen. Die Vorbereitung mit Diagnostik, Indikation und Antragsstellung wird einer Beratungsstelle geleistet. In der stationären Behandlungsphase werden die Ziele der Behandlung ausdifferenziert und in den wesentlichen persönlichen Bereichen umgesetzt. In Absprache mit der teilstationären Phase werden verbindliche Zielsetzungen für suchtspezifische Inhalte und Ziele der sozialen und beruflichen Teilhabe formuliert. Beim Wechsel in die teilstationäre Phase finden telefonische und / oder persönliche Übergabegespräche statt, an denen der Rehabilitand und die Mitarbeiter/innen des Therapiezentrums und der teilstationären Klinik teilnehmen.

- **Adaptionsbehandlung – 12-14 Wochen**

Die Adaptionsphase im RehaHaus Gundelfingen nimmt bei verfügbaren Plätzen auch Rehabilitanden aus anderen Einrichtungen auf, die ihren Lebensmittelpunkt in die südbadische Region verlegen wollen. Die Adaption ist als externe Einrichtung selbstständig organisiert und dauert in der Regel 12 bis 14 Wochen. Mit dem Bewerber werden im Erstgespräch Ziele für die Adaptionsphase formuliert und weiterführende Zielvereinbarungen aus der voran gegangenen Behandlungsphase übernommen, revidiert oder neu angepasst.

- **Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform nach der stationären Behandlung**

Der Behandlungsbedarf zeigt sich erst während der stationären Rehabilitation. Aufgrund des Schweregrades und der Komplexität der Teilhabestörungen kann die stationäre Phase nicht verkürzt werden, die Rehabilitationsziele sind jedoch im ambulanten Rehabilitationssetting weiter zu

bearbeiten und es besteht eine günstige Prognose für die ambulante Phase. Die weiteren Behandlungsziele werden mit dem Rehabilitanden und mit der ambulanten Rehabilitationseinrichtung abgestimmt und der Antrag wird spätestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung bei der Rentenversicherung gestellt.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanungen

Bei der Aufnahme geht der Rehabilitand mit dem Therapiezentrum eine Behandlungsvereinbarung ein. Diese Vereinbarung beinhaltet die Verpflichtung zur Abstinenz und sich aktiv und kooperativ an der Behandlung zu beteiligen. Damit wird die Grundlage für alle weiteren Behandlungsschritte und -ziele geschaffen. Orientiert an den Zielen einer umfassenden Rehabilitation und Rückfallprävention erfolgt die sukzessive Ausarbeitung und Umsetzung individueller Behandlungsziele. Bei auffälligen Diskrepanzen in der Bewertung von Motivation und Zielerreichung oder bei übergreifenden Themen der Behandlungsplanung werden gesonderte Therapieplanungsgespräche mit den Rehabilitanden, der therapeutischen Leitung und den zuständigen Mitarbeitern/innen vereinbart.

Das übergeordnete Ziel des Rehabilitationsprozesses besteht in der Förderung einer selbständigen, abstinenten Lebensführung im Anschluss an die Behandlungsphasen.

Um dieses Ziel zu erreichen, liegt der Fokus der Behandlung im Therapiezentrum Brücke insbesondere auf den folgenden beiden Bedingungen bzw. Faktoren zur längerfristigen Verhaltensänderung:

- 1) Die Entwicklung förderlicher Copingstrategien für Belastungen und Risikosituationen, die bisher überwiegend mit dem Konsum von Suchtmitteln bewältigt wurden.
- 2) Die längerfristige Reintegration in einen abstinenten Lebensalltag und -stil.

Der Erwerb förderlicher Copingstrategien (1) dient der Stabilisierung des Patienten in seinem Verhalten und Erleben und verfolgt somit unmittelbar das Ziel einer Reduktion der psychopathologischen Symptomatik der Patienten und der damit einhergehenden Entwicklung salutogener Ressourcen. Bowen et al (2012) definieren den damit angestrebten Zielzustand als „mindfulness Life-Balance“. Ein Zustand, dem die Fähigkeit zur Achtsamkeit (Mindfulness) zugrunde liegt.

Im Zuge der psychischen Stabilisierung entwickeln die Rehabilitanden grundlegende Fähigkeiten zur Reintegration in einen abstinenten Lebensalltag (2) und erleben sich dabei zunehmend als selbstwirksam. Die steigende Selbstwirksamkeitserwartung fördert wiederum das Bedürfnis der Rehabilitanden dazu, sich unabhängig von ihrem bisherigen Konsumverhalten und den damit verbundenen psychosozialen Einschränkungen, ein eigenständiges, abstinentes Leben aufzubauen. (vgl. Bandura 1997). Es entsteht ein längerfristiger Lernprozess weg von einer defizitorientierten, kurzfristigen Bedürfnisbefriedigung (Suchtverhalten), hin zu einer wachstumsorientierten, nachhaltigen Lebensplanung (abstinentes, legales Leben).

Aufgrund mangelnder Erfahrungen mit einem abstinenten Lebensstil und einem strukturierten Alltag, ist auch bei diesem – im Idealfall selbstverstärkenden - Lernprozess eine gezielte therapeutische Begleitung erforderlich.

Während der Behandlung entwickeln die Patienten insbesondere durch praktische Erfahrungen in der Arbeitstherapie Selbstwirksamkeit im Hinblick auf Ihre zukünftige berufliche Leistungsfähigkeit. Die Erprobung in den einzelnen Arbeitsbereichen fördert dabei insbesondere eine realistische Einschätzung eigener Kompetenzen, Ressourcen und Leistungsgrenzen. Was sich wiederum förderlich auf die eigentliche Arbeitsleistung, -motivation und Belastbarkeit auswirkt. Gekoppelt mit Beratung zur beruflichen Reintegration (Berufswegeplanung, Bewerberplanung etc.) erlernen die Patienten somit zunehmend Kompetenzen zur eigenständigen Gestaltung ihres Berufsweges, was sich letztlich auch in einer Zunahme an Eigenmotivation zur beruflichen Reintegration niederschlägt.

Die beiden Lernprozesse (1) und (2), hin zu psychischer Stabilität, sowie zu einem strukturierten, abstinenten Alltag, erfolgen im Idealfall parallel während der Behandlung. Das bedeutet, die Zunahme an psychischer Stabilität geht im gleichen Maße einher mit einer zunehmenden sozialen Reintegration in einen abstinenten Lebensalltag. Auf diese Weise fördern sich beide Lernprozesse gegenseitig, im Sinne eines Selbstverstärkungsansatzes durch neue Erfahrungen mit einer stabilen, abstinenten Lebensführung (vgl. Kanfer et al, 2012; Bowen et al. 2012). Um die Förderung beider Lernprozesse im Behandlungsverlauf angemessen zu dosieren und die beschriebene Selbstverstärkung dabei gezielt zu unterstützen, wurde das so genannte BALANCE-Konzept (Erläuterung auf den folgenden Seiten) im Therapiezentrum Brücke entwickelt.

Dieses Konzept beschreibt die Entwicklung der Patienten im Behandlungsverlauf im Hinblick auf die beiden beschriebenen Lernprozesse und deren Wechselwirkung, sowie die dabei erworbenen Kompetenzen zum Selbstmanagement eines abstinenten und legalen Lebens.

Der gesamte Rehabilitationsprozess wird dabei in Phasen mit unterschiedlichen Zeiträumen, Maßnahmen und Zielsetzungen gegliedert. Im Rahmen des Klinikbudgets sind bei Versicherten der DRV Baden-Württemberg indikativ verkürzte oder verlängerte Behandlungszeiten möglich. In der Kurz- und Mittelzeitbehandlung werden diese Phasen entsprechend den individuellen Ressourcen und der Zielerreichung verkürzt bzw. durch ambulante Phasen der Vorbereitung oder Nachsorge ersetzt. Diese adaptive Angebotsplanung, Zielformulierung und Durchführung hat unterschiedliche Schwerpunkte in den verschiedenen Phasen der stationären Behandlung (Langzeit / Kurzzeit).

Das BALANCE-Konzept (benannt nach sieben BALANCE-Kriterien der Kompetenzentwicklung, s. S. 16) unterscheidet inhaltlich vier Phasen der Entwicklung der Rehabilitanden hin zu einer selbständigen, abstinenten Lebensführung.

Diese vier Lernphasen leiten sich aus den unterschiedlichen Wechselwirkungen der beiden Lernprozesse 1 und 2 im Behandlungsverlauf ab (s. Abb. 1).

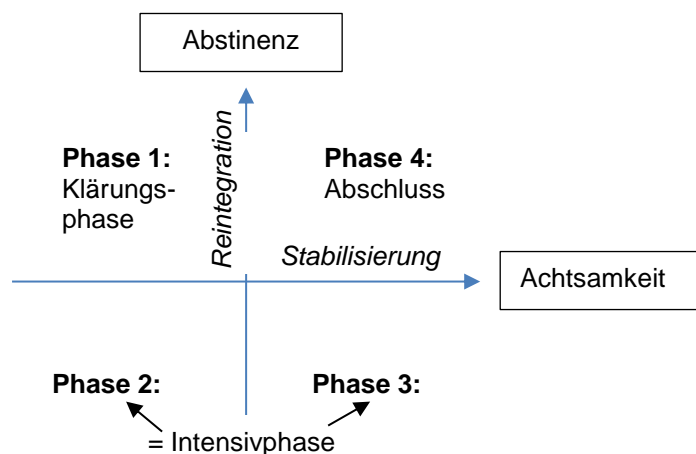


Abbildung 1: Wechselwirkung der Lernprozesse und Zuordnung der vier Phasen im BALANCE-Konzept

Phase 1: Die Klärungsphase

Je nach Einsicht und Motivation des Rehabilitanden und geplanter Rehabilitationsdauer ist die Klärungsphase unterschiedlich lang (eine bis acht Wochen). Neben der Diagnostik und Behandlungsplanung ist hier die Motivationsklärung und -festigung der wesentliche Schwerpunkt, um eine gemeinsame Zielformulierung zu erarbeiten. Die Indikationsstellung für die weitere Behandlungsplanung wird mit dem Rehabilitanden und den zuständigen Mitarbeitern/innen aus den Angebotsbereichen in der Behandlungskonferenz erarbeitet und abgestimmt. Dort werden die Befunde aus der medizinischen, edukativen und psycho-sozialen Ebene, der Aktivitäten und der Teilhabe und der personen- und umweltbezogenen Faktoren zusammengetragen und bewertet. Mit dem Rehabilitanden wird eine realistische Überprüfung der Fähigkeiten und des Berufswunsches im entsprechenden Arbeitsfeld der Arbeitstherapie und der Hausgemeinschaft vereinbart.

Auf dieser Grundlage werden für die Dauer der Gesamtbehandlung mit jedem Rehabilitanden die weiteren Behandlungsziele und -angebote überprüft und vereinbart.

Phase 2 und 3: Die Intensivtherapeutische Phase

Die zweite und dritte Lernphase des BALANCE-Konzepts bilden zusammen die Intensivphase der Behandlung.

Je nach Indikationsstellung, Zielvorgabe und Zielerreichung wird die Dauer der Intensivphase geplant (drei bis fünf Monate). Die Umsetzung, Überprüfung und gegebenenfalls Erweiterung der Ziele und Angebote bildet den Schwerpunkt dieser Phase. Zum Monitoring, das in der Regel vier bis sechs Wochen vor Abschluss dieser Phase stattfindet, werden die Ergebnisse der Behandlung von Rehabilitanden und Mitarbeiter/innen bewertet und die Dauer der Behandlung und die Art der Anschlussmaßnahmen darauf abgestimmt.

Phase 4: Abschluss der stationären Intensivphase

Die letzte Lernphase des BALANCE-Konzepts bildet den Übergang von der stationären Rehabilitation in die Anschlussbehandlung und/oder Nachsorgemaßnahmen.

Wenn nach der intensivtherapeutischen Phase die ambulante Reintegration vorbereitet wird, sind eine Wohnung, Arbeit und ein stabiles soziales Umfeld, sowie die Vorbereitung der ambulanten Nachsorge notwendige Standards für einen regulären Behandlungsabschluss. Bei Bedarf und mit Bewilligung vom Kostenträger vermitteln wir Rehabilitanden in die Adaptionsphase, die Tagesklinik oder das Betreute Wohnen anderer kooperierender Einrichtungen, um z. B. eine wohnortnahe Integration vorzubereiten.

Die vier Phasen des BALANCE-Konzepts im Überblick:

In der folgenden Tabelle werden die Entwicklungsschritte der Rehabilitanden während des Behandlungsverlaufs hinsichtlich der psychosozialen Stabilität und sozialen Reintegration, sowie die jeweiligen Zielsetzungen je Phase dargestellt.

Phasen der Therapie	Entwicklungsgrad hinsichtlich Stabilität	Entwicklungsgrad hinsichtlich Reintegration	Zielsetzung der Phase
Phase 1	Ausgeprägte Psychopathologie (dysfunktionale Automatismen noch sehr aktiv)	Fokus liegt auf Aufrechterhaltung der frisch erworbenen Abstinenz	Förderung der Selbstwahrnehmung: Die Patienten lernen, sich und ihre Bedürfnisse nüchtern und damit realistischer wahrzunehmen.

Phase 2	Erste Reduktion der psychopathologischen Symptomatik (Stabilisierung durch das Ankommen in der Behandlung)	Erprobung neuer, noch instabiler, Verhaltensmuster und dabei auch Rückfälle in dysfunktionale, abhängige Verhaltensmuster (gemeint sind nicht tatsächliche (Konsum-)rückfälle, sondern temporäre Rückschritte in dysfunktionales Verhalten und Erleben.)	Förderung der Selbstwirksamkeit: Die Patienten lernen an Erfolg und Misserfolg beim Erproben neuer, abstinenter Bewältigungsstrategien, sich auch ohne Konsum zu regulieren.
Phase 3	Entwicklung salutogener Verhaltensweisen, Zunahme an Achtsamkeit im Verhalten und Erleben	Verfestigung neu erworbener, abstinenter Verhaltensmuster durch regelmäßige Wiederholung im Behandlungsalltag. Temporäre Rückschritte werden dabei zunehmend als kontinuierlicher und zwingender Bestandteil des lebenslänglichen Lernprozesses erfahren.	Förderung der Selbstregulation: Die Patienten, übernehmen zunehmend Eigenverantwortung für das regelmäßige Training und die Regulation eines abstinenter Lebens.
Phase 4	Festigung salutogener Verhaltensweisen und Generalisierung auf ein höheres Maß an Selbstständigkeit nach der Behandlung	Eigenständige Anwendung der neu erworbenen abstinenter Verhaltensweisen	Förderung des Selbstmanagements: Die Patienten bereiten sich gezielt mit Maßnahmen zur Reintegration und Rückfallvorbeugung auf das eigenständige abstinente Leben vor.

Die beschriebenen vier Phasen entsprechen in ihrer Wirkungsweise den Stufen der Selbstregulation nach Kanfer (Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung; Kanfer et al. 2012):

Die Selbstwahrnehmung wird gefördert durch Selbstbeobachtung

Die Selbstwirksamkeit wird gefördert durch eine realistische Selbstbewertung

Die Selbstregulation wird gefördert durch gezielte Selbstverstärkung

Und das Selbstmanagement wird gefördert durch regelmäßige Rückkopplungsprozesse zwischen den einzelnen Stufen dieses Prozesses.

Therapieverlaufsevaluation anhand der BALANCE-Kriterien:

Um die Patienten in der Entwicklung ihrer Kompetenzen gezielt zu fördern, werden ihre Fortschritte anhand der folgenden sieben Kriterien - mit Zuordnung zu den vier Phasen der Behandlung – evaluiert.

Behandlungsphasen	Phasen und Konstrukte des Erwerbs von Selbstmanagementkompetenzen	Die 7 BALANCE-Kriterien bzw. Kompetenzen	D.h., die Kompetenz des Patienten ...
Klärungsphase	Phase 1: Selbstwahrnehmung	Bereitschaft	... eine ausreichende Bereitschaft zur Veränderung zu entwickeln
		Auftrag	... einen klaren Auftrag zur Behandlung zu formulieren
Intensivtherapeutische Phase	Phase 2: Selbstwirksamkeit	Lernziel	... sich konkrete Lernziele zu setzen
		Akzeptanz	... auch unangenehmes Erleben im Rahmen der angestrebten Verhaltensänderungen annehmen zu können
	Phase 3: Selbstregulation <i>und</i>	Neu-Wahrnehmung	... sich (kognitiv) flexibel auf den jeweils gegenwärtigen Moment einzulassen
		Compliance	... zur Aufrechterhaltung eines bereits begonnenen bzw. empfohlenen Lernprozesses
Abschluss der Behandlung	Phase 4: Selbstmanagement	Eigenständigkeit	... zur eigenständigen abstinenter und legalen Alltagsbewältigung

Die Evaluation der Entwicklungsfortschritte hin zur Life-BALANCE der Rehabilitanden findet während der stationären Behandlung im Therapiezentrum Brückle in Form von interdisziplinärer Fremdbeobachtung und zu drei Messzeitpunkten auch als Selbstbeobachtung jeweils zu Beginn bzw. Ende der vier Behandlungsphasen statt.

Mit den BALANCE-Kriterien vergleichbare Phasen und Merkmale der Verhaltensänderung finden sich u.a. im transtheoretischen Modell der Veränderung nach Di Clemente und Prochaska (1997) und im Sieben-Phasen-Modell therapeutischer Veränderung nach Kanfer et al. (2012). Die Anfangsbuchstaben der sieben BALANCE-Kriterien sind für das beschriebene BALANCE-Konzept namensgebend.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Für die umfassenden Zielsetzungen bei drogenabhängigen Rehabilitanden ist es notwendig, die Behandlung in einem interdisziplinären Team zu planen, die bedeutsamen Faktoren zu erfassen und in einem individuell erarbeiteten Behandlungsplan zusammenzutragen. Dieses Vorgehen berücksichtigt alle relevanten Informationen der verschiedenen Rehabilitationselemente, dient der

Zusammenführung der unterschiedlichen diagnostischen Hinweise und der indikationsgeleiteten Behandlungsplanung mit den individuell unterschiedlichen Bedingungen und Zielsetzungen.

Darüber hinaus ist es jedoch zwingend erforderlich, auch die gemeinschaftlichen Ziele im Sinne des sozialen Lernens in einer abstinentenorientierten Gemeinschaft zu fördern und ihre Umsetzung im Kontext von delinquenten, süchtigen oder destruktiven Verhaltensmustern beständig anzuleiten und zu überprüfen. Die Rehabilitanden müssen als aktive Partner der Behandlung gewonnen werden und die Verantwortung für ihre Behandlung, für die Veränderung des eigenen Problemverhaltens und die Gestaltung ihres aktuellen Lebensraumes übernehmen.

Das interdisziplinäre Behandlungsteam des Therapiezentrums Brückle bietet folgende therapeutische Leistungen an:

Angebot	KTL-Code	Häufigkeit	Dauer in min.	Angeboten durch
A Sport- und Bewegungstherapie				
Ausdauer- und Konditionsaufbau ohne Trainingsgeräte	A 552	nach Bedarf, mind. 1 mal pro Behandlung zur Überprüfung der körperlichen Fitness	60	Sporttherapeut*in (M.Sc.)
Kraft- und Konditionsaufbau an Trainingsgeräten	A 561	nach Bedarf, mind. 1 mal vor selbständigem Training im Fitnessraum als Überprüfung/Einweisung	60	Sporttherapeut*in (M.Sc.)
Muskeltraining in der Gruppe ohne Geräte	A 562	nach Bedarf	60	Sporttherapeut*in (M.Sc.)
Kraftorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln	A652	Nach Bedarf/Indikation	30	Sporttherapeut*in (M.Sc.)

Koordinationsorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln	A653	Nach Bedarf/Indikation	30	Sporttherapeut*in (M.Sc.)
Ausdauerorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln	A651	Nach Bedarf/Indikation	30	Sporttherapeut*in (M.Sc.)
C Information, Motivation, Schulung				
Vortrag „Suchtgedächtnis und Craving“	C 805	abwechselnd mit Vortrag Suchtgedächtnis jeweils alle 6-7 Wochen	90	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Ärztliche Beratung	C 552	nach Bedarf	15-60	Ärztliche Leitung/Facharzt für Sozialmedizin
Gespräch mit Arbeitgeber, Betriebsangehörige	C 580	nach Bedarf	30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Vortrag „Sucht und Trauma“(1 AE= 90 Min.)	C 600	abwechselnd mit Vortrag Suchtgedächtnis jeweils alle 6-7 Wochen	90	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Patientenschulung „Gesundheit und Lebensstil/Hygiene“	C 805	Mindestens 1 Mal zu Beginn der Behandlung bzw. der Tätigkeiten in Küche o. Bäckerei	60	Gesundheits- und Krankenpfleger*in/AT Küche bzw. Bäckerei

Fallkonferenz/Therapieplanung mit Patient	C 830	1 Mal im Behandlungsablauf nach 1/4 der Behandlungsdauer	30	Für den Patienten zuständige MA aus den Bereichen Bezugstherapie, Arbeitstherapie, Sozialberatung, Freizeitpädagogik und Pflege
D Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie				
Psychosoziale Beratung	D 551	nach Bedarf und als Erstanamnese in der Sozialberatung	30	Bezugstherapeut*in/Gesundheits- und Krankenpflegerin/Sozialberater*in
Sozialrechtliche Beratung: Wohnungsfragen	D 552	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung	D 552	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen	D 552	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Organisation zur Schuldnerberatung und -regulierung	D 552	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Beratung zu Leistungen zu Teilhabe am Arbeitsleben	D 561	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Ärztliche Beratung zur stufenweisen Wiedereingliederung	D 562	nach Bedarf	15	Ärztliche Leitung/Facharzt für Sozialmedizin

Beratung zu beruflichen Perspektiven und Berufsklärung	D 563	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Beratung zur schulischen Laufbahn	D 564	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Sonstige Rehaberatung zur beruflichen Integration	D 569	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)/Arbeitstherapeut*in
Sonstige Hilfen zu weiterführenden Maßnahmen wie MPU	D 579	nach Bedarf	30	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Gruppe Berufliche Orientierung und Integration	D 593	nach Bedarf	45	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
Gruppe Förderung der sozialen Kompetenz	D 596	nach Bedarf	45	Gesundheits- und Krankenpfleger*in (Bezugspflege)
Milieuthherapie als Großgruppe	D 630	wöchentlich 4 mal	60-90	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)

Gruppe zur Freizeitplanung	D 640	wöchentlich für alle Patienten	30	Freizeitpädagog*in
Vollversammlung/Plenum	D 640	nach Bedarf, z.B. bei Krisensituation oder erforderlicher Organisation in der Gruppe	Dauer Bedarf orientiert (insbesondere bei Krisensituationen in der Hausgemeinschaft)	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Gespräche mit Patient und Vor- und Nachbehandlern	D572	nach Bedarf, mind. 1 mal pro Therapie	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Gespräche zur Vorbereitung von Nachsorge und Selbsthilfe	D573	nach Bedarf, mind. 1 mal pro Therapie	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Sonstige Hilfen zur Nachsorge/Besuch der Selbsthilfegruppe	D579	nach Bedarf	15-60	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Freizeitpädagog*in
E Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie				
Einzel Anleitung / Fall- und Bilanzierungsgespräche	E 559	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)

Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Hauswirtschaft	E 571	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Hauswirtschaft	E 571	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe EDV/Büro	E 572	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Handwerk	E 574	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Garten	E 579	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen

Verhaltensbeobachtung zur Leistungsbeurteilung	E 602	6 * pro Behandlung	20	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
Gartentherapie Ergotherapeutische Behandlung	E 659	Indikativ/ 3 * wöchentlich	90	Arbeitserzieher*innen/-therapeut*innen
F Klinische Psychologie, Neuropsychologie				
Psychologische Beratung in Konfliktsituationen	F 551	nach Bedarf	20	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Psychologische Beratung bei berufsbezogenen Problemen	F 552	nach Bedarf	20-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Psychologische Beratung zur Orientierung	F 555	nach Bedarf	20-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Indikationsgruppe Tabakentwöhnung	F 578	nach Bedarf in der Patientengemeinschaft, d.h., bei erforderlicher Gruppengröße zur Tabakentwöhnung	60	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)

Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	F 612	nach Bedarf	45	Gesundheits- und Krankenpfleger*in/Sporttherapeut*in
Sonstige Entspannungsverfahren, Durchführung in der Gruppe (z.B. Yoga, Feldenkrais, meditat. Kampfkunst, Thai Chi, Qi Gong)	F 619	nach Bedarf	60	Feldenkraislehrer*in, Sporttherapie
Kunst- und Gestaltungstherapie in der Gruppe	F 703		90	Freizeitpädagog*in/Kunsttherapeut*in
G Psychotherapie				
Psychologische Therapie als Krisenintervention	G 551	nach Bedarf	15-60	Psychol. Psychotherapeut*in
Psychologische Therapie bei arbeitsweltbez. Problemen	G 552	nach Bedarf	15-60	Psychol. Psychotherapeut*in
Psychotherapie Einzel (approb. K.J./ Psychologe, 1	G 592	wöchentlich 1 Mal	30-60	Psychol. Psychotherapeut*in
Gruppenpsychotherapie	G 601/G602	wöchentlich	90/180 (14tg. im Wechsel)	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)

Suchttherapie als Krisenintervention	G 641	nach Bedarf	15-60	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Suchttherapie bei arbeitsweltbezogenen Problemen (1	G 642	nach Bedarf	15-60	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Suchttherapie Einzel (Sozialarb./päd., VDR- anerkannt;	G 652	1 mal wöchentlich	30-60	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in)
Indikationsgruppe Soziale Fähigkeiten	G 672	5 mal pro Behandlung/nach Indikationsbedarf	120	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Indikationsgruppen Abstinenz bzw. Rückfall-Vorbeugung	G 673	5 mal pro Behandlung/nach Indikationsbedarf	120	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Indikationsgruppe Delinquenz und Sucht	G 679	5 mal pro Behandlung/nach Indikationsbedarf	120	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Indikationsgruppe Motivation und Problemlösung	G671	5 mal pro Behandlung/nach Indikationsbedarf	120	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Gespräch mit Patient und Partner/Angehörigen	G 680	nach Bedarf	nach Bedarf	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)

Paar-/Familientherapie	G 700	nach Bedarf	nach Bedarf	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Paar-/Familientherapie	G 700	nach Bedarf	nach Bedarf	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
H Reha-Pflege und Pädagogik				
Anleitung für alltägliche Aktivitäten	H 560	nach Bedarf	15	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Blutdruck-Kontrolle	H 571	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Pulskontrolle	H 573	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in

Anleitung zur Gewichtskontrolle	H 574	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Blutzuckerkontrolle	H 575	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Kontrolle sonst. med. Parameter	H 579	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Inhalation	H 611	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur Wundversorgung oder Narbenpflege	H 621	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anleitung zur sonst. Therapie nach Verletzungen und Krankheiten der Haut	H 629	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in

Anleitung zur Medikamenteneinnahme	H 660	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Alltagsstrukturierende Gruppe	H 730	nach Bedarf	15-30	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Milieutherapeutische Aktivgruppe/Funktionsgruppe	H 730	14-tägig, alle Patienten	90	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in)
Supportives Gespräch zu Zielen, Motivation, Problemen	H 740	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Pädagogische Intervention bei Konflikt / Krise	H 750	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Pädag. Intervention in der Kleingruppe bei Konflikt/Krise	H 760	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in

Erlebnispädagogik in der Gruppe	H 770 W	nach Bedarf	nach Bedarf mind. 360	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Freizeitpädagog*in, Sporttherapeut*in
Umsetzung von Verhaltensveränderungen im Alltag	H 780	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Lernförderung zu Strategien, Training, Methoden einzeln	H 790	nach Bedarf	15-30	Bezugstherapeut*in (Suchttherapeut*in/Psychol. Psychotherapeut*in), Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Bewerbungstraining in der Gruppe	H 842	nach Bedarf	60	Sozialberater*in (Soziale Arbeit BA)
K Physikalische Therapie				
Inhalation	K 611	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Akupunktur, Akupressur	K 650	nach Bedarf	30-45	NADA-Akupunktur*in

Anlegen von funktionellen Verbänden	K 711	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
Anlegen Verbände, Kompressionstherapie, Wickel	K 713	nach Bedarf	15	Gesundheits- und Krankenpfleger*in
L Rekreationstherapie				
Sport und Bewegung in Freizeit z.B. Schwimmen, Wandern, Radfahren, ...	L 551	wöchentlich je nach Bedarf	30-90	Sporttherapeut*in, Freizeitpädagoge*in
Mannschaftssport, Ballsport oder Bewegungsspiel	L 552	wöchentlich je nach Bedarf	60	Sporttherapeut*in, Freizeitpädagoge*in
Strukturierte soziale Interaktion z.B. Musik und Bewegung, Hausfeste, gemeinsame Projekte, IG	L 560	nach Bedarf, mind. 1 mal pro Therapie	90-180	(Gesamte) Mitarbeiterschaft/Freizeitpädagoge*in
M Ernährungsmedizinische Leistungen				
Ernährungsberatung in der Gruppe	M 600	mind. 1 mal je Behandlung	90	Ökotrophologe*in

Psychoedukative Kochgruppe	M 622/621	nach Bedarf	90	Ökotropholog*in
Abstimmung einer energie-/nährstoffdefinierten Kostform	M551/2	nach Bedarf	15-30	Ökotropholog*in, Ärztliche Leitung/Facharzt für Sozialmedizin

Die Angebote im Rehabilitationsprogramm sind entsprechend der Behandlungsmodule in exemplarischen Wochenplänen für Patienten in der Intensivphase gegliedert (siehe Anhang). Besonderheiten in Frequenz und Dauer der Angebote werden je nach individueller Planung vereinbart.

Die Angebote werden im folgenden Kapitel (4.7) inhaltlich und im Hinblick auf ihre jeweilige Funktion weiter ausgeführt und beschrieben.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Das medizinische Gutachten beim Antrag zur Kostenübernahme, der Sozialbericht der vermittelnden Beratungsstelle und der Abschlussbericht der körperlichen Entzugsbehandlung liefern zur Aufnahme wichtige Informationen, die in die Behandlungsplanung einfließen. Zusätzlich werden im Einzelfall die Ergebnisse bisher durchgeführter medizinischer Untersuchungen oder früherer Rehabilitationsbehandlungen im Vorfeld angefordert. Grundsätzlich muss im leistungsrechtlichen Sinne geprüft werden, ob die benannten Störungen mit den zur Verfügung stehenden Mitteln mit Aussicht auf Erfolg gebessert oder beseitigt werden können.

Eine Bewerbung erfolgt durch den Bewerber direkt oder über den Kontakt zur betreuenden und vermittelnden Beratungsstelle. Mit Vorliegen der Kostenzusage schlagen wir einen Aufnahmetermin vor. Zur Abklärung von Fragen zur Behandlung oder zur Besichtigung der Einrichtung auch mit Angehörigen bieten wir ein Vorgespräch an. Bei Kurzzeit- oder Kombibehandlungen oder wohnortsnaher Behandlung ist dies obligatorisch.

Die Durchführung individualisierter Abhängigkeitstherapie erfordert bereits im Vorfeld der stationären Behandlung vonseiten des Kostenträgers und der Beratungsstellen eine selektive Indikationsstellung. Diese Indikationsstellung wird im Bewerbungsverfahren und mit Aufnahme der stationären Behandlung auf eine hinreichend günstige Prognose für die Diagnose, Motivation und Mitwirkungsbereitschaft geprüft.

Hierzu wird während der Bewerbungsphase vom Bewerber ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung bzgl. reharelevanter Kompetenzen erhoben und ausgewertet. Zudem werden der Sozialbericht und ergänzende Arztberichte/Vorbefunde eingehend hinsichtlich potentieller Kontraindikationen oder spezifischer Aufträge/Indikationen durch die therapeutische und ärztliche Leitung geprüft. Bei Bedarf zur Überprüfung oder spezifischer Vorbereitung auf eine Behandlung, der sich aus den Vorbefunden und den bis dahin erfolgten telefonischen Kontakten ergibt, erfolgt entsprechende Kontaktaufnahme und Klärung bzw. Beratung.

In der Regel wird der körperliche Entzug in einer qualifizierten medizinischen Einrichtung durchgeführt und der nahtlose Übergang in die stationäre Entwöhnung gewährleistet. Wenn der Bewerber in Absprache den körperlichen Entzug zu Hause durchführen kann, wird bei der Aufnahme in die stationäre Entwöhnung die Abstinenz mit dem Drogenscreening geprüft. Bei Bewerbern aus der Haft erwarten wir eine entsprechende Abstinenzphase und ausreichende Behandlungsmotivation, auch für die Veränderung von delinquenten Verhaltensmustern.

Die Motivationsschwankungen und Ambivalenzen einer Abhängigkeitserkrankung erfordern besonders in der Aufnahmephase klar geregelte Strukturen, um sowohl die fachlichen Standards als auch die persönlichen Bedürfnisse des Rehabilitanden angemessen und zeitnah erfüllen zu können. Alle Abläufe der Aufnahme sind im Qualitätsmanagementhandbuch mit Flussdiagrammen für die verschiedenen Bereiche der Patientenverwaltung, der therapeutischen, medizinisch / pflegerischen und psychotherapeutischen Betreuung beschrieben. Am Aufnahmetag wird die durchgehende Begleitung durch den Patiententagdienst gewährleistet und zur weiteren Eingewöhnung in den ersten Tagen und Wochen wird ein Mitpatient aus der Bezugsgruppe für die Unterstützung gewählt.

Es wird sichergestellt, dass am Aufnahmetag der aktuelle körperliche, allgemeinmedizinische Status erhoben wird, die ärztliche Anamnese mit den Vorbefunden abgeglichen wird und die erforderlichen medizinischen Verordnungen festgelegt und weitere fachärztliche Untersuchungen eingeleitet werden. Ebenso wird am Aufnahmetag mit der therapeutischen Aufnahme die Indikationsstellung geprüft, die Beeinträchtigungen, Erwartungen, Fragen und Ziele des Patienten besprochen und weitere Hilfen und Unterstützung für die Anforderungen der ersten Tage vereinbart. Die fachärztliche psychiatrische Diagnostik innerhalb der ersten drei Tage erhebt den aktuellen psychiatrisch-medizinischen Status, die psychiatrische Anamnese mit den Vorbefunden und klärt die erforderlichen medikamentösen Verordnungen.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

In Diagnostik und Behandlung ist darauf zu achten, welche Symptome und Beschwerden sich mit zunehmender Abstinenzdauer zurückbilden, wo problematische Zustände gezielte Maßnahmen erfordern oder durch die Aktivierung von Ressourcen und die Stabilisierung der Lebensumstände das individuelle Rehaziel nachhaltig gefördert werden kann.

Die Diagnostik während der Rehabilitationsmaßnahme besteht aus einer Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik und erfolgt nach den standardisierten Verfahren des ICD-10 und des ICF. Die Diagnosen und die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs werden in den jeweiligen Fachbereichen gestellt. Die Rehabilitationsplanung erfolgt durch eine gemeinsame Festlegung der individuellen Behandlungspläne, strukturiert nach Komponenten des ICF. Es werden Förderfaktoren und Hemmnisse, sowie Ressourcen und Beeinträchtigungen deutlich gemacht. Grundsätzlich gilt, dass die Befunde dem Rehabilitanden für die Behandlungsplanung verständlich gemacht und im weiteren Verlauf Schritt für Schritt mit konkreten Aufgaben umgesetzt und überprüft werden.



Diagnostik auf medizinischer Ebene

Die medizinische Eingangsdagnostik berücksichtigt Befunde und Berichte von Vorbehandlern wie Haus- und Fachärzten, Einrichtungen der Akutmedizin und Rehabilitation. Zu Beginn der Behandlung erfolgt eine umfassende medizinische Diagnostik um festzustellen, welche akuten oder chronischen Befunde vorliegen. Bei der strukturierten Statusbestimmung wird der aktuelle medizinische Behandlungsbedarf geklärt und weitere Diagnostik oder fachärztliche Differentialdiagnostik zur Abklärung von körperlichen oder psychiatrischen komorbiden Störungen eingeleitet. Während Urinkontrollen (qualitativ), Spirometrie, sowie die Bestimmung medizinischer Basiswerte, wie Blutdruck, Puls, Körpergewicht und -temperatur und spezifische orale/nasale Tests auf Krankheitserreger vor Ort durchgeführt werden können, werden weitere Laboruntersuchungen, inklusive Blutentnahmen, extern über Facharztpraxen durchgeführt. Eine quantitative Auswertung positiver Urinkontrollen im Schnelltest erfolgt ebenfalls extern über das MVZ Clotten in Freiburg.

Für die diagnostische Abklärung sind folgende komorbide Störungen (insbesondere bei somatischen Begleiterkrankungen ggf. mit entsprechender Vermittlung an Fachärzte) häufig relevant:

Körperliche Folgeerkrankungen

Virushepatitis (ICD-10; B15.-B19) oder HIV-Krankheit (ICD-10; B20.-B24)

Bei somatischen Befunden erfolgt die Vorstellung bei den zuständigen Fachärzten, wie z. B. in der Leberambulanz der Uniklinik Freiburg, um eine spezifische Diagnostik und Behandlung in Zusammenarbeit mit den Facheinrichtungen einzuleiten.

Medizinisch-psychiatrische Diagnosen

Alle Patienten haben zur diagnostischen Abklärung bei der Aufnahme ein Gespräch bei unserem Facharzt für Psychiatrie. Bei Verdacht auf neurologische oder psychiatrische Erkrankungen werden sie bei unserem konsiliarischen Psychiater zur weiteren Planung der medikamentösen Behandlung vorgestellt. Dies betrifft meist folgende Diagnosen:

Depressive Störungen (ICD-10; F32.-)

Bei den häufigen leichten oder mittelgradigen Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Der Schlaf ist gestört und das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind beeinträchtigt. Gedanken über eigene Wertlosigkeit und geringe Zuversicht für eine abstinente Lebensführung verstärken sich gegenseitig. Teilweise sind diese Symptome im Verlauf der längeren abstinenten Behandlung rückläufig, teilweise aber auch mit eigenständigem Krankheitswert.

Angst- oder Posttraumatische Belastungsstörungen (ICD-10; F40.-, F41.-, F43.-)

Eine Gruppe von Patienten hat bereits vor der Suchterkrankung begonnen, verunsichernde Situationen zu vermeiden und Ängste mit Suchtmitteln zu ertragen. Besonders bei Symptomen der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (wiederholtes Erleben des Traumas, Dissoziation, Vermeidung von Aktivitäten, gesteigerte Erregbarkeit) hat der Konsum von Drogen als kurzfristige Entlastungsstrategie sich chronifiziert. Die Belastungen und Befürchtungen des

Patienten werden in der Abstinenz wieder verstärkt wahrgenommen und erfordern eine spezifische Behandlung.

ADHS im Erwachsenenalter (ICD-10; F90.0, F90.1, F98.8)

Patienten mit hyperkinetischen Störungen haben meist schon in den Schuljahren einen Mangel an Aufmerksamkeit und Ausdauer, eine sprunghafte Tendenz und eine überschießende Unruhe und Aktivität. Die Leitsymptome sind auch im Erwachsenenalter auffällig. Sekundäre Komplikationen können mit kriminellen Verhaltensweisen, niedrigem Selbstwertgefühl, hohe Stimmungslabilität oder Gefühle der inneren Leere bestehen.

Während der Entwöhnungsbehandlung können der Umgang mit dieser Symptomatik und häufige Wechselwirkungen zum Suchtverhalten begleitend durch verhaltenstherapeutische Maßnahmen unterstützt werden. Erhält der Patient bereits eine Medikation zur ADHS-Symptomatik, werden nach dem psychiatrischen Aufnahmegespräch Wiedervorstellungstermine beim aufnehmenden Facharzt für Psychiatrie vereinbart, um die Medikation bei Bedarf an den Behandlungsverlauf und die Entwicklung der Symptomatik anpassen zu können.

Diagnostik auf edukativer und psycho-sozialer Ebene

Zur Diagnose der Abhängigkeitserkrankung wird mit der Suchtanamnese des Deutschen Kerndatensatzes (DKS) ein genauer Status über Art und Umfang des Substanzkonsums und verhaltensbezogener Süchte erhoben. Es wird erfasst, ob schädlicher Gebrauch oder Abhängigkeit vorliegt, in welchem Kontext das Suchtverhalten erfolgte, ob Zusammenhänge mit bestimmten Lebensereignissen, psychischen Belastungen oder persönlichkeitsbedingten Defiziten bestehen und wo schützende Faktoren oder Kompetenzen für die Abstinenz vorhanden sind. Der Informationsstand, die Problemeinsicht, die Abstinenzmotivation und -fähigkeiten sind weitere diagnostische Merkmale zum Abhängigkeitsproblem.

In der Diagnostik psychischer Strukturen und Prozesse ist es notwendig, eine differenzierte Sicht der psychischen Belastungen zu erhalten und im therapeutischen Gespräch die relevanten Ereignisse, Belastungen und Symptome zu explorieren. Dabei werden sowohl Aspekte der Motivation, der emotionalen und kognitiven Schemata, als auch der Defizite und Fähigkeiten für das beobachtbare Verhalten erfasst und in ihren auslösenden und aufrechterhaltenden Funktionen analysiert. In der störungsspezifischen Verhaltensanalyse wird dann ein individuelles Modell für die weitere Behandlungsplanung mit dem Rehabilitanden erstellt und die Durchführung und Überprüfung der Behandlungsmaßnahmen abgesprochen.

Bei jahrzehntelanger Abhängigkeit von illegalen Drogen und frühen psychischen und sozialen Belastungen in der Entwicklung entstehen männlichkeitsspezifische destruktive Verhaltensmuster, die den individuellen Persönlichkeitsstil stark prägen und oftmals als komorbide Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10; F60 - F69) für die Rehabilitation von Bedeutung sind. Diese spezifischen Persönlichkeitsstörungen sind anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen und auch unter längerfristiger Abstinenz erhalten bleiben.

Zur weiteren Diagnostik können folgende standardisierte Interviews oder Fragebögen zur Symptombewertung eingesetzt werden.

- **DKS** Deutscher Kerndatensatz zur Suchtanamnese
- **HEISA** Heidelberger Skalen zur Abstinenzsicherheit
- **KPC** Kurzfragebogen zum PC-Internetgebrauch
- **KFG** Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten
- **FTND** Fagerströmtest bei Nikotinabhängigkeit
- **IDCL 10** Internationale Diagnose Checklisten für psychische Störungen
- **IDCL 10 – P,** Internationale Diagnose Checklisten für Persönlichkeitsstörungen
- **SKID II** Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV – Achse II
- **HASE** Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene
- **IST 2000** Intelligenzstrukturtest zur Diagnostik der Leistungsfähigkeit

- **BDI** Becks Depression Inventar
- **BDI II** Beck-Depression-Inventar II
- **IES-R** Impact of Event Scale (Akute Belastung bei PTBS)
- **BSI** Brief Symptom Inventory
- **BAI** Beck-Angst-Inventar
- **VEV-VW** Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

Diagnostik von Ressourcen und Kontextfaktoren

Die Ressourcen und Fähigkeiten der Rehabilitanden und ihre Selbstverantwortung für den Rehabilitationsprozess werden in allen Angebotsbereichen bestimmt und gefördert. Die Fähigkeiten, Ressourcen, Unterstützungsfaktoren in der Familie, der Partnerschaft und im sozialen und beruflichen Umfeld werden erfasst und gezielt für die Behandlungs- und Nachsorgeplanung einbezogen.

Diagnostik auf der Ebene der Aktivitäten und Teilhabe

Die Diagnostik der Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft erfasst zu Beginn und im Verlauf der Behandlung, was die persönlichen Ziele sind und für welche individuellen Ziele und gemeinschaftlichen Aufgaben der Rehabilitand Kooperation entwickelt. Mit dem Schwerpunkt der Aktivität und Alltagsbewältigung wird der Rehabilitand ausdrücklich als aktiver Partner gefragt. Im Therapieverlaufsbogen und im Auswertungsbogen der Therapieziele werden die Entwicklungen und Veränderungen dokumentiert und gemeinsam ausgewertet.

Das Freizeitverhalten, die Neigungen und Interessen und die Fähigkeiten der Selbstbeschäftigung werden erhoben. Im Bereich der Gesundheitsförderung werden körperliche und sportliche Defizite und Fähigkeiten erfasst. Im Bedarfsfall erfolgt eine Leistungsdiagnostik zur Abklärung sprachlicher Fähigkeiten, der Rechtschreibung oder des Rechnens.

Die soziale Befunderhebung erfolgt mit der strukturierten Anamnese im Statusbogen der Sozialberatung zur Erfassung des Versicherungsstatus, der finanziellen, juristischen und beruflichen Perspektiven und von belastenden Faktoren wie z. B. unsicherer Aufenthaltsstatus, ungeklärte versicherungsrechtliche Fragen, unklare Verschuldung, offene Gerichtsverfahren oder unklare berufliche Vorstellungen. In der Beratung zur beruflichen Integration steht zu Beginn eine detaillierte Anamnese zur schulischen und beruflichen Ausbildung, zu Arbeitstätigkeiten, Arbeitsunfähigkeit und letzter Beschäftigung. Wichtiger Bestandteil in der Anamnese phase ist die Sicherstellung der notwendigen Dokumente, wie beispielsweise Schul- und Arbeitszeugnisse, Gesellenbriefe, Sozialversicherungsausweise, Aufenthalts- und Arbeitsgenehmigungen.

Die Diagnostik der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, der beruflichen Interessen und Kompetenzen erfolgt mit der strukturierten Anamnese im Statusbogen der Arbeitstherapie in Anlehnung an MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) zu den beruflichen Qualifikationen, dem letzten Arbeitsstatus und der Selbst- und Fremdeinschätzung der theoretischen und praktischen Leistungsbereitschaft und -fähigkeit wie soziale Merkmale (z. B. Teamarbeit, Kontaktfähigkeit), kognitive Merkmale (z. B. Problemlösen, Konzentration), Merkmale zur Art der Arbeitsausführung (z. B. Ausdauer, Sorgfalt), psychomotorische Merkmale (z. B. Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit) und Kulturtechniken / Kommunikation.

Mit der Aufnahmediagnostik werden die erwerbsbezogenen Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe mit dem Würzburger Screening (Löffler et al., 2009) anhand von neun Fragen zu den Themenbereichen „Subjektive Erwerbsprognose“, „Berufliche Belastung“ und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“ erhoben.

Der Fragebogen Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) erfasst Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen. Falls deutliche berufsbezogene Probleme am Arbeitsplatz festgestellt werden, werden in einem Therapieplanungsgespräch mit dem Patienten und dem zuständigen Bezugstherapeuten/in notwendige übergreifende Therapieziele vereinbart.

4.7.3 Medizinische Behandlung

In der medizinischen Rehabilitation trägt die ärztliche Leitung die fachliche Verantwortung für die Gesamtbehandlung in einem multiprofessionellen Team. Die medizinische Versorgung wird von dem leitenden Arzt in täglicher Sprechstunde und Betreuung, in regelmäßigen Visiten sowie in verbindlichen Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen durchgeführt. Die Vergabe von Medikamenten oder die Durchführung von krankenschwangerischen Leistungen erfolgt zu gesondert festgelegten Zeiten. Für die Vertretung der medizinischen Behandlung in Krankheits- und Urlaubszeiten besteht eine vertragliche Vereinbarung mit einem Facharzt für Allgemeinmedizin und Suchtmedizin in unmittelbarer Nähe. Weiterhin bestehen regelmäßige Kooperationen mit niedergelassenen Fachkollegen (Zahnarzt, Augenarzt, HNO-Arzt, Internist, Orthopäde) zur fachärztlichen Abklärung und Behandlung. Bei medizinischen Notfällen ist die sofortige Einschaltung des ärztlichen Notdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden über alle Telefone im Haus geregelt. Danach erfolgt die umgehende Information der Rufbereitschaft in Notfallsituationen, wie im Tagesjournal festgelegt.

Bei jeder Neuaufnahme werden von unserem Facharzt für Psychiatrie die psychiatrische Anamnese und Befunde erhoben. Bei psychiatrischen Symptomen und Diagnosen und einer guten Compliance wird die medikamentöse Behandlung eingeleitet und gemeinsam mit unserem Arzt durchgeführt. Es besteht eine vertraglich vereinbarte Kooperation mit einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie in räumlicher Nähe, sodass eine sofortige und regelmäßige Zusammenarbeit, die Erreichbarkeit in Krisenverläufen und die Vertretung in Abwesenheit gewährleistet. Regelmäßig finden im Therapiezentrum unter Leitung des kooperierenden Facharztes für Psychiatrie die Fachkolloquien zu psychiatrischen Maßnahmen und die Überprüfung der medikamentengestützten Behandlung mit dem behandelnden Arzt, den psychologischen Psychotherapeuten und den Bezugstherapeuten/innen statt und es werden die Behandlungsstrategien und -verläufe abgesprochen und überprüft.

In der täglichen ärztlichen Sprechstunde erfolgt die Aufklärung über Begleit- und Folgeerkrankungen der Abhängigkeit, die Behandlung interkurrenter Erkrankungen, die Beratung in Fragen einer gesundheitsbewussten Lebensführung oder des Umgangs mit dauerhaften Beschwerden. Da oft die Selbstfürsorge, Eigenverantwortung und die Wahrnehmung von Körperempfindungen erheblich gestört sind, sind eine verständliche Vermittlung und regelmäßige Informationsveranstaltungen über gesundheitsbewusstes Verhalten, Infektionserkrankungen, Hygiene- und Ernährungsfragen erforderlich. Rehabilitanden, bei denen eine Indikation zur Nikotinabstinenz besteht (Lungen-, Herz- oder Gefäßerkrankungen) oder deren eigener Wunsch es ist, das Rauchen aufzugeben, werden über die Angebote der Nikotinsubstitution und des Nichtrauchertrainings beraten.

Körperliche und psychosomatische Störungen des Allgemeinzustandes und des Bewegungsapparates sind durch gezielte spezifische therapeutische und medikamentöse Maßnahmen, sowie durch eine Veränderung selbstschädigender Gewohnheiten zu beeinflussen. Die Eigeninitiative von Rehabilitanden und gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Selbstfürsorge werden unterstützt und begleitet. Beschwerden des Bewegungsapparates sind durch Fitness- und Bewegungstraining, Yoga-, Feldenkrais-, oder Entspannungsübungen günstig zu beeinflussen. Diese Maßnahmen und Aktivitäten werden in der medizinischen Diagnostik zu Beginn indikativ verordnet.

Zu den ärztlichen Aufgaben gehört weiterhin die Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit, die aktuelle Auswirkung auf die Behandlungsfähigkeit und die Vermittlung behandlungsrelevanter, medizinischer Fachinformationen an zuständige Mitarbeiter/innen. Der Arzt berät Rehabilitanden bei Fragen zur beruflichen Integration, zur beruflichen Wiedereingliederung und zu Fragen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und leitet bei Bedarf entsprechende Abklärungen und Untersuchungen ein.

4.7.4 Psychotherapeutische Angebote

4.7.4.1 Psychotherapeutische Einzel- und Gruppengespräche

Den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Einzel- und Gruppentherapie sind jeweils sieben Rehabilitanden zugeordnet, für die sie die zentrale Bezugsperson im Rehabilitationsprozess sind. Vom Aufnahmegespräch über Anamnese und Behandlungsplanung begleiten sie den Patienten und moderieren den Behandlungsablauf. Methodik und Intervention richten sich nach der individuellen Verhaltens-/ Problemanalyse und den entsprechenden Indikationsentscheidungen.

In der einzel- und gruppentherapeutischen Arbeit kommt die, im therapeutischen Konzept und den Leitlinien beschriebene Methodik, mit verschiedenen einsichts- und bewältigungsorientierten, erlebnisaktivierenden und interpersonellen Verfahren zum Einsatz. Neben den suchtttherapeutischen Zusatzausbildungen liegen die Kompetenzen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in unterschiedlichen psychotherapeutischen Schwerpunkten (Verhaltenstherapie, Integrative Therapie, Psychodrama, systemische Therapie, Familientherapie, Psychotraumatheorie, EMDR). Die therapeutische Arbeit im Therapiezentrum ist unter der Leitorientierung einer verhaltenstherapeutischen Behandlungsplanung und -durchführung einem sinnvollen Methodenpluralismus verpflichtet.

Ausgangspunkt der Einzeltherapie ist das Erarbeiten und Realisieren eines differenzierten Behandlungsplans. Ausgehend von der Diagnostik individueller Abhängigkeitsmuster, persönlicher Verhaltensdefizite und Ressourcen werden individuelle Ziele formuliert und überprüft. Die psychotherapeutischen Aufgaben stehen in enger Kooperation mit den Angeboten der anderen Fachstellen. Spezifische diagnostische Einschätzungen zur aktuellen Befindlichkeit, zur Motivation, zu generellen Verhaltensmerkmalen und Persönlichkeitseigenschaften, zur Leistungsbereitschaft und -fähigkeit, zu besonderen Ressourcen und Defiziten werden in Bezug zu den Zielen der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung erhoben und ausgetauscht. Ebenso ergeben sich Strategien und Ziele aus den diagnostischen Einschätzungen von komorbiden Störungen und Rückmeldungen aus den anderen Behandlungsbereichen.

In jeder Behandlungswoche werden verschiedene psychotherapeutische Angebote durchgeführt, die sich wie folgt verteilen:

- Einzelgespräche mit wöchentlich je 50 Minuten
 - Bei Bedarf zusätzliche Termine für weitere Einzel-, Paar- oder Familiengespräche
- In 14-tägigem Rhythmus einmal oder zwei Mal 90 Minuten therapeutische Bezugsgruppe (KTL G 601/G602; 6-8 Patienten), geleitet durch Suchttherapeut*innen und/oder Psychologische Psychotherapeut*innen
- zwei Mal 75 Minuten therapeutische Indikationsgruppe (KTL: G672/673/679/671)

Die Bezugsgruppen mit sieben Patienten sind ein kontinuierliches, beziehungsorientiertes Kleingruppenangebot zur Veränderung dysfunktionaler Emotionen, Kognitionen und Verhaltens- und Beziehungsmuster. Problemlöseverhalten wird eingeübt, psychische und soziale Fähigkeiten aufgebaut und Ressourcen verstärkt. Da die Mitarbeiter/innen im Tandem sich wechselseitig vertreten, ist eine Kontinuität in der Umsetzung der individuellen Behandlungsplanung auch in Urlaubszeiten gewährleistet. Die Methodik orientiert sich an der aktuellen Dynamik der Gruppe und umfasst strukturorientierte, psychoedukative und erfahrungsaktivierende Interventionen.

Suchtspezifische Maßnahmen

Die Abstinenz in der Behandlung wird durch Alkoholkontrollen und Drogenscreenings mit regelmäßigen Stichproben und bei Auffälligkeiten überprüft. Bei mehrtägigen Heimfahrten testen wir mit einem Langzeitnachweis. Jeden Abend kontrolliert der Patientenabenddienst auf Anwesenheit und Auffälligkeiten und informiert bei Bedarf den Nachtdienstmitarbeiter. Wir fördern die Mitwirkung und Kompetenz der Patienten, die Abstinenzorientierung immer wieder zu prüfen und mit klaren Verhaltensweisen zu stabilisieren.

Der Umgang mit Rückfall, Rückfallphantasien, Craving sowie süchtigen Verhaltensmustern, die zu einer Rückfallgefährdung führen können, sind ständiges Thema in den Einzeltherapien und Gruppenangeboten. In den psychoedukativen Veranstaltungen werden suchtspezifische Themen wie Neurobiologie, Suchtgedächtnis, Craving und Risikofaktoren vermittelt und die persönlichen Konzepte diskutiert und überprüft. In den indikativen Angeboten zur Abstinenzmotivation, Rückfallvorbeugung und -bewältigung werden gezielt der Aufbau von Abstinenzzuversicht, Vorbeugungs- und Bewältigungskompetenzen angestrebt. Eine durchgängige Abstinenz in der stationären Phase ist keine Gewähr, dass diese auch nach der Behandlung gehalten werden kann. Sie ist aber Voraussetzung für eine tragfähige Abstinenzzuversicht und das Formulieren längerfristiger Abstinenzziele für die Zeit der Adaption, im Betreuten Wohnen und der Nachsorge.

Neben der Hauptdiagnose der stoffgebundenen Drogenabhängigkeit entwickeln sich zum Teil weitere **verhaltensbezogene Formen der Sucht**. Diese zusätzlichen Diagnosen betreffen:

- Störungen des Essverhaltens (ICD-10; F50)
- Schädlicher Gebrauch von nicht abhängigkeiterzeugenden Substanzen (ICD-10; F55.5 Steroide und Hormone)
- Störungen der Impulskontrolle (ICD-10; F63):
 - Pathologisches Spielen (ICD-10; F63.0)
 - Schädlicher PC-/Internetgebrauch (ICD-10; F63.8)
 - Sexuelle Verhaltenssucht (ICD-10; F63.9)

In der Gesamtbehandlung werden diese Störungen der nicht stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen in der Einzeltherapie mit den suchtspezifischen Zielen bearbeitet und in der Vorbeugung von zukünftigen Rückfallrisiken besonders berücksichtigt. Je nach Problematik ist hier die Klärung der Veränderungsmotivation, der Verlauf und die Funktion des Verhaltens, internaler und externaler Verstärker und der Zusammenhänge mit persönlichen oder interaktionellen Schwierigkeiten erforderlich. Es werden besondere Maßnahmen zur Verhaltensregulation, Accountlöschung, Internetbeschränkung, Geldmanagement, Schuldenregulierung, etc. schriftlich festgelegt. Bei Bedarf werden in thematischen Einheiten die Besonderheiten und Risiken dieser süchtigen Verhaltensweisen in den Gruppen vertieft.

4.7.4.1.1 Bezugstherapie bei THC- und Partydrogenkonsum

Drei Bezugsgruppen (KTL G601/602), geleitet durch DRV-anerkannte Suchttherapeut*innen und psychologische Psychotherapeut*innen, bieten bei der Hauptindikation von THC- und Partydrogenkonsum ein beziehungsorientiertes Kleingruppenangebot. Die Patienten erhalten durch einen eigenständigen Wohnbereich in einem separaten Stockwerk die Gelegenheit, sich in ihren eigenen Peergruppen zu orientieren. Im geschützten Rahmen der suchtspezifischen Bezugsgruppe (bestehend aus 6-8 Patienten) wird Alltagsverhalten thematisiert, Konflikte und Probleme werden besprochen, eigene Erfahrungen werden ausgetauscht und die Besonderheiten des THC- und Partydrogenkonsum herausgearbeitet. Die Gemeinsamkeiten im süchtigen Verhalten werden in diesen Bezugsgruppen mit der biographischen Arbeit zugänglich und mit der Formulierung von suchtspezifischen Risiken und Zielen überprüfbar kommuniziert. Bei Bedarf werden die Gruppen zu einem Tandem zusammengefasst, um gemeinsame Gruppenthemen besser darstellen und erarbeiten zu können. Für jüngere Patienten sind die alterstypischen Themen der adoleszenten Phase, die Ablösung aus jugendlichen Versorgungsbezügen, die Entwicklung einer altersangemessenen Persönlichkeit und der Aufbau und die Vertiefung eines realistischen Krankheitsbildes bedeutsam.

Die Bezugsgruppen finden für alle Patienten mit einer Dauer von 60 und 120 Wochen in 14-tägigem Wechsel statt.

In häufigen Alltagskontakten des/der therapeutischen Mitarbeiters/in werden die Patienten bei der Umsetzung von Zielen im sozialen Kontext der Hausgemeinschaft stärker begleitet. Gerade für jüngere Patienten hat die persönliche Anbindung an den/die Mitarbeiter/in und an ihre

gleichaltrige Peergroup eine wichtige Orientierungshilfe. Wir lassen dem alterstypischen Verhalten ausreichend Raum, um das Ausprobieren von eigenen Fähigkeiten und das Bedürfnis nach Abgrenzung als jugendtypische und notwendige Entwicklungsschritte zu fördern. Die Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting wird durch intensive Kontakte und die Begleitung von Aufgabenstellungen im Alltag ergänzt, um die Patienten in ihren Erfolgen zu bestärken und in ihren persönlichen Entwicklungsthemen dauerhaft zu unterstützen.

In der Einzeltherapie werden persönliche Behandlungsziele formuliert, eine längerfristige Behandlungs- und Nachsorgeplanung entwickelt und wenn möglich, die Familie in die Behandlung mit einbezogen. In Bezug auf die Konsumerfahrungen wird das subjektive Modell der Abhängigkeit von so genannten weichen Drogen differenziert. Typische Entwicklungen, Konsummuster und Risiken werden erarbeitet und die Krankheitseinsicht vertieft. Besonderheiten wie der schädliche Gebrauch von Alkohol, Medikamenten oder synthetischen Rauschmitteln werden in den Bezugsgruppen regelmäßig vertieft und mit den spezifischen Risiken z.B. toxische Wirkungen von synthetischen Substanzen oder drogeninduzierte Krisen (depressive, aggressive oder psychosene Erlebnisse) bearbeitet. Eine Vermittlung der neurobiologischen, psychologischen und sozialen Risikofaktoren des Cannabiskonsums dient der Entwicklung einer realistischen und differenzierten Krankheitseinsicht, die oftmals durch Fehlannahmen von „nicht süchtigem Cannabiskonsum“ verhindert wurde.

Neben den stoffgebundenen Abhängigkeiten treten häufig die Formen des schädlichen PC / Internetgebrauchs auf und zeigen sich mit Onlinespielen (World of Warcraft), PC-Spielen (Ego-shooter) oder Glücksspielen im Internet. Der Drogen- und Medienkonsum erhält eine funktionale Bedeutung und wechselseitige Verstärkungsmöglichkeit mit den längerfristigen Folgen von starken Vermeidungstendenzen in sozialen und beruflichen Anforderungen, ausgeprägten Selbstwertstörungen und zwischenmenschlichen Problemen mit sozialem Rückzug. Der Cannabiskonsum fördert das überwertige Immersionserleben, die vollständige Versunkenheit und Identifikation in den virtuellen Charakteren. Die leistungssteigernden und anregenden Substanzen begünstigen die extrem langen Wachphasen und die Konzentration, die für dieses Verhalten erforderlich sind.

In der Gruppe der Cannabiskonsumern sehen wir häufig sozial auffällige Patienten mit amotivationale Syndrom. Die chronifizierte Defizite, wie z.B.: Verschlafen, Vergessen, „Null-Bock-Haltung“ sind nicht in vergleichbarem Maß sozial schädigend, aber erfordern meist ein strukturiertes, systematisches Training (Verhaltensanleitungen, -protokolle und -verträge, Terminkalender, Merkheft u. a.), um die kognitiven und motivationalen Defizite wieder auszugleichen.

In der Einzeltherapie und in thematischen Einheiten in den Bezugsgruppen werden die Besonderheiten und Risiken dieser süchtigen Verhaltensweisen vertieft und weitere spezifische Maßnahmen und Ziele abgesprochen: Spezielle Anamnese zum Pathologischen PC-/ Internetgebrauch, funktionales Störungsmodell, Vereinbarungen mit geregelten Internetbeschränkungen, Aufbau von funktionaler Mediennutzung, begleitete Rituale zur Distanzierung wie Kontaktverabschiedung oder Accountlöschung, Motivierung zur Teilnahme an spezifischen Angeboten der Nachsorge und Selbsthilfe, etc.

4.7.4.1.2 Bezugstherapie bei Opiatkonsum

In drei Bezugsgruppen (KTL G601/602), werden Patienten mit langjähriger Opiatabhängigkeit, Substitutionsbehandlung oder polytoxikomanem Drogenkonsum aufgenommen. Diese Patienten haben meist eine stärkere körperliche Abhängigkeit, eine hohe Risikodynamik des Substanzkonsums (Alkohol, Opiate/Substitutionsmittel, Benzodiazepine, ...) und belastende Grenzverletzungen und Gewalterfahrungen in der illegalen Drogenszene erlebt und müssen in der Rehabilitation komplexere Folgeprobleme der Abhängigkeitserkrankung bewältigen. Die Veränderung von dysfunktionalen Verhaltens- und Beziehungsmustern wird durch delinquente Lebensstile und Einstellungen überlagert und erschwert. Die Gemeinsamkeiten von süchtigen und delinquenten Verhaltensweisen (Ehrencodex, sucht- und hafttypische Verhaltensweisen) werden in den Bezugs-

gruppen besprochen und die notwendige Motivation für sucht- und delinquenzspezifische Veränderungsziele verstärkt und vertieft. Bei Bedarf werden die Gruppen zu einem Tandem zusammengefasst, um gemeinsame Gruppenthemen besser darstellen und erarbeiten zu können. Die spätere therapeutische Arbeit mit biographischen Erfahrungen und Belastungen erfordert eine selbstkritische Veränderungsbereitschaft und die Formulierung einer konkreten Legalentscheidung, die überprüfbar formuliert werden. Im Alltag der Hausgemeinschaft werden die Patienten bei der Umsetzung von Zielen begleitet und müssen ihre Mitwirkungsbereitschaft durch direktes Ansprechen und eine glaubwürdige Kommunikation sichtbar werden lassen.

Die Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting erfordert zunächst eine belastbare Arbeitsbeziehung zur Begrenzung von selbst- und fremdschädigenden Impulsen. Eine deutlich stärkere Belastung zeigt sich in den ersten Monaten beim Craving (Suchtdruck) der langjährig substituierten Opiatkonsumenten, die wiederkehrend unter Konsumphantasien und Rückfallgedanken leiden. Typische Merkmale der Abhängigkeit, polytoxikomane Konsummuster, Suchtverlagerung und besondere Risiken des chronifizierten Konsums werden im Einzel- und Gruppensetting erarbeitet und die Krankheitseinsicht vertieft. Besonderheiten wie der wechselnde Gebrauch von Alkohol, Medikamenten und Opiaten werden regelmäßig thematisiert und mit den spezifischen Risiken z.B. bei Überdosierung (Erlebnisse der Selbst- und Fremdgefährdung) aufgearbeitet.

4.7.4.2 Indikative Maßnahmen bei komorbiden Störungen

In der stationären Rehabilitation von drogenabhängigen Männern zeigen sich die komorbiden Störungen in Abhängigkeit vom Lebensalter, Lebensumfeld und den individuellen Kompetenzen in unterschiedlicher Ausprägung. In der Behandlung ergeben sich daraus unterschiedliche Strategien bei den komorbiden Störungen. Folgende Ziele sind dabei allgemein zu verfolgen:

- Maßnahmen zur Stabilisierung der psychischen Störung
 - Erhöhung von Krankheitseinsicht und Compliance, ggf. auch bezüglich der medikamentösen Behandlung
 - Erwerb von Fähigkeiten zur Früherkennung von Krankheitsprozessen
 - Erwerb von Strategien zur Bewältigung von Risikosituationen
 - Motivierung zu einer weiterführenden ambulanten Behandlung
- Maßnahmen zur Stabilisierung der Abhängigkeitsproblematik
 - Erkennen der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen
 - Aufbau und Stabilisierung von Abstinenzsicherheit und Rückfallprophylaxe
 - Erlernen eines befriedigenden Lebensstils ohne Suchtmittel
- Maßnahmen zur Stabilisierung der Doppelproblematik
 - Akzeptieren der Doppelproblematik sowie Erkennen und Verstehen der Zusammenhänge zwischen Suchtproblemen und psychischer Störung
 - Aufbau von Kompetenzen der Stressbewältigung
 - Einbezug und Förderung von Ressourcen
 - Aufbau von stabilisierenden Alltagsstrukturen
- Maßnahmen zur Nachsorge
 - Einbeziehung der Angehörigen in Aufklärung und Rückfallprävention
 - Informationen zur Weiterbehandlung und Vermittlung an Fachdienste
 - Vereinbarungen zu Nachsorge und Selbsthilfe

Jeder Patient wird in den ersten drei Tagen vom Facharzt für Psychiatrie aufgenommen und eine diagnostische Abklärung vorgenommen. Bei Bedarf wird eine psychiatrisch-medikamentöse Behandlung durch den Facharzt für Psychiatrie eingeleitet und mit den Bezugstherapeuten die psychotherapeutische Behandlung abgestimmt. Während der Intensivphase sind die psychoedukativen und therapeutischen Angebote im Einzel- oder Gruppensetting wesentliche Maßnahmen für

die Stabilisierung, Mitwirkungs- und Veränderungsbereitschaft. Zum einen wird so die ausreichende Kooperation unterstützt und den Patienten die Möglichkeit gegeben, eine differenzierte Krankheitseinsicht zu erlangen und eine stabile Behandlungsentscheidung zu treffen. Es ist somit erforderlich, die längerfristigen Folgen von komorbiden Störungen zu vermitteln, die unterschiedlichen Symptome (körperlich, psychisch, sozial) anhand des Störungsmodells zu erklären und die unterschiedlichen Reaktionsebenen (Gedanken, Gefühle, Verhalten) zu erkennen. Die verschiedenen Möglichkeiten (Setting, Methode, Zeitpunkt, Intensität) der spezifischen medizinisch-therapeutischen Behandlung werden vorgestellt, individuell vereinbart und im weiteren Verlauf angepasst.

Abhängigkeit und Psychische Störungen

Psychische Symptome der Depression oder der Angststörung, die sich nach dem Entzugssyndrom nicht vollständig zurückbilden, sind für die Patienten sehr belastend, da sie keine angemessenen Copingstrategien aufgebaut haben, solche Erfahrungen ohne Drogengebrauch zu bewältigen. Zu Beginn müssen die Patienten zunächst über geeignete Angebote entlastet und stabilisiert werden. Hierzu gehören individuelle Vereinbarungen mit Nicht-Abbruch-Verträgen, Non-Suizid-Vertrag, Angebote für zusätzliche stützende Einzelgespräche und Kriseninterventionen und Möglichkeiten der körperlichen und psychischen Entspannung. Grundlegende psychoedukative Informationen und eine diagnostische Abklärung bei unserem konsiliarischen Psychiater erleichtern die Akzeptanz und das Verständnis der eigenen Symptomatik und schaffen die notwendige Compliance für eine differenzierte psychotherapeutische und wenn notwendig, medikamenten-gestützte Behandlung. Im weiteren Behandlungsverlauf werden erste Bewältigungskompetenzen für die spezifischen Symptome in den persönlichen Zielsetzungen formuliert. Im letzten Drittel der Behandlung erfolgt die Integration der besonderen Risiken für die Rückfallvorbeugung und die Vorbereitung und Vernetzung mit psychologischen / psychiatrischen Angeboten im ambulanten Setting.

Abhängigkeit und Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom

Bei Patienten mit ADHS im Erwachsenenalter sind in der Anamnese die Angaben zu Beeinträchtigungen in Schule, Beruf, Familie und Partnerschaft zu berücksichtigen und wenn möglich wichtige Bezugspersonen mit einzubeziehen. Aufgrund des Mangels an Aufmerksamkeit und Ausdauer wird die impulsive Unruhe meist zu Beginn der Behandlung eine Schwierigkeit in der Eingewöhnung und produktiven Beteiligung. Die Patienten brauchen zunächst Hilfestellungen für ein geeignetes Stressmanagement mit einfachen Möglichkeiten der Aufmerksamkeitslenkung und Impulskontrolle. Diese Möglichkeiten werden in persönlichen Verhaltensverträgen formuliert und in der Hausgemeinschaft bekannt gegeben, damit der Negativkreislauf von psychischer Symptomatik und sozialen Folgebelastungen positiv unterbrochen wird. Im weiteren Verlauf werden die Hintergründe und Wechselwirkungen der Symptomatik der ADHS und der Abhängigkeit ausgewertet und produktive Kompetenzen der Konzentrationsfähigkeit, der Entspannungsfähigkeiten, der Affektkontrolle, der kognitiven Alltagsstrukturierung und der aktiven Sport- und Freizeitgestaltung aufgebaut. Eine medikamentöse Behandlung im stationären Setting ist im Einzelfall möglich (begleitet durch Termine beim aufnehmenden Facharzt für Psychiatrie). Grundsätzlich wird aufgrund der suchtspezifischen Risiken jedoch nach entsprechendem Aufbau von Verhaltensstrategien zur Selbstregulation eine frühzeitige Abdosierung vor Abschluss der Behandlung angestrebt.

Abhängigkeit und posttraumatische Belastungsstörungen

Bei Patienten mit PTBS werden die Symptome (wiederholtes Erleben des Traumas, Dissoziation, Vermeidung von Aktivitäten, gesteigerte Erregbarkeit) zu Beginn der Entwöhnung infolge der Abstinenz belastender wahrgenommen. Eine psychiatrisch-medikamentöse Behandlung kann im Einzelfall bei traumaspezifischen Belastungen die Behandlung stabilisieren und die Voraussetzungen für eine spätere Traumabehandlung ermöglichen. Es werden frühzeitig Informationen über den Ablauf und die längerfristigen Folgen von traumatischen Ereignissen vermittelt und Möglichkeiten der Stabilisierung mit Gegenwartsankern, Distanzierungs- und Orientierungstechniken oder Möglichkeiten der sozialen Unterstützung eingeleitet. Im Einzelgespräch werden

relevante Ressourcen und Belastungen exploriert und die empfundene Belastung (SUD) damals und heute skaliert. Genauere Informationen können im Belastungs-/Ressourcendiagramm erstellt werden, in der Anamnese der stabilisierenden Erfahrungen und der Anamnese der stabilisierenden und belastenden Wirkungen des Drogenkonsums. In der Verhaltensanalyse wird ein Störungsmodell entwickelt und die ersten individuellen Ziele formuliert. Das Behandlungsangebot wird dann, je nach Bedarf und individueller Problemlage, auch in erhöhter Frequenz, an folgenden Zielsetzungen ausgerichtet:

- Einbezug und Förderung von Ressourcen zur Stabilisierung
- Aktive Selbstentlastungsfähigkeiten aufbauen und die traumatischen Erinnerungen in angemessenen Schritten (Kognitive oder imaginative Verfahren, EMDR) bearbeiten
- Integration in der Rückfallvorbeugung und Vorbereitung der Weiterbehandlung

Die traumaspezifische Behandlung wird mit Informationen über Wege der ambulanten Weiterbehandlung abgeschlossen und die Suche nach niedergelassenen Therapeuten eingeleitet.

Abhängigkeit kombiniert mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Die spezifischen Persönlichkeitsstile und -störungen sind einseitige und anhaltende Verhaltensmuster, die sich in unangemessenen Reaktionen auf belastende und überfordernde Lebenslagen zeigen. Diese Verhaltensmuster sind für den Patienten selbst wenig bewusst und häufig wird die Verantwortung für die gestörten sozialen Beziehungen nicht wahrgenommen. Eine Behandlung kann dann eine sinnvolle Entwicklung ermöglichen, wenn die verschiedenen Seiten der Selbst- und Fremdschädigung einbezogen und bearbeitet werden. In ausführlichen Verhaltensanalysen und Verhaltensverträgen werden die therapieschädlichen Verhaltensweisen identifiziert und schrittweise reduziert und verändert; dazu gehören impulsiv-aggressive Formen der Fremdschädigung, ebenso wie Selbstverletzungs-, Suizid- oder Abbruchrisiken. Im Verlauf der Behandlungen entstehen dabei immer wieder Krisensituationen, die schwer zu bewältigen sind. Stabile und konstruktive Veränderungen, die eine Bewältigung der dysfunktionalen Verhaltens- und Erlebensmuster ermöglichen, sind oftmals erst mit langen Behandlungsphasen zu erreichen.

4.7.4.3 Indikative psychotherapeutische Gruppen

In den Indikationsgruppen werden durch inhaltliche und methodische Vorgaben spezifische Fähigkeiten vermittelt. Indikationsgruppen werden im Kursmodell mit geschlossenen Gruppen für acht bis vierzehn Patienten angeboten. Die Dauer ist auf fünf Wochen begrenzt, so dass jeder Patient die Möglichkeit hat, mehrere der drei zeitgleichen Angebote wahrzunehmen.

In der Motivations- und Selbstmanagementgruppe „AHA, ich kann das! Der Sucht selbstbewusst begegnen“ (KTL: G671) werden die Patienten im Verlauf der ersten 5-6 Behandlungswochen in ihren Kompetenzen zur selbständigen Bewältigung ihrer Suchterkrankung angeleitet. Wesentliche therapeutische Elemente sind dabei die Durchführung und Auswertung von Hausaufgaben zum Selbstmanagement, Übungen zum Erwerb von Basiskompetenzen der Problemlösung und des Selbstmanagements eines abstinenten Lebens, sowie Feedbackrunden zur Entwicklung einer förderlichen gegenseitigen Feedbackkultur im Therapiealltag.

In der Gruppe Abstinenzsicherheit (KTL: G673) werden Aspekte wie Suchtbilanz, Abstinenzziele, Suchtverlagerung, Ambivalenzen, süchtige Beziehungsmuster, Risiken und Abgrenzungsfähigkeiten erarbeitet. Dies wird meist mit Rollenspielen und psychodramatischen Elementen angeleitet, um eine emotionale Problemsicht zu vertiefen.

In der Gruppe I Achtsamkeitsbasierte Rückfallbewältigung und -vorbeugung (KTL: G673) werden bisherige Abstinenzzeiten und Rückfallsituationen ausgewertet und persönliche Ressourcen, Risiken und Vorbeugungsstrategien besprochen. Mit der Schulung der Achtsamkeit können automatisierte Abläufe frühzeitig wahrgenommen und Möglichkeiten der Regulation kennen

gelernt werden. Es werden besonders lösungsorientierte und verhaltenstherapeutische Verfahren eingesetzt, um einen individuellen Rückfall-, Vorbeugungs- und Bewältigungsplan zu erstellen.

Im Training sozialer Kompetenzen (KTL: G 672) werden in Themenblöcken unterschiedliche soziale Fähigkeiten wie Bedürfnisse formulieren, Rückmeldungen geben, Grenzen setzen oder Konflikte bewältigen eingeübt. Alltagssituationen aus der Therapie werden im Rollenspiel oder biographischen Themen mit psychodramatischen Elementen bearbeitet und neues Verhalten ausprobiert. Im spielerischen Bereich wird das Seminar durch eine freie Gruppe mit Theaterimprovisation ergänzt.

In der Gruppe Delinquenz und Kriminalität (KTL: G679) wird durch aktivierende Übungen ein direkter Austausch unter Patienten und mit den Mitarbeitern/innen angeregt und die offene Auseinandersetzung erleichtert. Ziele sind die Reflektion kriminellen und / oder gewaltbereiten Verhaltens, Gewissens- und Wertbildung, das Erkennen von Risiken und einer weiteren Gefährdung, Zusammenhänge mit der Abhängigkeitsproblematik und das Erarbeiten von Verhaltensalternativen.

In der Gruppe Nichtrauchertraining wird mit einem verhaltenstherapeutischen Verfahren die Abstinenzmotivation in der Gruppe stabilisiert und der gemeinsame Rauchstopp vereinbart. In der Entzugsphase werden Risikosituationen und Rückfälle ausgewertet und der Nikotinverzicht mit medizinischen Hilfen, Stressbewältigung, kognitiven und Entspannungsverfahren und sozialer Unterstützung stabilisiert.

In thematischen Schwerpunkten zu biographischen Themen werden die Familiengeschichten mit Belastungen, widersprüchlichen Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen zugänglich gemacht. Die eigene Stellung zur Familie oder einzelnen Mitgliedern wird in Aufstellungen verdeutlicht. Zum Thema traumatische Belastungen und Drogenkonsum wird ebenfalls in einzelnen Einheiten der Austausch angeregt und Informationen zum besseren Verständnis der Symptomatik gegeben. Zusammenhänge und Risiken sollen bewusster werden und in einer unterstützenden Atmosphäre ausgetauscht werden.

In regelmäßigen psychoedukativen Veranstaltungen oder Schwerpunkten werden suchtspezifische Themen wie Neurobiologie der Sucht, Suchtgedächtnis, Craving, Risikofaktoren, Verhaltensmuster im Rückfall oder Informationen zu komorbiden Störungen und verhaltensbezogenen Suchtformen wie Spielsucht oder schädliches PC-Internetverhalten vermittelt.

Mit dem Ziel, den Patienten ein Verständnis zu den zugrundeliegenden Mechanismen ihrer Suchterkrankung zu vermitteln und sie dadurch zu befähigen, Regulationsstrategien für einen abstinenter Berufsalltag – einschließlich eines Verständnisses für Hochrisikosituationen bei zusätzlicher Belastung bzw. Leistungsanforderung - zu entwickeln.

Es wird eine informative Grundlage vermittelt, um die persönlichen Vorstellungen und Erfahrungen der Patienten zu diskutieren, zu prüfen und die Ausarbeitung der suchtspezifischen Zielepunkte in der Rückfallvorbeugung vorzubereiten.

4.7.4.4 Psychoedukative und pädagogische Angebote

Es ist für unser Klientel mit süchtigen und delinquenten Lebenserfahrungen unerlässlich, pädagogische und therapeutische Ansätze in ein übergreifendes Konzept zu integrieren, indem neben den medizinischen und psychischen Beeinträchtigungen auch die Fehlentwicklungen und -entscheidungen eines destruktiven Lebensstils überprüft und verändert werden. Psychoedukation und pädagogische Alltagsbegleitung sind ein wesentlicher Teil der Arbeit und des Behandlungsalltags in allen Funktionen und Fachbereichen.

Das soziale Lernen in der Gemeinschaft, die gemeinsame Alltagsbewältigung, die Sicherstellung des abstinenter Behandlungsrahmens und die individuellen Ziele zum Aufbau von Aktivität und

sozialer Teilhabe orientieren sich an den Selbsthilfekompetenzen und der solidarischen Unterstützung der Patientengruppe. Ein Mitarbeiter organisiert, begleitet und bewertet diese Aufgaben der Alltagspädagogik. Er begleitet den Prozess und die Aufgaben der Selbstorganisation (Patientendienste und -aufgaben, Organisation von Gruppenaktivitäten) und achtet auf die Strukturqualität der Abläufe.

Der pädagogische Auftrag der Fachbereiche (Arbeitstherapie, Bezugspflege, Sozialberatung, Freizeit und Bildung, sowie Einzel- und Gruppentherapie) wird von den Mitarbeitern/innen in ihren Bereichen in der Funktion von Lernberatern umgesetzt, die mit den Patienten durch gezielte Anleitung notwendige Fähigkeiten und Strukturen erarbeiten. Individuell werden Verhaltensverträge mit dem Ziel vereinbart, zu konstruktiven Bewältigungsstrategien und Lebenspraktiken zurückzufinden. Fähigkeiten der Selbstkompetenz, der Sozialkompetenz und der Sachkompetenz sind erforderlich, um innerhalb der sozialen Gemeinschaft eine zufrieden stellende, verantwortliche und inhaltlich kompetente Lebensgestaltung zu verwirklichen. In den Nacht- und Wochenenddiensten wird die Regulierung und Einhaltung von Absprachen und Regeln durch die Mitarbeiter/innen überprüft.

Generalisierte Ziele sind der Transfer und die Stabilisierung im Alltagsleben außerhalb des geschützten therapeutischen Milieus. Dies schafft die notwendige Grundlage für einen längerfristig abstinenter, beruflich und sozial integrierten Lebensstil. Generelle Defizite und Ressourcen im Entwicklungsstand der Einzelnen und der Gruppe werden im Gesamtteam in der wöchentlichen Gruppenprozessanalyse bewertet und entsprechende Strategien für die pädagogische und psychoedukative Einzel- und Gruppenarbeit festgelegt.

In jeder Behandlungswoche werden verschiedene Angebote durchgeführt, die sich wie folgt verteilen:

- 3-4 Mal pro Woche (in 14-tg. Wechsel) 60 Minuten pädagogische Tagesreflexion, sowie 14-tägig 75 Minuten alltagsbezogene Funktionsgruppe
- bei Bedarf therapeutische Großgruppen

In den 14-tägigen Funktionsgruppen (KTL: H 730) werden die Patienten dabei angeleitet, sich gegenseitig im Therapiealltag hinsichtlich der Verfolgung ihrer Therapieziele zu unterstützen. Die Gruppeneinteilung erfolgt hierbei nach Einschätzung der Patienten und Mitarbeiter/innen anhand von Kriterien der Motivation, Beteiligung und Fähigkeiten im Sinne der Gemeinschaft. Die Themen (Mitwirkung, Problembewältigung, Konfliktlösung, soziales Miteinander, aktuelle Themen der Hausgemeinschaft) werden in Arbeitsgruppen und / oder in der Großgruppe (angeleitet durch Suchttherapeut*innen und/oder Psychologische Psychotherapeut*innen) zusammengetragen und bearbeitet.

Zusätzlich werden drei bis viermal in der Woche (14-tägig eine Tagesreflexion mehr anstelle der Funktionsgruppe) in der Tagesreflexion (KTL: D630) aktuelle Themen des Tages besprochen und individuelle oder gemeinschaftliche Strategien festgelegt. Diese Großgruppe wird von Patienten mit vereinbarten Rollen organisiert und durch einen Mitarbeiter (aus wechselnden Fachteams) moderiert. Sie dient sowohl der Organisation alltagsbezogener Patienteninteressen, als auch der Umsetzung von korrigierenden Interventionen durch das Team. Reflektion des Alltagsgeschehens, der persönlichen Erlebnisse und Stimmungen, kompetentes Handeln, wie auch Fehlverhalten der Patienten sind hier ein gemeinschaftliches Gruppenthema.

Großgruppensitzungen unter therapeutischer Leitung werden nur in kritischen Phasen durchgeführt, wenn die grundlegenden Rahmenvereinbarungen nicht mehr eingehalten werden, um die aktuell zentralen Probleme, Themen und Aufgaben allen Patienten zu vermitteln und gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

4.7.5 Arbeits- und beschäftigungsbezogene Interventionen

Das übergreifende Ziel in der Rehabilitation von Drogenabhängigen ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die (Re-)Integration in den Erwerbsprozess. Hier sind erwerbsbezogene Problemlagen besonders häufig, die erwerbsbezogene Leistungen haben einen deutlich höheren zeitlichen und inhaltlichen Umfang und die Adaptionsphase im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen hat in der Förderung der beruflichen (Re-)Integration der Rehabilitanden sehr gute Leistungen und Ergebnisse.

Die arbeitsbezogenen Maßnahmen mit den mehrheitlich jungen Erwachsenen mit süchtigen und delinquenten Lebenserfahrungen beinhalten daher zwei grundsätzliche Aufgabenfelder. Zum einen werden der aktuelle berufliche Leistungs- und Kenntnisstand ermittelt und dann grundlegende Basisqualifikationen und spezifischen fachlichen Fähigkeiten gefördert und weiterentwickelt. Damit wird die Voraussetzung für eine berufliche Orientierung, Planung und gelungene (Re-)Integration geschaffen. Zum anderen werden persönliche Fähigkeiten der Belastbarkeit, der Aktivität, der Struktur- und Sozialkompetenz und der selbstständigen Lebensführung aufgebaut und entwickelt, um die aufrechterhaltenden Bedingungen der sozialen und beruflichen (Re-) Integration zu fördern. Dies erfordert eine deutlich umfangreichere Gewichtung der beruflichen und lebenspraktischen Lernfelder der medizinischen Rehabilitation von Drogenabhängigen zum Aufbau und zur Überprüfung von der Motivation, der Kompetenz und der Umsetzung. Zielsetzung ist die Orientierung der Maßnahmen an den Anforderungen der Arbeitswelt und am angestrebten Arbeitsplatz beziehungsweise die Stärkung der Motivation für weiterführende berufliche Teilhabe- oder Nachsorgerleistungen im Anschluss an die Rehabilitation.

Beide Aufgaben sind eng mit den Fachaufträgen der Medizin, der Arbeits- und Ergotherapie, der Psychotherapie und des Sozialdienstes verbunden. Für die berufsorientierte Beurteilung und Zielsetzung sind sowohl die Angaben zur Sozial- und Berufsanamnese, die Klärung der sozialen Situation, als auch Fragen der Motivation, der körperlichen und psychischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit zu berücksichtigen. Die medizinische Diagnostik zur sozialmedizinischen Abklärung der Erwerbsfähigkeit bestimmt eventuell weitere erforderliche Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation und Qualifizierung. Frühzeitig werden in der Behandlung die Perspektiven für die berufliche Zukunft erarbeitet. Aufgrund der grundsätzlich guten Belastbarkeit, Funktions- und Leistungsfähigkeit der jüngeren Drogenkonsumenten sind Maßnahmen der Ergotherapie meist nicht erforderlich.

Zentrale Ziele sind die Förderung und Entwicklung von Lern- und Leistungsmotivation, sowie von beruflichen Kompetenzen und sozial angemessenen Verhaltensweisen. In der Arbeitstherapie wird neben einer Vielzahl von pädagogischen Trainings- und Beratungsstrategien die Arbeit selbst als therapeutisches Mittel eingesetzt. Gerade das praktische Tun vermittelt ein Gefühl für persönliche Leistung und eigenes Können, wodurch äußere Anforderungen erfolgreich bewältigt werden können.

In den Angeboten der Arbeitstherapie werden Aufgaben und Erfahrungsmöglichkeiten strukturiert und systematisch begleitet, um die Chancen für eine erfolgreiche Integration in das Arbeitsleben zu verbessern. Dazu gehören:

- Der Aufbau einer realistischen Selbstwahrnehmung und Selbsteinschätzung, um berufliche Erfahrungen, Qualifikationen und Fähigkeiten deutlicher wahrnehmen und nutzen zu können.
- Förderung und Aktivierung vorhandener Fähigkeiten.
- Aufbau und Erweiterung der Kompetenzen, die für die zukünftige Tätigkeit erforderlich sind.
- Die Verbesserung der Fähigkeit, sich in sozialen Situationen am Arbeitsplatz angemessener zu verhalten.
- Die Klärung und die Konkretisierung von beruflichen Zielen.
- Berufsspezifische Trainingsangebote.
- Arbeitserprobung unter realitätsnahen Bedingungen, in der Intensivphase in Projekten, in der Adaptionsphase durch externe Arbeitserprobung.

Zu Beginn der Behandlung stehen oft Themen der Motivation, Belastbarkeit, Zuverlässigkeit und der Über- oder Unterschätzung des eigenen Arbeitsverhaltens im Vordergrund. Belastungserprobungen in arbeitsbezogenen Bereichen, berufsorientierte Aufgabenstellungen, die an persönlichen und realistischen Zielen ausgerichtet sind und eine kompetente, lernorientierte Begleitung in der Arbeitstherapie bahnen den Weg für die Steigerung von Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit.

Grundsätzlich lassen sich verschiedene Zielgruppen nach dem beruflichen Status jeweils vor und nach der Leistung zur medizinischen Rehabilitation unterscheiden:

BORA-Zielgruppe 1:

Rehabilitanden in Arbeit (Auszubildende, Arbeiter / Angestellte / Beamte, Selbständige / Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen) ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 2:

Rehabilitanden in Arbeit (Auszubildende, Arbeiter / Angestellte / Beamte, Selbständige / Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen) mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

BORA-Zielgruppe 3:

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I).

Auch Erwerbstätige, die während Krankschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag) werden in der Regel der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet. Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, haben zwar noch einen Arbeitsplatz, beziehen aber ALG I oder ALG II. Diese Rehabilitanden werden ebenfalls der BORA-Zielgruppe 3 zugeordnet.

BORA-Zielgruppe 4:

Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II).

BORA-Zielgruppe 5:

Nicht-Erwerbstätige. Hierzu zählen zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-) Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

In der Erstanamnese der Sozialberatung wird zu Beginn der Behandlung ermittelt, in welche der 5 Zielgruppen nach BORA der Patient einzuteilen ist.

Hierfür werden insbesondere der bisherige berufliche Werdegang einschließlich der letzten beruflichen Tätigkeit und die aktuelle Erwerbslage erhoben.

Für die Differenzierung zwischen BORA-Zielgruppe 1 und 2 wird in diesem Rahmen zusätzlich das Würzburger Screening zu erwerbsbezogenen Problemlagen (Löffler et al., 2009) durchgeführt.

Die in der Sozialanamnese erhobenen Daten und die Einteilung nach BORA-Zielgruppe werden im Therapieplanungsgespräch (TPG) von der/dem Sozialberater/in an die zuständigen MA der Fachbereiche Arbeitstherapie und Psychotherapie übermittelt. Zudem wird im TPG gemeinsam mit dem Patienten besprochen, welche konkreten Maßnahmen entsprechend seiner BORA-Zielgruppe (s. 7.5.2) in der Behandlung geplant werden. Auf dieser Basis erfolgt dann ebenfalls die Zuteilung des Patienten zu einem spezifischen Arbeitsbereich in der Arbeitstherapie.

4.7.5.1 Arbeitsbezogene Diagnostik in der Aufnahmephase

Für die berufliche Orientierung muss die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere des aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes ausgerichtet werden. Hierbei sind erwerbsbezogene Problemlagen, die berufliche (Re-) Integration arbeitsloser

Rehabilitanden, die Motivierung zur Inanspruchnahme erwerbsbezogener Teilhabemöglichkeiten, die Ausrichtung auf berufliches Verhalten, Bewerten und Erleben zu berücksichtigen.

Für Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen (lange, häufige Fehlzeiten, eine negative Einschätzung hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft, drohender Arbeitsplatzverlust, Arbeitslosigkeit oder eine sozialmedizinische Notwendigkeit der beruflichen Veränderungen) muss individuell das Profil von Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (ICF) zur Einschätzung seines Leistungsvermögens im Erwerbsleben erfasst werden.

Zur beruflich orientierten Eingangsdiagnostik gehören neben der sozialmedizinischen Diagnostik und der Zuordnungen zu den BORA-Zielgruppen die Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese (Schulbildung, schulische Probleme, Berufswunsch, Berufsausbildung mit / ohne Abschluss, Arbeitsbiografie, jetzige Tätigkeit mit konkreter Beschreibung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsinhalte und der Arbeitsatmosphäre, besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, Weg zur Arbeitsstelle, Kfz-Führerschein und Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit).

Die Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz beinhaltet weitere Fragestellungen: mögliche Konflikte und Kommunikation am Arbeitsplatz, Arbeitsanforderungen, Entscheidungs-, Verantwortungs- und Handlungsspielräume und berufliche Perspektiven. Ebenso wird die Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens (eigene Leistungsfähigkeit, Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz aus dem Suchtmittelkonsum, Entwicklungsmöglichkeiten und Diskrepanzen in der Selbsteinschätzung mit der klinisch-therapeutischen Einschätzung) erhoben. Falls in den Bereichen deutliche berufsbezogene Probleme am Arbeitsplatz festgestellt werden, werden in einem Therapieplanungsgespräch mit dem Patienten und dem zuständigen Bezugstherapeuten/in notwendige übergreifende Therapieziele vereinbart. Mit dem/der Bezugstherapeuten/in wird der Fragebogen Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) eingesetzt, um gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen zu identifizieren. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden Fähigkeiten und Defizite benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen in Abstimmung mit den anderen Fachbereichen festgelegt.

Die Diagnostik der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, der beruflichen Interessen und Kompetenzen erfolgt mit der strukturierten Anamnese im Statusbogen der Arbeitstherapie in Anlehnung an MELBA (Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) zu den beruflichen Qualifikationen, dem letzten Arbeitsstatus und der Selbst- und Fremdeinschätzung der theoretischen und praktischen Leistungsbereitschaft und -fähigkeit wie soziale Merkmale (z. B. Teamarbeit, Kontaktfähigkeit), kognitive Merkmale (z. B. Problemlösen, Konzentration), Merkmale zur Art der Arbeitsausführung (z. B. Ausdauer, Sorgfalt), psychomotorische Merkmale (z. B. Antrieb, Reaktionsgeschwindigkeit) und Kulturtechniken / Kommunikation.

Als Diagnostikinstrumente werden spezielle Erhebungsbögen zur Ermittlung des Arbeitsstatus eingesetzt und zum anderen Verhaltensbeobachtungen einbezogen. Mit dem Würzburger Screening werden berufliche Problemlagen sowie der Bedarf an berufsorientierten Rehabilitationsmaßnahmen erhoben. Das Würzburger Screening erfasst mit drei Skalen „Berufliche Belastungen“, „Subjektive Erwerbsprognose“ und „Interesse an berufsbezogenen Therapieangeboten“.

In den ersten drei Wochen des Aufenthalts werden dann Beobachtungen zur Grundarbeitsfähigkeit, zu Kompetenzen und beeinträchtigten Fähigkeiten gesammelt. Danach wechseln die Rehabilitanden in Arbeitsbereiche, die einen Bezug zu ihrer beruflichen Perspektive haben. Grundlage für die Einteilung sind die Informationen der Berufsanamnese. Vorrangig wird hier dem erlernten Beruf, der Tätigkeit im längsten Beschäftigungsverhältnis und dem vom Rehabilitanden geäußerten Berufswunsch Rechnung getragen. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden Fähigkeiten benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen festgelegt. In wöchentlichen Treffen der Arbeitstherapeuten wird diese Bereichseinteilung koordiniert und die Entwicklung überprüft.

4.7.5.2 Berufsorientierende Maßnahmen für die BORA-Zielgruppen

Grundsätzlich werden die Angebote der Arbeitstherapie, der Ergotherapie und der Maßnahmen zur beruflichen Integration auf die jeweilige Zuordnung zu den Zielgruppen entsprechend dem beruflichen Status ausgerichtet. Diese Zuordnungen zu den Zielgruppen erfordern eine individuelle Therapieplanung und die Entwicklung von BORA spezifischen individuellen Therapiezielen. Diese werden sowohl innerhalb der einzelnen Fachbereiche festgelegt und umgesetzt, als auch in den Behandlungsbesprechungen zwischen den verschiedenen Teams koordiniert. In zusätzlichen Therapieplanungsgesprächen gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden bei Bedarf besondere berufliche Problemlagen besprochen und in übergreifenden Zielvereinbarungen mit den zuständigen Mitarbeitern/innen vereinbart.

Für die verschiedenen Zielgruppen sind folgende Angebote möglich und sinnvoll:

BORA-Zielgruppe 1: Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen.

Berufsbezogene Maßnahmen der Medizin: In der Regel ist nur die sozialmedizinische Begutachtung erforderlich.

Berufsbezogene Maßnahmen der Psychotherapie sind in der Regel nicht erforderlich. Im Einzelfall sind Einschränkungen der Leistungsbereitschaft- und Fähigkeit und besondere Arbeitsplatzbedingte Rückfallgefährdungen zu prüfen.

Berufsbezogene Maßnahmen der Sozialberatung: Anamnese der beruflichen Qualifikation, Beratung zum Führerscheinwerb, Computer-Kurs, Rückkehrgespräch mit dem Arbeitgeber (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Arbeitstherapie: Prüfung, Aufbau und Stabilisierung der Motivation, Belastbarkeit und Kompetenzen für die Berufliche Integration, Maßnahmen zum Training und zur Erprobung (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Suchtbehandlung: Prüfung der Indikation für die Weiterbehandlung mit Kombibehandlung oder Ambulanter Reha, Vorbereitung der Ambulanten Nachsorge, Suchtspezifisch und Berufsbezogene Nachsorge (siehe Kap. 4.7.13. - 4.1/4.2).

BORA-Zielgruppe 2: Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen.

Berufsbezogene Maßnahmen der Medizin: Die Sozialmedizinische Begutachtung und die Prüfung medizinischer Einschränkungen ist erforderlich.

Berufsbezogene Maßnahmen der Psychotherapie: Die Einschränkungen der Leistungsbereitschaft- und Fähigkeit, berufsbezogene Probleme im psychosozialen Bereich und besondere Arbeitsplatzbedingte Rückfallgefährdungen sind zu prüfen. Mögliche gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen werden mit dem Rehabilitanden als Fähigkeiten und Defizite benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen vereinbart (siehe Kap. 4.7.4).

Berufsbezogene Maßnahmen der Sozialberatung: Anamnese der beruflichen Qualifikation, Beratung zum Führerscheinwerb, Computer-Kurs (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Arbeitstherapie: Prüfung, Aufbau und Stabilisierung der Motivation, Belastbarkeit und Kompetenzen für die Berufliche Integration, Maßnahmen zum Training und zur Erprobung, Problembewältigung am Arbeitsplatz (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Suchtbehandlung: Prüfung der Indikation für die Weiterbehandlung mit Kombibehandlung oder Ambulanter Reha, Vorbereitung der Ambulanten Nachsorge, Suchtspezifisch und Berufsbezogene Nachsorge (siehe Kap. 4.7.13. - 4.1/4.2).

BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose Rehabilitanden (Bezug von ALG I).

Berufsbezogene Maßnahmen der Medizin: Die Sozialmedizinische Begutachtung und die Prüfung medizinischer Einschränkungen ist erforderlich. Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu Rehamaßnahmen (mit dem Rehaberater).

Berufsbezogene Maßnahmen der Psychotherapie: Die Einschränkungen der Leistungsbereitschaft- und Fähigkeit, berufsbezogene Probleme im psychosozialen Bereich und besondere Arbeitsplatzbedingte Rückfallgefährdungen sind zu prüfen. Mögliche gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen werden mit dem Rehabilitanden als Fähigkeiten und Defizite benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen vereinbart (siehe Kap. 4.7.4).

Berufsbezogene Maßnahmen der Sozialberatung: Anamnese der beruflichen Qualifikation, Beratung zum Führerscheinwerb, Bewerbungstraining, Computer-Kurs, Berufswegeplanung (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Arbeitstherapie: Prüfung, Aufbau und Stabilisierung der Motivation, Belastbarkeit und Kompetenzen für die Berufliche Integration, Maßnahmen zum Training und zur Belastungserprobung, Berufliche Interessen und Motivation, Berufswegeplanung, Absolvieren von externen Betriebspraktika (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Suchtbehandlung: Prüfung der Indikation für eine Langzeitbehandlung mit Adaptionphase, Vorbereitung der Ambulanten Nachsorge, Suchtspezifisch und Berufsbezogene Nachsorge (siehe Kap. 4.7.13. - 4.1/4.2).

BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose Rehabilitanden (Bezug von ALG II).

Berufsbezogene Maßnahmen der Medizin: Die Sozialmedizinische Begutachtung und die Prüfung medizinischer Einschränkungen ist erforderlich. Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu Rehamaßnahmen (mit dem Rehaberater).

Berufsbezogene Maßnahmen der Psychotherapie: Die Einschränkungen der Leistungsbereitschaft- und Fähigkeit, berufsbezogene Probleme im psychosozialen Bereich und besondere Arbeitsplatzbedingte Rückfallgefährdungen sind zu prüfen. Mögliche gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen werden mit dem Rehabilitanden als Fähigkeiten und Defizite benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen vereinbart (siehe Kap. 4.7.4).

Berufsbezogene Maßnahmen der Sozialberatung: Anamnese der beruflichen Qualifikation, Beratung zum Führerscheinwerb, Bewerbungstraining, Computer-Kurs, Berufswegeplanung, Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Arbeitstherapie: Prüfung, Aufbau und Stabilisierung der Motivation, Belastbarkeit und Kompetenzen für die Berufliche Integration, Maßnahmen zum Training und zur Belastungserprobung, Berufliche Interessen und Motivation, Berufswegeplanung, Absolvieren von externen Betriebspraktika (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Suchtbehandlung: Prüfung der Indikation für eine Langzeitbehandlung mit Adaptionphase, Vorbereitung der Ambulanten Nachsorge, Suchtspezifisch und Berufsbezogene Nachsorge (siehe Kap. 4.7.13. - 4.1/4.2).

BORA-Zielgruppe 5: Nicht-Erwerbstätige.

Berufsbezogene Maßnahmen der Medizin: Die Sozialmedizinische Begutachtung und die Prüfung medizinischer Einschränkungen ist erforderlich. Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu RehaMaßnahmen (mit dem Rehaberater).

Berufsbezogene Maßnahmen der Psychotherapie: Die Einschränkungen der Leistungsbereitschaft- und Fähigkeit, berufsbezogene Probleme im psychosozialen Bereich und besondere Arbeitsplatzbedingte Rückfallgefährdungen sind zu prüfen. Mögliche gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen werden mit dem Rehabilitanden als Fähigkeiten und Defizite benannt und arbeitsorientierte Zielsetzungen vereinbart (siehe Kap. 4.7.4).

Berufsbezogene Maßnahmen der Sozialberatung: Anamnese der beruflichen Qualifikation, Beratung zum Führerscheinwerb, Bewerbungstraining, Computer-Kurs, Berufswegeplanung (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Arbeitstherapie: Prüfung, Aufbau und Stabilisierung der Motivation, Belastbarkeit und Kompetenzen für die Berufliche Integration, Maßnahmen zum Training und zur Belastungserprobung, Berufliche Interessen und Motivation, Berufswegeplanung, Absolvieren von externen Betriebspraktika (siehe Kap. 4.7.5.3.).

Berufsbezogene Maßnahmen der Suchtbehandlung: Prüfung der Indikation für eine Langzeitbehandlung mit Adaptionphase, Vorbereitung der Ambulanten Nachsorge, Suchtspezifisch und Berufsbezogene Nachsorge (siehe Kap. 4.7.13. - 4.1/4.2).

4.7.5.3 Arbeits- und beschäftigungsbezogene Angebote in der Intensivphase

In den verschiedenen Arbeitsbereichen werden Maßnahmen zum Training und zur Erprobung durchgeführt, um während der Rehabilitation abzuklären, ob und wie eine Reintegration in den gewünschten Beruf möglich ist, ob eine tragfähige Belastbarkeit für die angestrebte Tätigkeit oder Qualifizierungsmaßnahme besteht oder ob weitere Beratungs- oder Entscheidungshilfen notwendig sind. Über den gesamten Zeitraum werden die gesetzten Ziele auf den Aspekt der Teilhabe am Arbeitsleben systematisch verfolgt.

Rehabilitanden mit wenig Erfahrung im Berufsleben müssen arbeitsbezogene Grundkompetenzen, Fertigkeiten und Interessen aufbauen und eine klare Orientierung auf eine qualifizierte Berufsausübung entwickeln. Für Personen mit sozial auffälligem Verhalten ist die Umsetzung von beruflichen Interessen und Fähigkeiten auch unter günstigen Rahmenbedingungen oft schwierig. Für diese Personengruppe sind besondere pädagogische Strategien erforderlich, die ein sozial angemessenes Verhalten am Arbeitsplatz einüben. Die Teilhabe am Arbeitsprozess kann zunächst über die Projekte in der Ergo- und Beschäftigungstherapie eingeleitet werden oder bei entsprechender Motivation und Kompetenz in den Bereichen der Alltagsversorgung oder des Handwerks erfolgen. Dies ermöglicht einen Realitätsbezug, der eine geeignete Motivation fördert, um Fähigkeiten aufzubauen und durchzuhalten. Die Erfahrung des erreichbaren Erfolgs stiftet den Sinn für eine längerfristige Perspektive und ist für die Gesamtrehabilitation ein nicht zu unterschätzender Wert. Dies wird auch mit Aufgaben der alltagspraktischen Lebensbewältigung und Selbstversorgung trainiert, wie z.B. Putzen, Kochen, Wäschereinigung und -pflege, Arbeiten der Renovierung oder Organisation von Arbeitsaufgaben, Verständigung und Auseinandersetzung in der Arbeitsgruppe, Anleiten und Durchsetzen von Weisungen. Die Erfolge in der Bewältigung von Arbeitsaufgaben sowie die Möglichkeit, einen sichtbaren Beitrag zum Gemeinschaftsleben zu erbringen, sind unmittelbar stabilisierend und machen Behandlungsfortschritte sichtbar.

Durch eine gezielte Berufswegeplanung wird versucht, die Neuorientierung in eine gangbare Perspektive umzuwandeln. Zum einen achten wir darauf, dass genügend Kompetenzen entwickelt werden, um in Zukunft von familiärer Unterstützung unabhängig zu werden, zum anderen begleiten wir die Patienten bei der Suche nach einer beruflichen Perspektive, die ihren Fähigkeiten

angemessen ist und ihnen die Integration in Ausbildung und Beschäftigung ermöglicht. Lern- und Leistungsprobleme werden frühzeitig abgeklärt und sinnvolle Perspektiven in Zusammenarbeit mit den Diensten der Agentur für Arbeit vereinbart.

Rehabilitanden mit qualifizierten Berufsausbildungen und Berufserfahrung können ihre Fähigkeiten überprüfen, den Einstieg in erlernte Berufe vorbereiten und sich im Training von Anleitungskompetenzen und Durchsetzungsvermögen üben.

Die Merkmale und Grundqualifikationen der Leistungsbereitschaft und des Leistungsvermögens werden erfasst und eine individuelle Zielvereinbarung mit dem Rehabilitanden formuliert. Zur Behandlungsbesprechung und zum Monitoring vor dem Ende der Intensivtherapeutischen Phase werden die Ergebnisse dokumentiert, in der Behandlungskonferenz vorgestellt und mit den beteiligten Fachstellen koordiniert. Bei berufsbezogenen Problemlagen im psychosozialen Bereich werden von den Bezugstherapeuten die arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit, die beruflichen Interessen und Kompetenzen mit dem Fragebogen Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster (AVEM) erfasst. Hiermit sind Aussagen über gesundheitsförderliche Verhaltens- und Erlebensmuster bei der Bewältigung von Arbeits- und Berufsanforderungen möglich, die in Einzelgesprächen hinsichtlich ihrer gesundheitsförderlichen oder gesundheitsgefährdenden Bedeutung geprüft werden. In Abstimmung mit den anderen Fachbereichen werden in Therapieplanungsgesprächen (TPG; KTL: E559) arbeitsorientierte Zielsetzungen oder eine weitergehende interne Belastungserprobung gemeinsam mit dem Rehabilitanden festgelegt. In allen Arbeitsbereich wird die Einhaltung und der Erwerb von Arbeitssicherheit, Arbeitsschutzmaßnahmen und gesundheitsförderliches Verhalten und Handeln am Arbeitsplatz vermittelt. Beim Wechsel in die Adaptionphase erfolgt eine schriftliche Übergabe, damit dort an der Entwicklung und den vereinbarten Zielen angeschlossen werden kann.

Mit ca. 20 Stunden pro Woche bildet die Arbeits- oder Ergotherapie einen wesentlichen zeitlichen Schwerpunkt im Behandlungsangebot der Intensivphase. Sie findet in folgenden Bereichen statt:

Hauswirtschaftliches Handwerk (KTL: E 571, s. 4.6)

Im Bereich der Küche bestehen Leistungsanforderungen in der Teamarbeit unter Zeit- und Qualitätsdruck und die Arbeit in der Bäckerei erfordert eine gute Selbstständigkeit und strukturierte Arbeitsplanung. Mahlzeiten und Sonderkost für 40 und mehr Personen müssen pünktlich und schmackhaft zubereitet sein. Hygienestandards und Arbeiten nach Plan bestimmen die Abläufe. Die Anforderungen einer Lehrküche sind erfüllt.

In den Bereichen Hauspflagedienst und Wäscherei liegt der Schwerpunkt in der selbstständigen Planung und Bewältigung von Arbeitsanforderungen und in der Vermittlung und Durchsetzung von Standards und Vorgaben gegenüber der Gruppe der Mitpatienten. Zusätzlich werden Fähigkeiten der Selbstversorgung trainiert.

Technisches Handwerk (E 574, s. 4.6)

In den Handwerksbereichen Metallwerkstatt, Schreinerei, Hausinstandhaltung, Landschaftspflege und Gärtnerei wird an beruflichen Standards orientiert gearbeitet. Rehabilitanden, die einen Beruf erlernt haben oder sich in diese Bereiche orientieren wollen, finden geeignete Lernfelder und Unterstützung. Die Metallwerkstatt bietet die Möglichkeit, anfallende Schlosserarbeiten und kreative Projekte auszuführen. Die Schreinerei zeichnet sich durch ihre Größe und die unterschiedlichen Anforderungen der Maschinen aus. Die hochwertige Ausstattung ist erforderlich, um das Zimmerinventar in den Einrichtungen des Trägers und das, unter Denkmalschutz stehende Gebäude, instand zu halten. Grundkenntnisse aus verschiedenen Bauberufen können mit Trainingsaufgaben oder besonderen Projekten (Elektroschaltungen, Kfz, Haus- und Sanitärinstallation, Malen und Tapezieren, Dachkonstruktionen, Fliesenlegen und Mauern, Gerüstbau) überprüft und erworben werden.

Dies gibt die Gelegenheit, Ziele konkret zu formulieren und zu überprüfen. Arbeitstherapie ist eingebunden in die Gesamtplanung der Alltagsorganisation und der Behandlungsplanung. Ein

ständiger Austausch mit den anderen Fachbereichen und -aufgaben gewährleistet eine optimale Vernetzung und Abstimmung auf die individuelle Situation der Rehabilitanden.

Bürokommunikation und Verwaltungsorganisation (E 572, s. 4.6)

Der Patiententagdienst (PTD) ist als Arbeitsbereich den Fachbereichen Klinikverwaltung und Alltagspädagogik angegliedert. Die Aufgaben des PTD erfordern Kompetenzen im Organisationsbereich und im sozialen Verhalten z.B. mit einer Qualifizierung oder Berufsausbildung im kaufmännischen Bereich. Der betreffende Patient wird zu bestimmten Zeiten entweder als PTD in der Hausgemeinschaft oder in der Verwaltung tätig. Die alltägliche Arbeits- und Zeiteinteilung erfolgt in Absprache mit den Mitarbeitern. Neben den kommunikativen Aspekten sind für den Bereich Kenntnisse der Verwaltung, der betrieblichen Organisation, der Textformulierung und -gestaltung und gute Sprach- und Schriftkenntnisse erforderlich. Der PTD umfasst Aufgaben wie Telefondienste, organisatorische und Verwaltungstätigkeiten im Auftrag der Klinikverwaltung, Organisation der Patientenabenddienste, des wöchentlichen Einkaufs für die Patienten, die Begleitung der Neuaufnahmen, die Betreuung der Patienten-PCs, Formularverwaltung der Patientenordner und weitere Projektaufgaben.

Ergo- und Gestaltungstherapie (KTL: E 659, s. 4.6)

Patienten mit wenig klaren Interessen, Fähigkeiten oder Qualifikationen werden zur Überprüfung von Ressourcen, körperlichen oder psychischen Defiziten in dem Bereich der Ergo- und Gestaltungstherapie eingesetzt. Hier können sie in verschiedenen Projekten der Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie den kreativen Umgang mit verschiedenen Materialien und Techniken erproben oder im handwerklichen Bereich (Holz, Metall, Malerarbeiten) ihre Kompetenzen an konkreten Aufgabenstellungen überprüfen. Diese Projektstätigkeiten ermöglichen ohne produktive Leistungsansprüche einen offenen Prozess für den Patienten, um gestalterische, persönliche und fachliche Potentiale zu erschließen. Im Vordergrund stehen die Klärung und die Bearbeitung von eigenen Interessen und Kompetenzen und nur sekundär die Förderung von handwerklichen und kreativen Fähigkeiten. In Kooperation mit den freizeitpädagogischen Angeboten, wie z.B. kunsttherapeutischen Angeboten, können diese Potentiale auch in der individuellen Freizeitgestaltung fortgesetzt und weiterentwickelt werden.

4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen

Intensivphase

Der Beratungsprozess der beruflichen Integration ist modular organisiert und wird von unterschiedlichen Fachbereichen angeboten. Die berufliche Integration besteht im Therapiezentrum aus folgenden Modulen:

- Anamnese der beruflichen Qualifikation (Fachbereiche Sozialberatung und Arbeitstherapie)
- Berufswegeplanung (Fachbereich Arbeitstherapie und Fachteam Adaption)
- Beratung zu Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zu RehaMaßnahmen (Fachbereich Medizin, Sozialberatung und Fachteam Adaption in Kooperation mit dem Rehaberater)
- Leistungs- und Motivationsprüfung, psycho-soziale Probleme am Arbeitsplatz (Fachbereich Psychotherapie)
- Sozialmedizinische Begutachtung (Fachbereich Medizin)
- Arbeitserprobung (Fachbereich Arbeitstherapie und Fachteam Adaption)
- Beratung zum Führerscheinwerb (Fachbereich Sozialberatung)
- Bewerbungstraining und Computer-Kurs für Einsteiger (Fachteam Adaption)

In der Anamnesephase werden Vorbefunde angefordert und gegebenenfalls bei Verdacht auf Einschränkungen der Leistungsfähigkeit eine weitere medizinische Abklärung der vorliegenden Probleme eingeleitet. Liegt eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit hinsichtlich der beruflichen Integration vor, so führt dies zur Prüfung, ob Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben notwendig sind.

Die Angebote der Berufswegeplanung sind für Rehabilitanden indiziert, die bereits berufliche Vorerfahrungen besitzen und die einen beruflichen Wiedereinstieg zu bewältigen haben. Der Idealfall sind Rehabilitanden, die eine abgeschlossene Berufsausbildung haben und bei denen weder persönliche noch externe Hindernisse einer Weiterarbeit im erlernten Beruf entgegenstehen. Liegt eine abgeschlossene Berufsausbildung vor, ist jedoch der Rehabilitand nicht mehr gewillt, in diesem Bereich zu arbeiten, beziehungsweise liegt die letzte Tätigkeit im Beruf lange Zeit zurück, so ist die Erarbeitung einer tragfähigen beruflichen Perspektive das Ziel.

Mit dem Rehabilitanden wird ausgehend von der Berufsanamnese und gegebenenfalls in der Zusammenarbeit mit der Agentur für Arbeit eine sinnvolle und befriedigende berufliche Perspektive erarbeitet. Wesentlich ist eine Überprüfung des Berufswunsches im entsprechenden Arbeitsfeld der Arbeitstherapie oder in der Absolvierung eines externen Betriebspraktikums. Durch die Erfahrungen in der Arbeitstherapie, der Auseinandersetzung mit den Beratern der Berufsintegration und den Gesprächen mit Mitarbeitern der Agentur für Arbeit, kristallisiert sich Schritt für Schritt ein realistisches berufliches Ziel heraus.

Mit dem Wechsel in die ambulante Nachsorge oder in die Adaptionsphase hat der Rehabilitand seine berufliche Planung für einen mittelfristigen Zeitraum konkret vorbereitet und kann das Ziel dann schrittweise umsetzen.

4.7.6 Sport-, Bewegungs- und Entspannungstraining

Patienten mit langjährigen Suchtproblemen zeigen häufig ein passives Freizeitverhalten, wenige oder sehr einseitige Interessen und eingeschränkt tragfähige soziale Beziehungen. Ziel der Behandlung ist es, neben dem Erholungs- und Entspannungseffekt zu einem neuen Verständnis der Freizeitgestaltung hinzuführen. Dies erfordert eine aktive Beteiligung für eine veränderte Freizeitgestaltung, die Förderung von Eigenverantwortung und Sinnhaftigkeit und das Erweitern der Handlungskompetenz. Im weiteren Verlauf der Adaptionsphase sollen Möglichkeiten kennen gelernt werden, soziale Kontakte durch Aktivitäten in der freien Zeit aufzubauen. Die Freizeitangebote sind daher unterschiedlichen Zielen zugeordnet.

Allgemeine Aktivierung und Angebote zur Förderung der Gesundheit (KTL: L551/552)

Dazu gehören alle gemeinschaftlichen Angebote wie z.B. Frühsport, Spaziergänge, Wanderungen, Radtouren, Gemeinschaftsspiele. Sie dienen u.a. einer Stabilisierung und Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, der Befriedigung des Bewegungsbedürfnisses und sollen zur Antriebsstärkung führen. Ziel ist der Aufbau von aktiver Bewegung, Koordination, Ausdauer und Durchhaltevermögen.

Bewegungs- und Entspannungstraining (KTL: F619)

Dazu gehören alle sportlichen und körpertherapeutischen Angebote, die auch nach medizinischer Indikation verordnet werden: Nordic-Walking, Lauftraining in gestaffelten Leistungsgruppen, angeleitetes Ausdauer-, Fitness- und Krafttraining mit Geräten, Feldenkrais- und Yogagruppe, Sauna, Schwimmen, u. a. Sie dienen der Stabilisierung und Verbesserung der spezifischen körperlichen Leistungsfähigkeit bei besonderen somatischen Indikationen, der Erprobung der körperlichen Beweglichkeit und Belastbarkeit und dem Aufbau von Selbstfürsorge und gesundheitlicher Stabilisierung. Ziel ist die Verbesserung des psychischen und physischen Wohlbefindens.

Wöchentlich werden hierzu zwei Gruppeneinheiten Sporttherapie zu den Schwerpunkten Ausdauertraining mit Monitoring in der Gruppe (KTL: A551), Koordinationstraining (A580) und/oder Muskeltraining ohne Kleingeräte in der Gruppe (A562) angeboten. Der jeweilige Schwerpunkt wird den Indikationen und dem Fitnessstand der TeilnehmerInnen jeweils gezielt angepasst. Eine der beiden Gruppeneinheiten richtet sich jeweils an Patienten mit derzeit geringem Fitnesslevel oder mit wenig Erfahrung im Training. Während die zweite Gruppeneinheit auf bereits sportlich aktivere Patienten ausgerichtet ist und zudem interessierte Teilnehmer auf begleitete Sportausflüge, z.B. mit den Schwerpunkten Boaldern oder CrossFit, vorbereitet.

Darüber hinaus werden alle Patienten in den ersten Wochen der Behandlung in den Bewegungsabläufen des Nordic Walking unterrichtet (KTL A580 Koordinationstraining in der Gruppe), um am Frühsport auf unterschiedlichem Fitnesslevel teilhaben zu können.

Patienten, die im Behandlungsverlauf eigenständig den Fitnessraum und die dortigen Trainingsgeräte nutzen möchten, erhalten vor der ersten Nutzung zudem eine Einweisung in die korrekte Übungsausführung in Form eines begleiteten Probetrainings (KTL A561).

4.7.7 Freizeitangebote

Die Angebote zur Gestaltung der freien Zeit dienen dem Entdecken, dem Aufbau und der Vertiefung von persönlichen Interessen, dem Aufbau einer aktiven Freizeitgestaltung und dem positiven Erleben von Gemeinschaftsaktivitäten. Diese Angebote können nach Interesse oder therapeutischer Indikation belegt werden (KTL: F619, F703, L551, L552):

- alle Sportangebote wie Fußball, Volleyball, Tischtennis, Badminton, New Games, usw.
- kreative Fähigkeiten wie z. B. Töpfern, Steinarbeiten, Malen, Musikinstrumente und Musikprojekte, Tanzprojekte, Impro-Theatergruppe
- Erlebnispädagogische Aktivitäten wie Kanutouren, Floßbau, Nachtwanderungen, Bouldern, Klettergarten, Kletterhalle, Outdoor Aktivitäten
- Kreative Projekte in der Beschäftigungs- bzw. Gestaltungstherapie
- Bildungsangebote wie zum Beispiel Planetarium, Literatur, Dokumentarfilme, u.a.
- Kulturelle Veranstaltungen wie Theater, Konzerte, Museumsbesuche, u.a.
- Hausfeste und Gemeinschaftsaktivitäten vorzubereiten und zu gestalten (KTL: L560)

Entscheidender Aspekt für die Planung und die Gestaltung von Freizeitverhalten ist die dauerhafte Realisierbarkeit nach der Behandlung. Erfahrungsgemäß gilt auch hier das Prinzip des Übens. Diese Wege müssen individuell umgesetzt werden und sind Ausdruck von gefestigten persönlichen Interessen wie z.B. Gestaltung von Zeit für sich alleine, kreative, kulturelle oder religiöse Neigungen oder Gestaltung von besonderen Aktivitäten wie z.B. Boxverein, Musikgruppe, Outdoor-Aktivitäten.

Die individuellen therapeutischen Ziele hinsichtlich der Freizeitgestaltung orientieren sich an den folgenden übergeordneten Zielen der Freizeitpädagogik:

- Entwicklung von persönlichen Interessen hinsichtlich der Freizeitgestaltung (als Gegensatz zur bisher v.a. an der Beschaffung von Konsummitteln und dem Ausleben des Suchtverhaltens orientierten Tagesstruktur)
- Umsetzung einer aktiven, gesundheitsförderlichen Freizeitgestaltung entsprechend eigener Interessen und Bedürfnisse
- Aufbau einer längerfristigen Pflege von Hobbies, gemeinsamen Freizeitaktivitäten und damit verbundenen sozialen Netzwerken
- Entwickeln einer work-life Balance zur Vorbeugung von Hochrisikosituationen durch berufliche Belastungen oder andere Stressoren durch entsprechenden Ausgleich in der Freizeit.

Mit dem Wechsel in die Adaptionphase erleben die Patienten weitere Anforderungen hinsichtlich der Eigengestaltung von Freizeit. Leitziel ist die Förderung der sozialen Integration durch die Gestaltung der Freizeit. Für die Befähigung zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung finden pädagogisch angeleitete Freizeitveranstaltungen statt, die mit den Patienten wöchentlich vorbereitet werden. Es ist erforderlich, Patienten zu alternativen Freizeithandlungen, wie auch zur sozialen Kontaktaufnahme und angemessenen Kontaktpflege mit Personen außerhalb des Suchtkontexts, zu befähigen. Ebenso ist der Aufbau einer Motivation zur Teilnahme an den verschiedenen regionalen Selbsthilfegruppen wesentlich. Mit der Ex User Support Group – EUSG, die sich auch in Veranstaltungen im RehaHaus vorstellt, besteht eine enge Zusammenarbeit. Patienten können die Selbsthilfegruppen regelmäßig besuchen und dies im Betreuten Wohnen fortsetzen. An weiterführenden Angeboten in der Freizeitgestaltung der EUSG, wie Hüttenwochenenden, Wanderungen, Kanufahrten etc., können die Patienten teilnehmen.

Bildungsangebote

Fehlen die Grundlagen im Lesen, Schreiben oder Rechnen, machen wir individuelle Angebote. Das Leistungsniveau wird durch Tests ermittelt und ein individueller Lernplan erstellt. In Deutsch steht neben Rechtschreib- und grammatikalischen Übungen auch der Zugang zu Literatur und aktuellen Texten im Vordergrund. Weiterhin werden in die Rechtschreibübungen immer wieder allgemeinbildende Inhalte eingeflochten. Die aktive Nutzung von Medien wie Filme, Bücher, Computer und Internet wird angeleitet und für besondere Aufgaben (z.B. Sprach- oder Fachkenntnisse verbessern, Internetrecherchen durchführen, Bewerbungsunterlagen erstellen, u. a.) verbindlich abgesprochen. Inhalt der Mathematikstunden ist der Lernstoff der Hauptschule. Zusätzlich werden bei Bedarf Einstellungstests und formale Schreiben geübt und Patienten, die weiterführende Schulen besuchen wollen, mit Lernmaterial und Aufgaben unterstützt.

4.7.8 Sozialdienst

Allgemeine Sozialberatung

In der Rehabilitation von Drogenabhängigen gehören die Beratung in sozialen Problemen und die Entwicklung einer beruflichen Perspektive zu den grundlegenden Behandlungsaufgaben. Der besondere Bedarf an diesen Arbeitsfeldern wird im Therapiezentrum von einer Mitarbeiterin mit spezifischen Qualifikationen umgesetzt. Innerhalb des Fachgebiets können folgende übergeordnete Ziele beschrieben werden:

- Berufliche (Re-)Integration
- Schuldnerberatung (Entschuldung, Teilsanierung oder Entwicklung eines mittelfristigen wirtschaftlichen Sanierungskonzeptes)
- Formale Aspekte im sozialen Leben des/der Rehabilitanden ordnen

Methodische Grundlage dieses Arbeitsfeldes ist die Teilhabeorientierung des ICFs und das Konzept des Case Managements, da Rehabilitanden nach jahrelanger Abhängigkeit in der Regel mit komplexen Problemlagen konfrontiert sind und in der Beratung nahezu alle sozialrechtlichen Bereiche tangiert werden. Einrichtungsintern findet eine intensive Kooperation mit den Fachbereichen Arbeitstherapie, Psychotherapie und Medizinische Versorgung statt. Der/die Sozialberater/in im Therapiezentrum fungiert als Case Manager, der informiert, berät, interveniert, weitervermittelt und soziale Netzwerke knüpft. Extern arbeitet er/sie als Vermittler/in zwischen Sozialbehörden und Rehabilitand.

Zu Beginn der Behandlung (i.R. in der ersten Behandlungswoche) führt der/die Sozialberater/in mit jedem Patienten ein Aufnahmegespräch zur Sozialanamnese durch (KTL D551). Dieses variiert in der zeitlichen Dauer entsprechend des Umfangs relevanter Aufträge für die Sozialberatung, die im Gespräch erfasst werden. Auf Basis dieses Gesprächs und darin erhobenen Sozialanamnesebefunden werden Folgetermine mit dem Patienten zu spezifischen sozialberaterischen Aufträgen vereinbart. Die Häufigkeit und Dauer der Termine variiert naturgemäß sehr stark entsprechend der Auftragslagen/Problemstellungen.

Zu Beginn der Behandlung stehen inhaltlich hierbei vor allem besonders dringliche formale Angelegenheiten im Vordergrund, wie z.B. die finanzielle Grundversorgung, die Gültigkeit der Krankenversicherung, offene Haftbefehle, große und dringend zu regulierende Schulden und die Ummeldung auf die aktuell gültige Meldeadresse. Hierzu erfolgen insbesondere Beratungsgespräche zu den folgenden KTLs:

Sozialrechtliche Beratung: Wirtschaftliche Sicherung	D 552
Sozialrechtliche Beratung: Klärung rechtlicher Fragen	D 552

Im Therapieplanungsgespräch nach $\frac{1}{4}$ der Behandlungszeit, an dem auch die Sozialberatung bei jedem Patienten teilnimmt, werden weitere Bedarfe für die Sozialberatung mit dem Patienten und den für ihn zuständigen MitarbeiterInnen der anderen Fachbereiche zusammen erfasst. In der

Folge können i.R. noch spezifischere Schwerpunkte für weitere Beratungsgespräche definiert werden.

Zudem erhalten die Patienten, sofern entsprechender Bedarf besteht, ab diesem Zeitpunkt im Behandlungsverlauf eine intensivierete Unterstützung zur beruflichen Orientierung (je nach Bedarf und Auftragslage KTL: D561, D563, D564, D569, D579 und in Kooperation mit der ärztlichen Leitung auch D563) und nehmen an einem wöchentlichen Bewerbertraining teil (KTL H842).

Begleitung juristischer Verfahren (KTL D552)

Der strafrechtliche Status muss sicher abgeklärt sein, damit die Behandlung nicht durch juristische Maßnahmen gefährdet wird. Der Rehabilitand wird in juristischen Verfahren wie z. B. Zeugenternen, Hauptverhandlungsterminen oder anstehender Vollstreckung von Freiheitsstrafen begleitet und unterstützt. Bei ausländischen Rehabilitanden wird zudem der Aufenthaltsstatus festgestellt und bei Bedarf wird eine neue Aufenthaltsgenehmigung beantragt.

Schuldnerberatung und -regulierung (KTL: D552)

Im Rahmen der Schuldnerberatung wird eine Aufstellung über die Schuldensituation und eventuelle finanzielle Ressourcen angefertigt. Eine essentielle Aufgabe der Schuldnerberatung ist die Erhebung der individuellen Schuldenbiographie und Schuldengenese. Schließlich werden Sanierungskonzepte und -strategien entwickelt, die auf die jeweilige persönliche Situation des Rehabilitanden zugeschnitten sind. Wenn die finanzielle und persönliche Lage des Rehabilitanden es erlaubt, werden bereits während der Behandlung Gläubigerverhandlungen geführt, Sanierungen eingeleitet und teilweise auch mit der Entschuldung abgeschlossen. Hat der Rehabilitand keine finanziellen Ressourcen zur Regulierung seiner Verbindlichkeiten, so werden Maßnahmen des Schuldnerschutzes durchgeführt. Wenn möglich und notwendig, werden Rehabilitanden an geeignete Nachbetreuungsangebote der Schuldnerberatung vermittelt.

Berufliche Integration (je nach Bedarfslage KTL: D561/D563/D564/D569/D579/H842/D593)

Der Beratungsprozess der beruflichen Integration ist modular organisiert und wird von unterschiedlichen Fachbereichen angeboten. Die Moderation des gesamten Entwicklungsprozesses des jeweiligen Rehabilitanden hinsichtlich seiner beruflichen Integration liegt in der Verantwortung des Fachbereichs Sozialtraining und Beratung.

4.7.9 Gesundheitsbildung und Ernährung

Die gezielte Förderung gesundheitlicher Ressourcen und Schutzfaktoren ermöglicht es den Rehabilitanden ihre eigenen Fähigkeiten der Selbstfürsorge und Gesundheitsvorsorge aufzubauen und zu stabilisieren. Bei Drogenabhängigen haben sich aus körperlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen besondere Risiken entwickelt, die nur durch eine aktive Lebensstiländerung eine längerfristige Krankheitsbewältigung und Gesundung ermöglichen.

Dazu erhalten die Rehabilitanden in Vorträgen und Einzelgesprächen Informationen zu Ihren Risiken und den möglichen Strategien eines Gesundheitstrainings. Bei der Bewältigung von besonderen spezifischen Erkrankungen wie z.B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankung oder allergischen Erkrankungen wird der praktische Umgang mit den Symptomen und Hilfen unterstützt und im Alltag begleitet. Weiterhin ist die Information und Vermittlung von professioneller Hilfe, sozialer Unterstützung und Selbsthilfegruppen während und nach der Rehabilitation erforderlich. Es werden vertiefende Maßnahmen angeboten, um in angeleiteten Gruppen wie dem Nichtrauchertraining, körperliche Entspannungskurse wie Yoga oder Feldenkrais oder an Progressiver Muskelentspannung teilzunehmen. Die allgemeine körperliche Leistungsfähigkeit kann durch Gewichts- und Nikotinreduktion bzw. Nikotinabstinenz, Gesundheits- und körperliches Belastungstraining deutlich verbessert werden.

Nichtrauchertrainings werden entsprechend der Nachfrage seitens der Patienten angeboten. In kleiner Gruppe (3- max. 8 Patienten) werden hierbei die Mechanismen der Nikotinabhängigkeit, sowie nachweislich erfolgreiche Strategien zur (möglichst) vollständigen Nikotinabstinenz vermittelt. Die Teilnehmer reflektieren wöchentlich in der Gruppe ihre Erfahrungen, Fortschritte und

Schwierigkeiten mit der schrittweise erlernten Nikotinabstinenz. Zudem werden sie dazu angeleitet, sich im Alltag gegenseitig bei ihrem Ziel zu unterstützen, alternative Beschäftigungsmöglichkeiten für die Raucherpause der Mitpatienten zu suchen und ausgleichende Aktivitäten zur Emotions-/Spannungsregulation einzuüben.

Zusätzlich zur gezielten Förderung spezifischer Resilienzfaktoren werden weitere Interessens-/Projektgruppen für die Freizeitgestaltung, wie z.B. ein Lauftreff, eine Meditationsgruppe oder ein Thermalbadbesuch organisiert, um ein aktives, selbständiges und gesundheitsförderliches Verhalten aufzubauen und zu verstärken. Diese Angebote werden in enger Zusammenarbeit mit Bezugstherapeuten, Freizeit- und Sportpädagogen eingeleitet, umgesetzt und ausgewertet.

Für eine Überprüfung und Veränderung von Ernährungsgewohnheiten werden in Absprache mit der Medizinischen Betreuung und dem Küchenpersonal die Beratung in Ernährungsfragen, die Anleitung in Kochprojekten und die Beratung bei Sonderkost angeboten. Diese alltagsnahe Beratung wird durch fachspezifische Informationen einer Diplom Ökotrophologin / Diätassistentin in Einzel- und Gruppenangeboten zur Ernährungsberatung bei gesundheitlichen Problemen ergänzt (KTL: M600 Ernährungsberatung in der Gruppe und M621 Lehrküche indikationspezifisch in der Gruppe oder M622 Lehrküche indikationsübergreifend in der Gruppe). Spezifische Aufgabenstellungen und Inhalte der Ernährungsberatung inkl. monatlicher Lehrküche seitens der Diplom-Ökotrophologin sind hierbei u.a.:

- Die Zusammenstellung einer ausgewogenen Ernährung hinsichtlich der Versorgung mit Mikro- und Makronährstoffen
- Anleitung zur selbstständigen Strukturierung eines wöchentlichen, gesundheitsförderlichen Ernährungsplans
- Information zu gesunder, fitnessbezogener Ernährung zur Unterstützung spezifischer sportlicher Betätigung
- Unterstützende Information bei indizierter Ernährungsumstellung zur Gewichtsreduktion

Während der Behandlung erhalten die Patienten drei Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen oder Brunch, Abendessen) zu regelmäßigen Zeiten. Der Speiseplan wird ausgewogen für jede Woche in Zusammenarbeit mit den Patienten im Küchenteam zusammengestellt. Hierbei werden auch Sonderkostformen, Unverträglichkeiten oder Allergien einzelner Patienten explizit berücksichtigt.

Im Alltag werden die Patienten hinsichtlich ihrer Essgewohnheiten bei den Mahlzeiten dazu angehalten, die Mahlzeiten konzentriert, mit Achtsamkeit beim Verzehr bzw. Genuss der Mahlzeit und in einer sozial angenehmen Atmosphäre einzunehmen. Oftmals werden die Patienten bei übertriebener Eile, dem Verzehr viel zu großer Portionen in kurzer Zeit, gegenseitigem Neid bei der Verteilung der Portionen und einer hohen Lautstärke und großen Unruhe im Speisesaal beobachtet. Verhaltensmuster, die eine deutliche Parallele zum erworbenen Suchtverhalten und mangelnder Selbstfürsorge aufweisen. Um eine gesunde Ernährungsweise und Kultur bei den Mahlzeiten zu fördern, wird in den Tagesreflexionen regelmäßig entweder von Mitarbeiter- oder von Patientenseite auf störende oder gesundheitsschädigende Verhaltensweisen hingewiesen und es werden gemeinsam gesundheitsförderliche Strategien entwickelt.

Zudem werden die Patienten hinsichtlich der Nahrungsauswahl ebenfalls dazu angeleitet, auf eigene Bedürfnisse und ggf. auf Unverträglichkeiten oder Allergien (über die ärztliche Eingangsanamnese hinaus) besonders zu achten.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Vernetzung der stationären Behandlung mit zentralen Personen aus dem Lebensumfeld kann sowohl zur Stabilisierung in kritischen Verläufen, als auch zur langfristigen Festigung des Behandlungserfolges wesentlich beitragen.

Aus allen Fachbereichen heraus werden die Arbeit mit Angehörigen und die Vernetzung mit früheren oder späteren Behandlungspartnern zu spezifischen Fragestellungen organisiert. Je nach Problemlage reicht dieses Angebot von telefonischen Kontakten, schriftlichen Vereinbarungen, kurzen Informations- und Beratungsgesprächen bis zur Vereinbarung für therapeutische Gespräche mit Partnern, Kindern oder Familienangehörigen oder das Angebot für eine gemeinsame, zeitgleiche Rehabilitation mit der Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt für Paare mit Kindern. Besuche sind grundsätzlich an den Wochenenden bis zu 2 Tage mit Übernachtung im Dorf möglich. Therapeutische Paar- und Familiengespräche sind entweder werktags oder bei längerfristiger Planung auch an den Wochenenden möglich.

Beteiligte Institutionen oder Behörden wie z.B. Arbeitgeber, Arbeitsämter, Rehaberater, Rechtsanwälte, Bewährungshelfer, Jugendämter, Schuldnerberatungsstellen, u.a. werden in der Planung zu zentralen Fragen einbezogen, um tragfähige Perspektiven aufzubauen.

4.7.10.1 Angehörigenarbeit bei jüngeren THC- und Partydrogenkonsumenten

In der Arbeit mit jüngeren THC- und Partydrogenkonsumenten ist bereits in der Bewerber- und Aufnahmephase der Einbezug der Angehörigen sinnvoll und erwünscht. Meist ist zu Beginn der Behandlung die längerfristige Planung noch unklar bzw. unentschieden und es bestehen unterschiedliche und ambivalente Wünsche zur Verselbstständigung und Ablösung vom Elternhaus. Ebenso wird die Kostenzusage oftmals ohne Adaptionphase beantragt oder bei Zuständigkeit der Krankenkassen auch nicht bewilligt und erfordert bereits in der Intensivphase die frühzeitige Planung der längerfristigen Perspektiven. Hierbei sind die Erwartungen und Ressourcen durch das Elternhaus einzubeziehen und für eine nachhaltige Planung erforderlich. Die Vernetzung mit späteren Unterstützungsangeboten und professionellen Hilfen muss aufgrund längerer Vorlaufzeiten ebenfalls in der Intensivphase organisiert werden. Je nach Problemlage sind hier Angebote der Jugendhilfe, der beruflichen Bildung und Förderung, des betreuten Wohnens oder der ambulanten Suchthilfe einzubeziehen und Anträge, Hilfeplan- und Übergabegespräche zu organisieren, um sinnvolle Perspektiven aufzubauen. Von und mit den Familienangehörigen werden im Verlauf unterschiedliche Formen von telefonischen Kurzkontakten, Informationsgesprächen, Beratungsgesprächen oder familientherapeutischen Gesprächen gewünscht und vereinbart. Familientherapien mit längerfristigen Themen und Verläufen können bei Bedarf auch nach Abschluss der Therapiephase oder Behandlung mit den zuständigen Familientherapeuten/innen fortgesetzt werden.

4.7.10.2 Therapien für Paare in Kooperation

Unter dem Motto „getrennt gehen, gemeinsam ankommen“ haben die Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt für Frauen mit Kindern und das Therapiezentrum Brückle für Männer ein gemeinsames Angebot konzipiert. Paare können sich für eine stationäre Drogentherapie entscheiden und in den ersten Monaten ihre individuellen Themen und Bedürfnisse in den räumlich getrennten Einrichtungen klären. In der Therapie können sie mit der Veränderung ihrer Abhängigkeitsproblematik auch neue Wünsche und Sichtweisen für ihre weitere Lebensplanung entwickeln. Die Adaptionphase kann dann gemeinsam oder weiterhin in getrennten Einrichtungen durchgeführt werden.

Für die Entwicklung der partnerschaftlichen Fragen und Perspektiven werden gemeinsame Angebote durchgeführt:

- Kontinuierliche Paar- und Familiengespräche
- Mehrtägige Angehörigenseminare im Lindenhof miteinander
- Gemeinsame Sozial- und Schuldnerberatung und Vorbereitung der beruflichen Integration
- Verknüpfung der Strategien und Planungen, die aus den Einzelbehandlungen entstehen
- Gemeinsame Zukunftsplanung

Damit von Anfang an die gemeinsame Perspektive und dem Wunsch nach Kontakt und Austausch entsprochen wird, vereinbaren wir individuell die Kontakt-, Besuchs- und Ausgangsregelungen, besonders bei gemeinsamen Kindern. Bei besonderen Anlässen ist ein Kontakt über die zuständigen Mitarbeiter/innen sofort möglich.

Die räumliche Nähe und die gute Verbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln (stündlicher Takt – ca. 30 Minuten Wegzeit) erleichtert die Zusammenarbeit und Kontakte. Ab der Adaptionphase kann dann eine gemeinsame Behandlung in einer der Einrichtungen des AKRM oder der AGJ geplant werden. Ambulante Nachbetreuungen werden zusammen vorbereitet und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen geknüpft.

Die Aufnahme in dieses Angebot erfordert die Vorbereitung über eine Beratungsstelle zur Abklärung der gemeinsamen oder auch unterschiedlichen Erwartungen. Bei der Bewerbung ist es wichtig, dass die „Partnereinrichtung“ darüber informiert wird, dass eine Paarbehandlung gewünscht wird. Eine Schweigepflichtsentbindung beider Partner muss schon in der Bewerbungsphase den Einrichtungen vorliegen. Nur so ist zu gewährleisten, dass eine zeitgleiche oder -nahe Aufnahme geplant werden kann.

4.7.11 Rückfallvorbeugung und -management

Das komplexe Geschehen der chronifizierten Abhängigkeitsentwicklung kann bei den jungen Erwachsenen mit Drogenproblemen nicht ausschließlich mit der Frage der Suchtmittelabstinenz beschrieben und verändert werden. Es geht auch um die Gestaltung von hilfreichen versus destruktiven Verhaltens- und Beziehungsmustern. Süchtiges Verhalten als destruktiver Handlungs- und Beziehungsmodus ist in stationären Drogeneinrichtungen eine Thematik, die im Alltag der Behandlung vermittelt und im Kontext der Gesamtgruppe wahrnehmbar werden muss.

Wer in seiner persönlichen Entscheidung noch zwiespältig ist, wird dies zu Beginn einer Behandlung aufgrund eines Abstinenzgebotes nicht einfach ablegen. Er wird weiterhin bereit sein, eigene Widersprüche zu verheimlichen und wenn sich Gelegenheiten oder Gleichgesinnte finden, eine zeitweilige Befriedigung zu suchen. Dies zeigt sich bereits unterhalb der Schwelle des manifesten Konsums in den Formen der Alltagsorganisation und Beziehungsgestaltung.

Mit jedem Patienten und jeder Generation müssen die abstinenten Behandlungsziele und -inhalte neu vermittelt werden. Dies bedeutet, Motivationsarbeit zu leisten und mit den Beteiligten den sozialen Raum zu gestalten, der für eine gemeinsame Zeit der abstinenten Behandlung entscheidend ist. Wir können die vorhandenen Kompetenzen unterstützen, Ressourcen aktivieren und die Zuversicht stärken, eine Abstinenzentscheidung zu treffen und aufrecht zu erhalten. So gehören spezifische Erhebungsinstrumente zur Abstinenzzuversicht, strukturierte Gruppenangebote zu Themen der Abstinenzmotivation, Rückfallprophylaxe oder -bewältigung zu den Standards des Behandlungsprogrammes.

Es bleibt unsere Verantwortung, den wiederkehrenden Schaden der Rückfalldynamik für den Einzelnen und die Gesamtgruppe zu begrenzen. Wir überprüfen die Grenzen der Abstinenzvereinbarung durch regelmäßige Drogenscreenings mit Urinkontrollen oder durch Alkoholatem- und Laborkontrollen. Im Einzelfall wird bei nicht verordnetem Medikamentenkonsum, Alkohol- oder Drogenkonsum die Weiterbehandlung in der Einrichtung überprüft. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit der strukturierten Rückfallbearbeitung, wenn der Patient seinen Suchtmittelkonsum eigenständig offenlegt, die notwendige Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft zeigt und die Gesamtgruppensituation als tragfähig erlebt wird. Die Weiterbehandlung nach einem Rückfall wird anhand folgender Kriterien entschieden und durchgeführt:

1. Prüfung der Indikation zur Rückfallbearbeitung
 - a. Glaubwürdigkeit und Motivation des Patienten
 - b. Mitarbeit und Belastbarkeit der Patientengruppe
 - c. Kapazität und positive Prognosebewertung im Team
2. Aufgaben der Patienten zur

- a. Behandlungsmotivation und -kooperation
 - b. Rückfallanalyse und Vorbeugungsstrategien
3. Vorstellung der Ergebnisse in der therapeutischen Gruppe
4. Auswertung zu vereinbarten Terminen:
 - a. in Einzel- und Gruppengesprächen
 - b. im Gesamtteam
5. Disziplinarische Konsequenzen: Verweis, Verhaltens-, Probezeitvertrag oder Entlassung

Die Weiterbehandlung erfolgt zunächst mit einer Probezeit in der Einrichtung, in der individuelle Anforderungen zu bewältigen sind und die Mitwirkungsbereitschaft in der Behandlung überprüft wird. In der Adaptionsphase kann bei einer möglichen Behandlungsunterbrechung, die kurzfristige externe Unterbringung mit Verhaltensaufgaben und regelmäßigen Urinkontrollen vereinbart werden, die dann als Voraussetzung für eine Weiterbehandlung in der Adaptionsphase oder eine Rückverlegung in die Intensivphase überprüft werden.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Maßnahmen und Anordnungen zur allgemeinmedizinischen Versorgung und zur medikamentösen Behandlung werden mit pflegerischer Unterstützung umgesetzt und dokumentiert. Besonders in der Behandlung von komorbiden Störungen wird die Alltagsbegleitung mit Kurzkontakten für die Unterstützung und Versorgung in Belastungssituationen durch die Pflege geleistet. Die medizinische Versorgung in Notfällen, die Einleitung von Erste Hilfe Maßnahmen und die Begleitung bei externen medizinischen Behandlungen wird durch die Pflegekraft organisiert und sichergestellt. Weiterhin wird die Abnahme und Laborprüfung von Urin- und Blutproben, Blutdruckmessungen und die Wundversorgung im Bedarfsfall umgesetzt und dokumentiert.

Die häufigen Störungen des Allgemeinzustandes und des Bewegungsapparates sind durch gezielte Informationen, allgemeine Gesundheitsmaßnahmen, spezifische pflegerische Maßnahmen sowie durch besondere Hilfen zur Veränderung selbstschädigender Einstellungen, Gewohnheiten und Lebensstile zu verbessern. Eine wesentliche Aufgabe des pflegerischen Personals ist es, Selbstfürsorge und Selbsthilfekompetenzen aufzubauen und die Eigeninitiative von Rehabilitanden zu fördern. Der persönliche Kontakt besonders in den Nacht -und Wochenenddiensten ermöglicht eine Unterstützung und eine Begleitung bei körperlichen Einschränkungen oder Verletzungen, alltagsnahen Belastungen und in krisenhaften Verläufen. Somit ergeben sich wesentliche Schnittstellen zu den Angeboten der Freizeit-, Sport- und Alltagspädagogik.

4.7.13 Weitere Leistungen

4.7.13.1 Anschlussmaßnahmen

Das Entlassmanagement ist für alle Verwaltungs- und Medizinisch-Therapeutischen Prozesse mit den detaillierten Anforderungen, Abläufen und Verantwortlichkeiten im Qualitätsmanagementhandbuch für die Intensiv- und Adaptionsphase festgelegt.

Während der stationären Behandlung werden die berufsbezogene Diagnostik und die Eignungsabklärung frühzeitig begonnen, um mit den Patienten mögliche Anschlussmaßnahmen zur sozialen oder beruflichen Teilhabe formal und inhaltlich zu klären und mit telefonischen oder persönlichen Kontakten vorzubereiten. Bei Rückkehr an den alten Arbeitsplatz wird vom Arzt mit dem Rehabilitanden im Kontakt mit dem Arbeitgeber, dem Betriebsrat oder dem Sozialdienst geprüft, ob bestehende Einschränkungen oder Belastungen mit einer Vereinbarung zur Wiedereingliederung besser bewältigt werden können.

Sind Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich, wird der Kontakt zum Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder zur Agentur für Arbeit direkt hergestellt, um frühzeitig mögliche Ansprüche und Leistungen abzuklären und Antragsverfahren einzuleiten. Dies können Hilfen für berufliche Ausbildung, Trainingsmaßnahmen oder Weiterbildungsmaßnahmen sein.

Die suchtspezifische Weiterbehandlung oder berufsbezogene Nachsorge können bei Indikation zur Adaptionsphase oder für das Betreute Wohnen auch in Einrichtungen anderer Träger durchgeführt werden, z. B. bei wohnortsnaher Wiedereingliederung. Weiterhin vermitteln wir in ambulante Rehabilitation oder Nachsorge von Beratungsstellen am Heimat- oder zukünftigen Wohnort und stellen den Kontakt zu Selbsthilfegruppen her.

4.7.13.2 Kooperationen mit Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind vor, während und nach einer stationären Rehabilitation wichtige Kooperationspartner für die realistische und alltagsnahe Bewältigung einer Suchterkrankung. Um die Rehabilitanden bei der längerfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz zu stabilisieren, wird für die Kontaktaufnahme mit den regionalen Selbsthilfegruppen der Anonymen Alkoholiker, der Narcotics Anonymous, den Alpha Panters, den Selbsthilfegruppen für Angehörige und Kinder von Suchtkranken oder den spezifischen Gruppen bei Spielproblemen und Essstörungen mit Prospekten und Adressen informiert und zur Teilnahme während und nach der Rehabilitation motiviert.

Während der stationären Rehabilitation werden in der Rehabilitationseinrichtung regelmäßig Informationsveranstaltungen mit dem Verein EUSG e.V. (Ex-User-Support-Group) und der Gruppe der Narcotics Anonymous veranstaltet. In der Adaptionsphase können die Rehabilitanden die verschiedenen Gruppen besuchen und bei Interesse an den Veranstaltungen regelmäßig teilnehmen. Die frühzeitige Informationsvermittlung, Motivationsförderung und Kontaktaufnahme, auch durch regelmäßige Vorstellung der Selbsthilfegruppen in den Einrichtungen, soll den Anschluss an bestehende Gruppen oder die Initiative für selbstorganisierte Projekte erleichtern. Nach der Rehabilitation besteht auch die Möglichkeit für eine persönliche Anbindung an einen ehrenamtlichen Lotsen aus der Selbsthilfegruppe.

4.7.14 Beendigung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Mit Heimfahrten oder der Kontaktaufnahme zu den Angehörigen, den nachsorgenden Stellen oder weitergehender medizinischer oder therapeutischer Behandlung wird das Behandlungsende eingeleitet und der Transfer von Veränderungen in das soziale und berufliche Umfeld vorbereitet und gesichert.

Die Behandlung kann beendet werden, wenn die vereinbarten, auftragsbezogenen Ziele erreicht sind und der Übergang in die Weiterbehandlung oder in die Nachsorge gesichert ist. Durch die Verweildauerbudgetierung sind dabei auch kurzfristige Verkürzungen oder Verlängerungen der Behandlungsdauer möglich, um den individuellen Anforderungen gerecht zu werden. Wenn die Bedingungen der Behandlung zur Motivation, Mitwirkungsbereitschaft oder der grundsätzlich zu erwartenden positiven Prognose nicht mehr erfüllt sind, wird die Behandlung vorzeitig beendet.

Abschlussgespräche mit den zuständigen Mitarbeitern/innen der Fachstellen werden in der letzten Woche durchgeführt. Am Tag vor der Entlassung (bei besonderem Bedarf ggf. auch schon früher in der letzten Behandlungswoche) findet die medizinische Entlassuntersuchung statt. Abschlussgespräche mit der therapeutischen Leitung werden ebenfalls im Verlauf der letzten Behandlungswoche geführt.

In der medizinischen Entlassuntersuchung wird mit dem Rehabilitanden die Beurteilung der körperlichen Belastbarkeit und die sozialmedizinische Epikrise besprochen. Der Arzt berät Rehabilitanden bei Fragen zur beruflichen Integration, zur beruflichen Wiedereingliederung und zu Fragen bei Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und leitet bei Bedarf entsprechende Abklärungen und Untersuchungen ein.

Die zeitnahe Übermittlung des Entlassberichtes an die DRV und die Information und Übergabe an weiterbehandelnde Stellen ist innerhalb der folgenden 7 Werkstage sichergestellt.

5. Personelle Ausstattung

Ein integratives medizinisch-verhaltenstherapeutisches Konzept nutzt die methodischen Ressourcen und Mitarbeiterkompetenzen. Dabei wird der interdisziplinären Kooperation und Vernetzung von Behandlungsaufgaben ein hoher Wert beigemessen. Bezugs- und Gruppentherapeuten/innen verfügen über qualifizierte therapeutische Zusatzausbildungen (Approbation oder VDR anerkannte Ausbildungen). Die Qualifikationen werden in jährlichen Auswertungen an den gesetzlichen und fachlichen Anforderungen überprüft und mit der Fortbildungsplanung aktualisiert. Im aktuellen Personalstandsplan (siehe Anhang) der Rehabilitationseinrichtung der Intensiv- und Adaptionsphase werden jährlich die folgende Berufsgruppen und Funktionen dargestellt und an die DRV gemeldet:

Berufsgruppe (Funktion)	Anzahl Mitarbeiter/innen	Stellen- anteil
Arzt / Facharzt (Medizinische und psychiatrische Betreuung)	4	0,9
Psychologische Psychotherapeut*innen approb. und i.A.. (Psychologische Diagnostik und Therapie)	2	1,5
Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen (Bezugstherapie)	6	4,3
Dipl. Sozialarbeiter/-pädagogen (Klinische Sozialarbeit, Freizeitpädagogik)	3	1,85
Pflegekraft (Pflegeleistungen)	3	1,6
Pädagogische Hilfskraft (Nacht- und Wochenenddienste)	1	0,2
Sportlehrer / Körpertherapeut (Sporttherapie)	1	0,5
Ergo-, Beschäftigungs-, Arbeitstherapeuten (Arbeitstherapie)	5	2,88

Die Mitarbeit von ehrenamtlichen Personen im Therapiezentrum entlastet die Mitarbeiter/innen vor allem im Freizeit-, Bildungs- und Kulturbereich durch zusätzliche Angebote oder Begleitung bei Außenaktivitäten und bereichert die Angebotsvielfalt für Rehabilitanden. Die enge und persönliche Zusammenarbeit mit Lotsen aus der Selbsthilfegruppe betont die Bedeutung von Modellen für die Überwindung der Drogenabhängigkeit.

6. Räumliche Gegebenheiten

Das Hauptgebäude des Therapiezentrum Brückle ist ein historisches Landgut mit Wirtschaftsgebäuden in ländlicher Gegend am Rande der Gemeinde Buggingen, 25 km südlich von Freiburg, im Markgräflerland. Mit dem Eingang zum gepflasterten Innenhof werden zunächst die verschiedenen Zugänge zu den Verwaltungs-, Aufenthalts- und Funktionsräumen erreicht. Die Zugänge können nur eingeschränkt über Seitenwege behindertengerecht genutzt werden. Im Erdgeschoss sind der Empfang, die Verwaltung, die Medizin, das Aufnahmezimmer, die Wäscherei, die Küche, die Backstube und der Speisesaal angeordnet.

Im medizinischen Behandlungszimmer wird die ärztliche Sprechstunde durchgeführt und ist die Versorgung in medizinischen Notfällen möglich. Zur medizinischen Ausstattung sind ein Alkoholmessgerät, ein Notfallkoffer mit Sauerstoffbeatmungsgerät, Spirometer, ein Defibrillator, ein Mehrkanal-EKG, ein Ergometer und ein Blutzuckermessgerät vorhanden. Darüber hinaus steht ein separates Pflegedienstzimmer für die Lagerung und Ausgabe von Medikamenten, die Auswertung von Alkohol- und Urinkontrollen und die Durchführung pflegerischer Anwendungen oder medizinischer Behandlungen zur Verfügung.

Laboruntersuchungen sind über die tägliche Abholung eines Medizinischen Versorgungszentrums in Freiburg geregelt. Für radiologische Untersuchungen, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Sonographie, Lungenfunktionsdiagnostik oder elektrophysiologische Untersuchungen bestehen Kooperationen mit den niedergelassenen Fachärzten, mit der Helios Klinik Müllheim und der Ambulanz der Uniklinik Freiburg.

In den Obergeschossen befinden sich für die Klärungs- und Intensivtherapeutische Phase insgesamt 36 Plätze, meist in Doppelzimmern. Mit dem Bau eines neuen Bettenhauses mit elf weiteren Zimmern, sowie einer Lehrküche (2017-18) wurde u.a. die verbesserte Unterbringung in Ein- und Zweibettzimmern mit eigenem Sanitärbereich ermöglicht. Infolge können nun die Altbauzimmer mit eigenen Sanitärbereichen ausgebaut werden.

In zwei weiteren Seitengebäuden befinden sich die Räume für die Angebote der Ergo- und Arbeitstherapie mit Schreinerei, Hausinstand / Malerei, Metallbearbeitung, Fahrradwerkstatt, Kreativwerkstatt und Töpferei. Ebenso sind hier eine Vielzahl von Funktionsbereichen wie Aufenthaltsraum, Fernsehraum, Computerraum, Bibliothek, Billardzimmer und Musikraum, Sporthalle, Fitnessgeräteraum, Sauna und Sanitärbereich. In einem Neubaupavillon im Garten der Anlage sind weitere Büro- und Gruppenräume mit behindertengerechten Strukturen.

Der großräumige Gartenbereich wird teilweise als Nutzgarten bewirtschaftet und kann in den Ruhe- und Sportzonen gemeinschaftlich genutzt werden. Weiterhin wird die Sporthalle der Gemeinde Buggingen für Ballsport belegt und die Hallen-, Thermal- und Freibäder der Kurorte im Markgräflerland regelmäßig besucht.

7. Kooperation und Vernetzung

Die Gesamtrehabilitation von chronisch Abhängigen erfordert die Kooperation mit anderen Diensten vor, während und nach der stationären Behandlung. Dabei werden mögliche Synergieeffekte durch die gezielte Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen, den Entzugseinrichtungen, der Selbsthilfe und den behandelnden Ärzten und Psychotherapeuten gefördert. Die regelmäßige telefonische oder persönliche Information und Koordination ist als wesentliches Element bei einzelfallbezogenen Kooperationsfragen unerlässlich. In den Jahresberichten werden sowohl qualitative und quantitative Bilanzen zu den verschiedenen Angebotsbereichen veröffentlicht und allen kooperierenden Stellen zugesandt.

Mit dem Fachverband für Prävention und Rehabilitation in der Erzdiözese Freiburg e.V. (AGJ) bestehen besondere Kooperationsvereinbarungen für Kombinationsbehandlungen mit ambulanten, stationären und teilstationären Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Konzeption für die Kombitherapie (Ambulant und Teilstationär) und für die Therapie von Paaren wurde in Kooperation beider Träger entwickelt. Die Sicherung dieser Zusammenarbeit erfolgt durch die Fachkonferenz der Leiterinnen und Leiter der Suchthilfeeinrichtungen und die Zusammenarbeit im Einzelfall durch regelmäßige fallbezogene Kommunikation.

Das Therapiezentrum Brückle ist Mitglied in den Kommunalen Suchthilfenetzwerken des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald und der Stadt Freiburg, sowie des Regiotreffs, einer Vereinigung aller Anbieter von Angeboten für Drogenabhängige in der Region. Die Kooperationen dienen auf organisatorischer, fachlicher und persönlicher Ebene der Qualitätssicherung im Sinne einer regionalen Vernetzung der Fachdienste mit den kommunalen Trägern.

Aufgrund der Lage gelten der Landkreis Lörrach, der Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, die Stadt Freiburg, der Landkreis Emmendingen und der Ortenaukreis als Nahbereich, in dem alle Angebote ambulanter und stationärer Drogenhilfe, sowie ein Netz sozialer Institutionen wohnortsnah vorgehalten werden. Wichtige regionale Partner sind der Selbsthilfeverein EUSG e.V. (Ex-User-Support-Group), die psychosozialen Beratungsstellen und spezifische Gruppen wie „Kinder Suchtkranker Eltern“. Darüber hinaus kooperieren wir eng mit den regionalen Einrichtungen der

AGJ, insbesondere mit der Drogenberatungsstelle KOBRA Müllheim, den Therapievereinigungsgruppen in der JVA Freiburg (Jugend-, Untersuchungs- und Strafhaft) mit der Rehaklinik Lindenhof in Schallstadt bei der Suchtherapie von Paaren und mit den Drogenberatungsstellen EMMA in Emmendingen und Oberau in Freiburg bei der Nachsorge. Mit der Drogenhilfe Freiburg besteht ein regelmäßiger fachlicher Austausch, insbesondere zur Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten.

Folgende Veranstaltungen werden regelmäßig durchgeführt:

- Mitarbeit in überregionalen Strukturen (Beratungsstellentreffen, Leitertreffen der stationären Einrichtungen, Fachgruppentreffen beim DPWV)
- Mitarbeit in den kommunalen Suchthilfenetzwerken der Stadt Freiburg und des Landkreises Breisgau-Hochschwarzwald
- Mitarbeit im „Regiotreff der Suchthilfe“ und weiteren regionalen Arbeitsgruppen der Suchtkrankenhilfe, Schuldnerberatung, u.a.
- Hospitationen von oder bei kooperierenden Einrichtungen
- Präventionsveranstaltungen der regionalen Schulen und Ausbildungseinrichtungen
- Lehraufträge, Studien- und Praktikumsveranstaltungen mit der Fachschule für Ergotherapie und Arbeitserzieher, den Hochschulen für Sozialarbeit/Sozialpädagogik und der Abteilung Rehabilitationspsychologie der Universität in Freiburg

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Das Therapiezentrum nimmt regelmäßig am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherungsträger teil und ist dem Konzept einer lernenden Organisation verpflichtet. Das Leitbild, die Strukturen, die Abläufe und die Ergebnisse unserer Arbeit sind im Qualitätsmanagementhandbuch dokumentiert und werden im Qualitätssicherungsverfahren intern und extern jährlich geprüft. Die drei Einrichtungen des Therapiezentrums mit der Intensivphase, der Adaptionsphase und dem Betreuten Wohnen sind nach den Qualitätskriterien der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) entsprechend den Normen der DIN ISO 9001 und dem Manual QMS-Reha der DRV Bund zertifiziert.

Auf der Rechtsgrundlage des §20 Abs. 1 des SGB IX und der Vereinbarung zur externen Qualitätssicherung werden die Empfehlungen und Vereinbarungen der Kostenträger für die stationäre medizinische Rehabilitation fortlaufend realisiert.

Die interne Dokumentation erfolgt über die Auswertung des Deutschen Kerndatensatzes, der patientenbezogenen Daten mittels der Software zur Patientenverwaltung und Leistungsfakturierung (PATFAK), der internen Befragung zur Patientenzufriedenheit und der Katamnesebefragung. Die Qualitätsstandards für die Dokumentation sind formal und inhaltlich am „Leitfaden zum einheitlichen Entlassbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ ausgerichtet und werden zeitnah, möglichst innerhalb von drei Tagen nach Abschluss der Behandlung dem Rentenversicherungsträger übermittelt. Der Transfer erfolgt mit Datenfernübertragung nach § 301 Abs. 4 des SGB V.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Klinikleitung liegt beim Ärztlichen und Therapeutischen Leiter. Die Dienst- und Fachaufsicht wird in vier Fachteams der Medizin / Pflege, Psychotherapie / Freizeit, Arbeitstherapie / Sozialberatung und Adaptionsphase organisiert. Die Leiter dieser Fachbereiche gewährleisten mit regelmäßigen Leitungsbesprechungen die fachlichen, personellen und organisatorischen Standards der interdisziplinären Gesamtbehandlung.

Die Behandlungsverläufe werden in täglichen Kurzteams besprochen und Interventionen abgestimmt. In der wöchentlichen Gesamtteambesprechung werden mit der ärztlichen und therapeutischen Leitung die Informationen aus allen Fachteams zusammengetragen, bewertet und übergreifende therapeutische Einzel- und Gruppenstrategien geplant und koordiniert. Bei Schwierigkeiten werden therapeutische Prozesse mit dem Patienten im Therapieplanungsgespräch ausgewertet und weitergehende Zielsetzungen vereinbart. Die Planung, Durchführung und Prüfung der einzelnen Verläufe und der Gesamtbehandlung wird im interdisziplinären Gesamtteam organisiert. Folgende interne Besprechungen sind dafür festgelegt:

Regelbesprechungen	Teilnehmer/innen	Inhalte	Zyklus Dokumentation
Gesamtleitungsteam	<ul style="list-style-type: none"> • Verwaltungsleitung • Therapeutische Leitung • Ärztliche Leitung • Leitungen der Fachbereiche 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategien • Konzepte • Wirtschaftlichkeit (Belegungssituation, Budget) • Organisatorisches • Personalfragen • Öffentlichkeitsarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • min. 2 x jährlich • Protokoll
Internes Leitungsteam	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Leitung • Ärztliche Leitung • Leitungen der Fachbereiche 	<ul style="list-style-type: none"> • aktuelle Belegungssituation • Wirtschaftlichkeit • Personalfragestellungen • Organisatorisches • Konzepte • Strategisches 	<ul style="list-style-type: none"> • min. 4 x jährlich • Protokoll
Fachteam	<ul style="list-style-type: none"> • Fachbereich Leitung • Alle FT MA 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisatorisches • Konzepte • Personelles • QM 	<ul style="list-style-type: none"> • min. 6 x jährlich je 1,5 Stunden • Protokoll
Qualitätszirkel	<ul style="list-style-type: none"> • themenbezogen nach Festlegung durch TL, QMB 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Themen z. B. Konzeptentwicklung, Prozessveränderungen, Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • nach Bedarf • Protokoll
Kurzteambesprechung	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Leitung • Ärztliche Leitung • Alle med.-therap. MA der Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenprozesse • Einzelprozesse • Strategien • Organisatorisches 	<ul style="list-style-type: none"> • Täglich je 0,5 Stunden • Tagesjournal
Behandlungskonferenz und Gesamtteambesprechung	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Leitung • Ärztliche Leitung • Alle med.-therap. MA der Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplanungen: Fallbesprechung, Überprüfung • Therapeutische Einzel- und Gruppenstrategien • Interne Supervision • Organisatorisches • Dienstplanung • Fachthemen 	<ul style="list-style-type: none"> • wöchentlich je 2,5 Stunden • Gruppenprozessraster • Protokoll
Therapieplanungsgespräche (TPG)	<ul style="list-style-type: none"> • Zuständige MA • Therapeutische oder Ärztliche Leitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsplanungen, Überprüfung/Koordination von Schnittstellen bei berufsbezogenen oder medizinisch/therapeutischen Zielen, Ziel und Strategien. 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach ¼ der Behandlung u. nach Bedarf • Verlaufsprotokoll
Supervision (externer Supervisor)	<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Mitarbeiter/innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppen- und Teamprozesse • Therapeutische Einzel- und Gruppenstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 x jährlich je 2 Stunden
Psychiatrisches Fachkolloquium	<ul style="list-style-type: none"> • Facharzt für Psychiatrie • Ärztliche Leitung • Therapeutische Mitarbeiter/innen 	<ul style="list-style-type: none"> • Therapieplanung • Psychiatrische Medikation 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 x jährlich je 2 Stunden

Bei der Nutzung und Dokumentation patientenbezogener Daten wird die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften im Umgang mit Patientendaten durch die Leitung und die Beauftragte für Datenschutz sichergestellt. Dazu gehören die ordnungsgemäße Anwendung der EDV Programme, die Vorschriften des BDSG, die Organisation von Maßnahmen zur Erfüllung datenschutzrechtlicher Anforderungen, die einrichtungsinterne Regelung zu Datenschutz und Datensicherheit und die Verpflichtung der Mitarbeiter auf das Datengeheimnis.

10. Notfallmanagement

Das Notfallmanagement ist für Medizinische Notfälle, Kriseninterventionen, den Alarm-, Brand- und Katastrophenschutz mit den detaillierten Anforderungen, Abläufen und Verantwortlichkeiten im Qualitätsmanagementhandbuch und im Technischen Notfallordner festgelegt. Für die Abwicklung technischer Notfälle regelt der technische Notfallordner die Anwendungsbereiche und die Klinikeinsatzleitung. Die allgemeinen Angaben zur Klinik, das Notrufsystem, das Notfalleitsystem (Aushänge zur Information, Fluchtwegepläne), der Alarmplan, die Brandschutzordnung und das Gefahrstoffkataster werden beschrieben. Patienten können jederzeit in Notsituationen über das Notrufsystem Hilfe rufen. Die Benachrichtigung an den Tag-, Nacht- oder Wochenenddienst geht über die Zentrale und das Diensthandy.

Bei Medizinischen Notfällen (s. Abb. Notfallablaufplan, S. 67) ist die ärztliche Dienstbereitschaft umgehend telefonisch zu informieren und die geschulten Mitarbeiter in dem jeweiligen Betriebsteil für Erste-Hilfe-Maßnahmen zu kontaktieren. Alle Unfälle und Verletzungen von Patienten und Mitarbeitern/innen werden dokumentiert und jährlich ausgewertet, um systematische Risiken zu erkennen und zu beheben.

Alle 2 Jahre findet eine externe Erste-Hilfes Schulung des DRK statt, um regelmäßig Ersthelfer zu unterweisen und deren Qualifikationen auf aktuellem Stand zu halten. Zudem erfolgt eine jährliche Notfallschulung mit Reanimationstraining für Mitarbeiter*innen in Nacht- und Wochenenddiensten (insbesondere medizinisches Personal). Um die Vorgehensweise bei medizinischen Notfällen und die Benutzung des halbautomatischen Defibrillators zu üben.

Bei Ausfall eines Schulungstermins oder Verhinderung der Teilnahme einzelner zu schulender Mitarbeiter*innen, werden spätestens Anfang des Folgejahres Nachschulungstermine durchgeführt. Die Teilnahme wird mittels verbindlicher Teilnehmerlisten überprüft.

Im Bedarfsfall wird die Notrufzentrale über die telefonische Notfallliste eingeschaltet. Bei Informationen zu möglicher Selbstverletzung oder Suizidalität sind sofort der ärztliche Leiter und / oder der Therapeutische Leiter zu benachrichtigen. Bei akuter Eigen- oder Fremdgefährdung sind der ärztliche Leiter und der Fachkonsiliararzt zur diagnostischen Abklärung einzuschalten und bei Bedarf die Einweisung in die Psychiatrie zu veranlassen.

Im Bereich Brandschutz werden die Brandschutzübungen und die Schulung aller MA entsprechend den Bestimmungen der Brandschutzordnung und der Feuerwehr ausgeführt und vom Brandschutzbeauftragten überwacht. Der Brandschutz- und Alarmplan wird fortlaufend gepflegt durch den Brandschutzbeauftragten. Die Aufgaben und Verantwortungen des Brandschutzbeauftragten sind detailliert geregelt anhand der Beauftragtenliste.

Die Maßnahmen zur Arbeitssicherheit, die Gefährdungsbeurteilung, das Hygienemanagement und die Klinikbegehung nach UVV, die Durchführung der jährlichen Arbeitsschutzunterweisungen für alle Mitarbeiter im jeweiligen Bereich und der Schulungsplan für alle gesetzlichen Anforderungen, sowie die Unterweisung in Erste-Hilfe-Maßnahmen sind schriftlich geregelt.

Die internen Schulungen zu Arbeitssicherheit, Brandschutz und Datenschutz finden jährlich statt und die Teilnahme wird anhand Teilnehmerlisten dokumentiert und überprüft. Können einzelne Mitarbeiter*innen den Schulungstermin nicht wahrnehmen, erfolgen interne Nachschulungen durch die jeweiligen Beauftragten.

**Verant-
wortungen**

Notfallablaufplan

1
alle MA /
Klientinnen

2-6
TD/ ND

3-7
Aufnahme

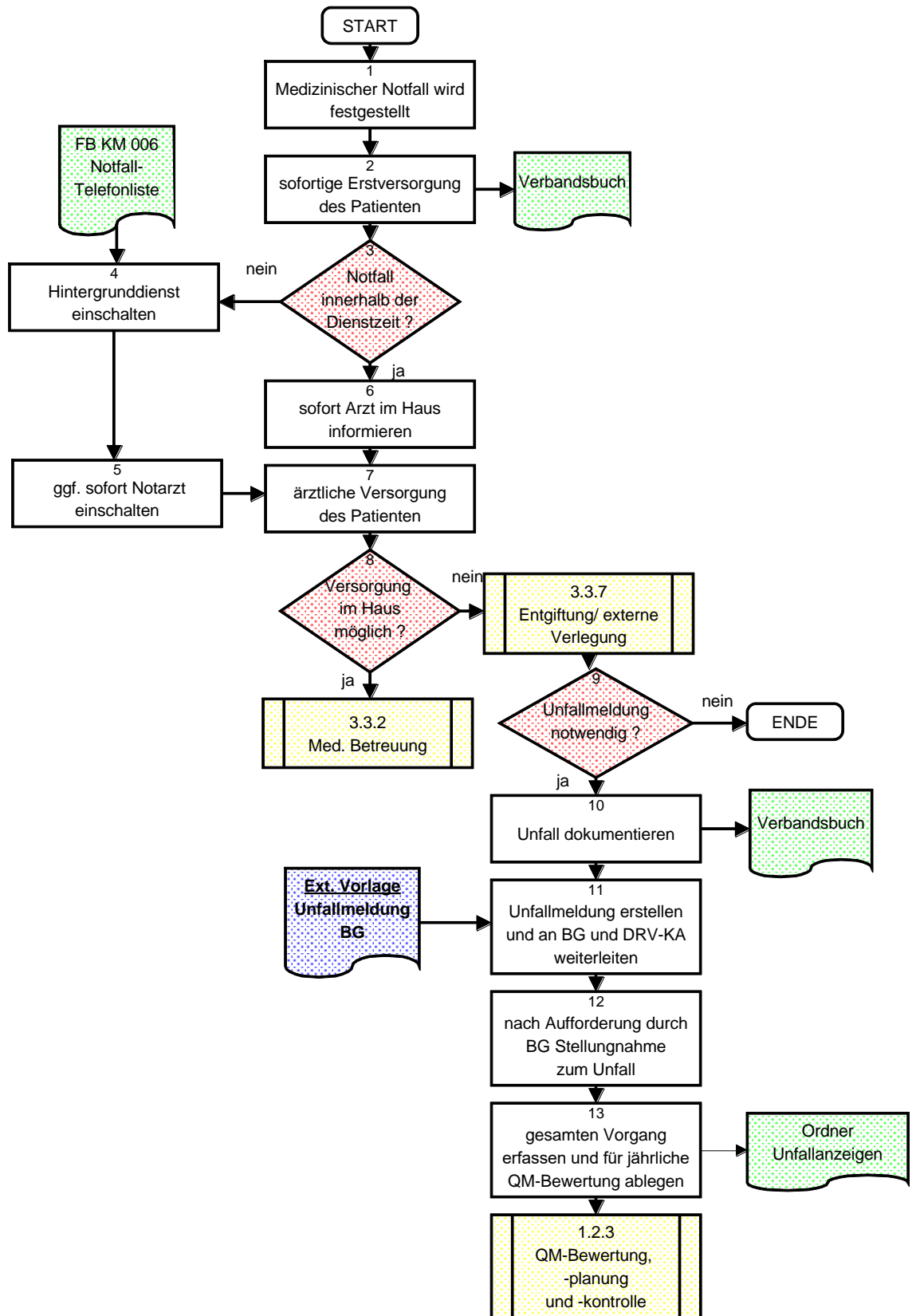
7-9
Arzt /
Notarzt

10
MA

11
D- Arzt
Formular
über VW

12
Arzt/ KL

13
VW



11. Fortbildung

Die Fortbildungsrichtlinien finden Anwendung für die Angestellten mit Betreuungs-, Beratungs- und Therapieaufgaben, für Angestellte mit administrativen Aufgaben und für Angestellte in handwerklichen Bereichen. Fortbildungen, die von den Kostenträgern gefordert werden oder Weiterbildungen, die dem Kernauftrag dienen, werden vorrangig durch Zuschüsse und Fortbildungsurlaub gefördert.

Um die fachliche und personelle Kompetenz der Einrichtung zu qualifizieren, werden regelmäßig in den Fachteams die Anforderungen, Veränderungen und Bewertungen der Mitarbeiter/innen besprochen und im Fortbildungsplan der Einrichtung dokumentiert und im Leitungsteam ausgewertet. Interne Fortbildungen und Behandlungsbesprechungen wie Fachtage, Qualitätszirkel, Supervision und Intervision sichern die praxisnahe und auftragsbezogene Kompetenz der Mitarbeiter/innen.

Fachspezifische und übergreifende Fortbildungen werden für alle Berufsgruppen sichern die Orientierung an fachlichen Standards und bieten Anregungen für die fachliche und persönliche Kompetenz und Weiterentwicklung. Die Qualifizierung und Fortbildung der Mitarbeiter/innen wird durch eine finanzielle Förderung und Fortbildungsurlaub mit den Fortbildungsrichtlinien geregelt und unterstützt.

12. Supervision

In der Intervision des Fachteams besprechen die Mitarbeiter/innen der Bezugstherapie die Behandlungsverläufe und -planungen unter der Leitung des approbierten Psychologischen Psychotherapeuten. In der wöchentlichen Gesamteambesprechung werden unter Fachaufsicht der ärztlichen und der therapeutischen Leitung die Behandlungsverläufe mit den Bezugstherapeuten und den anderen Fachteams geplant und koordiniert. Bei Schwierigkeiten im Patientenkontakt und Behandlungsverlauf werden therapeutische Prozesse reflektiert und Entlastungsstrategien und Interventionen entwickelt und vereinbart. Die Fachteams können bei Bedarf eine interne Schulung oder Supervision zu spezifischen Fragestellungen vereinbaren.

Die Mitarbeiter/innen der Einzel- und Gruppentherapie besprechen alle sechs Wochen in einer zweistündigen Fachteamsupervision mit einem/er entsprechend qualifizierten Supervisor mit entsprechender fachlicher Expertise (z.B. externen/en Psychotherapeuten/in (Approbierte/r psychologische/r oder ärztliche/r Psychotherapeut/in) die Behandlungsverläufe und -planungen und vereinbaren einzel- und gruppentherapeutische Interventionen und die Entlastungsstrategien im Team. Ebenfalls im Wechsel alle sechs Wochen wird bei Patienten mit komplexeren psychiatrischen Fragestellungen in einem zweistündigen psychiatrischen Fachkolloquium (Psychiater, leitender Arzt, Psychotherapeuten/innen) die therapeutische Behandlungsplanung mit der medizinisch-psychiatrischen Therapieplanung abgestimmt und die psychiatrische Medikation geprüft.

13. Hausordnung/Therapievertrag

Das Zusammenleben in einer Gemeinschaft erfordert Absprachen und Regeln. Es ist für unser süchtiges Klientel erforderlich, pädagogische und therapeutische Ansätze in ein übergreifendes Konzept zu integrieren. Der organisatorische Rahmen ist in der Behandlungsvereinbarung und in den Wochenbehandlungsplänen beschrieben. In der schriftlichen Hausordnung wird eine Orientierung geboten, um die wichtigsten der geltenden Bedingungen und Regeln kennen zu lernen. Alle relevanten Regelungen werden den Rehabilitanden bei Aufnahme mitgegeben oder in den entsprechenden Ordnern im Patientenbüro ausgestellt. Aktuelle Informationen werden an Informationstafeln im Speisesaal ausgehängt. Gravierende Regelverstöße haben Verweise oder Probezeitverträge zur Folge. Verdeckter oder wiederholter Drogen- bzw. Alkoholkonsum und Gewaltakte gegen Patienten oder Mitarbeiter/innen können zur sofortigen Entlassung führen.

Die wesentlichen Hausregeln sind folgendermaßen beschrieben:

Abstinenz von Suchtmitteln

Die Mitarbeiter/innen möchten mit Ihrer Mithilfe eine Gefährdung durch Rückfälle verhindern. Deshalb ist während der Behandlung der Besitz, Gebrauch oder die Duldung des Konsums von Suchtmitteln wie Alkohol, Drogen oder nicht verordneter Medikamente nicht gestattet. Um die Abstinenz zu gewährleisten, führen wir während des Aufenthalts in unregelmäßigen Abständen Kontrollen durch (Atemalkohol- sowie Urintests). Bei Bedarf werden wir im Behandlungsverlauf die Zimmer überprüfen. Der Besitz und Konsum von Suchtmitteln beendet in der Regel die Behandlung.

Gewalt

Die Androhung oder Anwendung von Gewalt gegen Mitpatienten und Mitarbeiter/innen ist ein schwerwiegender Verstoß gegen die Hausordnung und kann die Behandlung beenden.

Medikamente

Die Einnahme oder Weitergabe von Medikamenten, die nicht von unserem Arzt verordnet wurden, ist nicht erlaubt. Zu Behandlungsbeginn geben die Patienten alle in Ihrem Besitz befindlichen Medikamente (auch Salben, Sprays, Säfte) in der Verwaltung ab, damit unser Arzt mit Ihnen über deren Weiterverwendung entscheiden kann. Schmerzmittel für aktuelle Beschwerden können Sie über die Tagdienstmitarbeiter erhalten.

Tabakkonsum

Das Rauchen ist nur in den dafür vorgesehenen Zeiten erlaubt und in den Patientenzimmern und geschlossenen Räumen untersagt.

Glücksspiele

Während der Behandlung sind Geld- und Glücksspiele im Therapiezentrum und im Ausgang (z.B. Automatenspiel) nicht erlaubt.

Geld

Mitgebrachte Geldbeträge oder Wertgegenstände werden gesichert aufbewahrt. Die Auszahlung von Bargeld wird wöchentlich geregelt. Geld- und Tauschgeschäfte untereinander sind nicht erlaubt.

Literatur:

- BECK A., WRIGHT F., NEWMAN C., LIESE B. (1997): Kognitive Therapie der Sucht. Weinheim: Beltz PVU.
- BOWEN S., CHAWLA N., MARLATT G.A. (2012): Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim, Basel: Beltz PVU.
- BRONISCH T., HILLER W., MOMOUR W. (1995): Internationale Diagnosencheckliste für Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION (Hrsg.) (2006, 2008): ICF-Praxisleitfaden 1+2. Frankfurt am Main.
- CASPAR F. (1996): Psychotherapeutische Problemanalyse. Tübingen: DGVT Verlag
- MOGGI F, DONATI R. (2003): Psychische Störungen und Sucht: Doppeldiagnosen. Göttingen: Hogrefe.
- DILLING H., MOMBOUR W. (Hrsg.) (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Bern: Verlag Hans Huber
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2009): Rahmenkonzept zur Medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin.
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Berlin.
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2015): KTL - Klassifikation therapeutischer Leistungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. Berlin.
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2015): Rahmenkonzept zur Kombi-Behandlung in der Medizinischen Rehabilitation Abhängiger. Berlin.
- DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG (Hrsg.) (2015): Rahmenbedingungen und Indikationskriterien der Deutschen Rentenversicherung und Gesetzlichen Krankenversicherung für einen Wechsel in die ambulante Rehabilitationsform nach einer stationären / ganztägig ambulanten Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Berlin.
- FIEDLER P. (2000): Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe.
- GOUZOULIS-MAYFRANK E. (2007): Komorbidität, Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis. Darmstadt: Steinkopf Verlag.
- GRAWE K. (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- GRAWE K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- HAUTZINGER M. (Hrsg.) (1994): Kognitive Verhaltenstherapie bei psychischen Erkrankungen. Berlin-München: Quintessenz.
- ICF (Hrsg. DIMDI) (2006): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln.
- JACOB J., STÖVER H. (2006): Sucht und Männlichkeiten. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- KANFER F.H., REINECKER H., SCHMELZER D. (2012): Selbstmanagement-Therapie (5. Korr. Auflage). Berlin: Springer.
- KLOS H., GÖRGEN W. (2006): Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit. Ein Trainingsprogramm. Göttingen: Hogrefe.
- KRAUSE J., KRAUSE K.-H. (2009): ADHS im Erwachsenenalter. Stuttgart: Schattauer.
- KRAUSZ M. SCHÄFER I. (Hrsg.) (2006): Trauma und Sucht – Konzepte, Diagnostik, Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta.

- LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2011): Männlichkeiten und Sucht - ein Handbuch für die Praxis. Detmold: Landschaftsverband Westfalen-Lippe.
- LEITLINIEN der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN (2003): Diagnose und Therapie der ADHS im Erwachsenenalter. www.awmf-leitlinien.de
- LEITLINIEN der DGPPN (2014): Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörung. www.awmf-leitlinien.de
- LEITLINIEN der DGPPN (2015): Postakutbehandlung alkoholbezogener Störungen. www.awmf-leitlinien.de
- LEITLINIEN der DGPPN (2009): Persönlichkeitsstörungen. www.awmf-leitlinien.de
- LEITLINIEN der DGPPN (2015): Unipolare Depression. www.awmf-leitlinien.de
- LÜDECKE C., SACHSSE U., FAURE H. (2010): Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer.
- NAJAVITS L.M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch - Das Therapieprogramm - Sicherheit finden. Göttingen: Hogrefe.
- PETRY J. (2003): Glücksspielsucht: Entstehung, Diagnostik und Behandlung. Göttingen: Hogrefe.
- PETRY J. (2010): Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Göttingen: Hogrefe.
- PROCHASKA JO., DICLEMENTE CC., NORCROSS JC. (1997): Modelle der Veränderung. München: Knauer.
- REINECKER H. (Hrsg.) (2003): Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen (4.Aufl.): Göttingen: Hogrefe.
- REMSCHMIDT H., SCHMIDT M.H. (Hrsg.) (1994): Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 der WHO. Bern: Huber.
- SACHSE R. (2010): Persönlichkeitsstörungen verstehen. Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- SCHNEIDER R. (2012): Die Suchtfilbel. Baltmannsweiler: Schneiderverlag.
- SCHUBBE, O. (2004): Traumatherapie mit EMDR – Ein Handbuch für die Ausbildung. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- SULZ S.K.D. (2009): Verhaltensdiagnostik und Fallkonzeption. München: CIP-Medien.
- THOMASIU, R., SSCHULTE-MARCKWORT M., KÜSTNER U.J.; RIEDESSER P. (Hrsg.) (2008): Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- TRETTNER F., MÜLLER A. (Hrsg.) (2001) Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe.
- VERBAND DEUTSCHER RENTENVERSICHERUNGSTRÄGER (Hrsg.) (2001): Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“. Berlin.
- WENDT W.R. (2001) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Freiburg i.Br.: Lambertus.
- ZIELKE M., STURM J. (1994): Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

**Anhänge:
I) Wochenplan für Patienten Intensivphase**

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07.00	Frühspor	Frühspor	Frühspor	Frühspor	-	-	-
07.45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08.15	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)		
08.30	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Psychiatrische Arzttermine	Medika- mentenaus- gabe (Tagdienst Pflege)	Medika- mentenaus- gabe (Tagdienst Pflege)
08.30	Arbeitstherapie *	-	Arbeitstherapie *	-	Arbeitstherapie *	Frühstück	
09.15	Arbeitstherapie *	Bezugsgruppe (G 601/G602; Sucht- therapeut/Psychothe- rapeutIn)	Arbeitstherapie *	Indikations- gruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Sucht- therapeut/Psychothe- rapeutIn)	Arbeitstherapie *	Zimmerputz	Früh- stück
10.15	Pause	Bezugsgruppe (G 601/G602; Sucht- therapeut/Psychothe- rapeutIn)	Pause	Indikations- gruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Sucht- therapeut/Psychothe- rapeutIn)	Pause	Hausputz	
10.30	Arbeitstherapie *	Pause	Arbeitstherapie *	Pause	Arbeitstherapie *		
11.00	Arbeitstherapie *	Bezugsgruppe 14 tg. (G 601/G602; Sucht- therapeutIn/Psycho- therapeutIn)	Arbeitstherapie *	Indikations- gruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Sucht- therapeutIn/Psycho- therapeutIn)	Pause		
12.15	Pause	Bezugsgruppe 14 tg. (G 601/G602; Sucht- therapeutIn/Psycho- therapeutIn)	Pause	Indikatives Be- werbertraining (nach Bedarf; Sozi- alpädagogin; KTL H842)	Pause		
12.30	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Brunch	
13.00		Brunch		Brunch			Brunch
13.15	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamenten- ausgabe (Tagdienst Pflege)	Medika- mentenaus- gabe (Tagdienst Pflege)	Medika- mentenaus- gabe (Tagdienst Pflege)
13.30	Arbeitstherapie *		Arbeitstherapie *				
13.45	Arbeitstherapie *	Ausgänger- Besprechung (D640; Sucht-/Psycho- therapeutIn)	Arbeitstherapie *	Arbeitstherapie *	Wochen- Reflexion (D630 u./o. H730; Therap. Leitung)		
14.15	Arbeitstherapie *	Funktionsgruppe (H730; Suchtthera- peut/Psychotherapeu- tIn) 14 tg.	Arbeitstherapie *	Arbeitstherapie *		Freizeitpro- gramm ***	
15:30		Funktionsgruppe Funktionsgruppe (H730; Suchtthera- peut/Psychotherapeu- tIn) 14 tg. 14 tg.		Arbeitstherapie *	Sportprogramm **	Freizeitpro- gramm ***	

15.45				Arbeitstherapie *	Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
16.00			Freizeitbesprechung (D640; Freizeitpädagoge/Sporttherapeut)	Arbeitstherapie *	Sportprogramm**	Freizeitprogramm ***	
16.30	Tagesreflektion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/Arbeitstherapeut/Sozialberater/Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Tagesreflektion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/Arbeitstherapeut/Sozialberater/Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Sportprogramm**	Freizeitprogramm ***	
16.45					Sportprogramm**	Freizeitprogramm	
17.00		Freizeitangebote ***		Freizeitangebote ***			Tagesreflektion
18.00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	
18.30	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)
18.30	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***			Abendessen
19.45	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	
22.30	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe			Bettruhe
23.00					Bettruhe	Bettruhe	

* Zu Beginn der Behandlung findet die Arbeitstherapie im Bereich Haus-/Pflegedienst statt. Nach entsprechender Anamnese und Therapieplanungsgesprächen erfolgt eine konkrete Zuteilung zu den verschiedenen Arbeitsbereichen. Sodass grundsätzlich je nach Indikation folgende KTL-Angebote in der Arbeitstherapie stattfinden:

Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Hauswirtschaft	E 571
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe EDV/Büro	E 572
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Handwerk	E 574
Indikation Arbeitstherapie i. d. Gruppe Garten	E 579

** Das Sportprogramm orientiert sich an den aktuellen Bedarfen/Indikationen und kann insbesondere folgende KTL-Angebote enthalten:

Ausdauer- und Konditionsaufbau ohne Trainingsgeräte	A 552 L
Kraft- und Konditionsaufbau an Trainingsgeräten	A 561 L
Muskeltraining in der Gruppe ohne Geräte	A 562

*** Das Freizeitprogramm/-angebot variiert je nach Jahreszeit/Bedarfen/Interessen der Patienten stark. Die möglichen KTL-Angebote können unter 4.6 eingesehen werden.

II) Wochenplan für die 1. Behandlungswoche (bei Aufnahme an einem Montag)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag	
07.00	Anreise	Frühsport	Frühsport	Frühsport	-	-	-	
07.45		Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück			
08.15		Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)			
08.30		Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Psychiatrische Arzttermine	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	
08.30		-	Arbeitstherapie (HPD)*	-	Arbeitstherapie (HPD)*	Frühstück		
09.15		Bezugsgruppe (G 601/G602; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie (HPD)*	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie (HPD)*	Zimmerputz	Frühstück	
10.15		Bezugsgruppe (G 601/G602; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Pause	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Pause	Hausputz		
10.30		Pause	Arbeitstherapie (HPD)*	Pause	Arbeitstherapie (HPD)*			
11.00					Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)	Pause		
Ca. 11:15 Uhr		Begrüßung durch ärztl./therap. Leitung Nach Möglichkeit direkt Urinkontrolle (Tagdienst)	Bezugsgruppe 14 tg. (G 601/G602; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie (HPD)*	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)			
11:30	Ärztliches Aufnahmegespräch (Ärztl.-Leitung)	Pause				Pause		
12.30	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Brunch		
13.00		Brunch		Brunch			Brunch	
13.15	Therapeutisches Aufnahmegespräch (Therap. Leitung) Inkl. Organisation bei Check-In	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	
		Freizeit während Ausgängerbesprechung	Freizeit oder Einzelgespräche (z.B. Erstgespräch Einzeltherapie, wenn nicht am Dienstag bereits erfolgt)	Arbeitstherapie (HPD)*	Wochen-Reflexion (D630 u./o. H730; Therap. Leitung)			
14.15	Taschenkontrolle	Bereichsspezifische Anamnese-	Arbeitstherapie (HPD)*			Freizeitprogramm ***		

		gespräche (Sozialberatung, Freizeitpädagogik)					
15:30	Zimmer beziehen, ankommen	Ggf. Teilnahme an Funktionsgruppe (H730; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn) 14 tg. 14 tg.		Freizeit oder Einzelgespräche	Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
15:45					Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
16:00			Freizeitbesprechung (D640; Freizeitpädagoge/Sporttherapeut)		Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
16:30	Vorstellung in der Tagesreflexion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/Arbeitstherapeut/Sozialberater/Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Tagesreflexion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/Arbeitstherapeut/Sozialberater/Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
16:45	Hausführung durch Mitpatienten				Sportprogramm **	Freizeitprogramm	
17:00		Freizeitangebote ***		Freizeitangebote ***			Tagesreflexion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/Arbeitstherapeut/Sozialberater/Freizeitpädagoge/Bezugspflege) n
18:00	Abendessen (Mitpatient, der als Pate für die ersten Wochen bestimmt wurde, nimmt ersten Kontakt zu neuem Pat. auf)	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	
18:30	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)
18:30	Ggf. Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***			Abendessen
19:45		Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	
22:30	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe			Bettruhe
23:00					Bettruhe	Bettruhe	

III) Wochenplan für die letzte Behandlungswoche (bei Entlassung an einem darauffolgenden Montag)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
07.00	Frühspor	Frühspor	Frühspor	Frühspor	-	-	-
07.45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück		
08.15	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)		
08.30	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Entlassuntersuchung	Psychiatrische Arzttermine/Therapeutisches Abschlussgespräch	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)
08.30	Arbeitstherapie *	-	Arbeitstherapie *	-		Frühstück	
09.15	Arbeitstherapie *	Bezugsgruppe (G 601/G602; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie *	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie * <i>Beginn je nach Dauer der davor geführten Gespräche</i>	Zimmerputz	Frühstück
10.15	Pause	Verabschiedung in Bezugsgruppe (G 601/G602; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Pause	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn)	Pause	Hausputz	
10.30	Arbeitstherapie *	Pause	Arbeitstherapie *	Pause	Arbeitstherapie *		
11.00	Arbeitstherapie *	Bezugsgruppe 14 tg. (G 601/G602; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie *	Indikationsgruppe (zyklisch nach Indikation: G671, 672, 673, 679; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)	Pause	Koffer packen, Abreise vorbereiten	Koffer packen, Abreise vorbereiten
12.15	Pause	Verabschiedung in Bezugsgruppe 14 tg. (G 601/G602; SuchttherapeutIn/PsychotherapeutIn)	Pause	Indikatives Bewerbertraining (nach Bedarf; Sozialpädagogin; KTL H842)	Pause		
12.30	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Pause	Mittagessen	Brunch	
13.00		Brunch		Brunch			Brunch
13.15	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Tagdienst Pflege)
13.30	Arbeitstherapie *		Arbeitstherapie *				
13.45	Arbeitstherapie *	Ausgänger-Besprechung (D640; Sucht-/PsychotherapeutIn)	Arbeitstherapie *	Arbeitstherapie *	Wochen-Reflexion (D630 u./o. H730; Therap. Leitung)		
14.15	Arbeitstherapie *	Funktionsgruppe (H730; Suchttherapeut/PsychotherapeutIn) 14 tg.	Arbeitstherapie *	Arbeitstherapie *		Freizeitprogramm ***	

15:30		Funktionsgruppe Funktionsgruppe (H730; Suchttherapeut/ PsychotherapeutIn) 14 tg. 14 tg.		Arbeitstherapie *	Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
15.45				Arbeitstherapie *	Sportprogramm **	Freizeitprogramm ***	
16.00			Freizeitbesprechung (D640; Freizeitpädagoge/ Sporttherapeut)	Arbeitstherapie *	Sportprogramm**	Freizeitprogramm ***	
16.30	Tagesreflektion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/ Arbeitsberater/Sozialberater/ Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Tagesreflektion (D630; Sucht-/Psychotherapeut/ Arbeitsberater/Sozialberater/ Freizeitpädagoge/Bezugspflege)		Sportprogramm**	Freizeitprogramm ***	
16.45					Sportprogramm**	Freizeitprogramm	
17.00		Freizeitangebote ***		Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***		
18.00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	
18.30	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)	Medikamentenausgabe (Nachtdienst Pflege)
18.30	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***	Freizeitangebote ***			Abendessen
19.45	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitprogramm ***	Freizeitangebote bote ***	Freizeitangebote ***	
22.30	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe	Bettruhe			Bettruhe
23.00					Bettruhe	Bettruhe	

IV) Behandlungsvertrag



Sie haben sich für eine Behandlung im Therapiezentrum Brückle entschieden. Diese Behandlung soll Ihnen helfen, Ihr Leben ohne Drogen zu bewältigen, berufliche Fähigkeiten wieder aufzubauen und die Beziehungen zu Angehörigen, Partner/in und Freunden wieder herzustellen.

Die berufliche Wiedereingliederung und die Regulierung Ihrer formalen Pflichten sind verbindlicher Teil der Behandlung. Im Rahmen Ihrer finanziellen Möglichkeiten ist die Schuldenregulierung in Absprache mit dem Sozialdienst durchzuführen. Diese Ziele sind auch mit dem Kostenträger, der Ihre Therapie bezahlt, vereinbart.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Therapiezentrums verpflichten sich hiermit dazu, sich mit ihrem Wissen und Können einzubringen, um Sie beim Erreichen dieser Ziele optimal zu unterstützen. Von Ihnen werden folgende Punkte erwartet, damit Ihre Behandlung erfolgreich sein kann:

Wir erwarten von Ihnen eine **aktive** Zusammenarbeit. Dies ist die Voraussetzung für Ihren Aufenthalt im Therapiezentrum. Hierzu gehört Ihre Bereitschaft, Regeln und Absprachen einzuhalten und Verstöße offen anzusprechen.

Gespräche über Drogen-, Haft- und Szeneerfahrungen sind wichtige Themen für die Gruppen- und Einzelsitzungen, außerhalb der therapeutischen Angebote jedoch nicht erlaubt. Außerdem erwarten wir von Ihnen den Verzicht auf jede Form von Gewalt, einschließlich Gewaltandrohung oder das Provozieren von Gewalt.

Für die Dauer Ihres Aufenthaltes im Therapiezentrum verpflichten Sie sich mit diesem Behandlungsvertrag dazu, auf den Konsum von Alkohol, Drogen, nicht verordneten Medikamenten, sowie Glücks- und Geldspiel zu verzichten und auch Rückfälle oder Rückfallpläne von anderen Patienten den Mitarbeitern zu melden.

Bitte beachten Sie, dass wir für Ihren privaten Besitz, auch Wertgegenstände, wie z. B. Schmuck, Uhren, MP3-Player usw... keine Haftung übernehmen.

Bei schwerwiegenden Regelverstößen oder wiederholten Verletzungen von Vereinbarungen erfolgt eine Entlassung.

Ich habe den Inhalt der Behandlungsvereinbarung verstanden und bin bereit, mich daran zu halten.

Datum: Patient:..... Mitarbeiter/in:.....

V) Prozessbeschreibung zur Rückfallbearbeitung

(siehe QM-HB Kapitel 3.7.6 Krisenintervention - Rückfallbearbeitung)

Innerhalb der stationären Behandlung werden die ambivalenten Motive und dynamischen Prozesse einer Rückfallgefährdung vorbeugend aufgegriffen und beständig überprüft. Eine Bearbeitung von Rückfälligkeit kann nur sinnvoll sein, wenn damit langfristig eine konstruktive Abstinenzkultur gefördert wird und die Weiterbehandlung von rückfälligen Patienten für den Einzelnen als auch die Gemeinschaft positive Veränderungen bewirkt. Bei Konsumverdacht während der Behandlung sind der Therapeutische Leiter oder der Leiter der Adaption und infolge alle zuständige Mitarbeiter/innen zu informieren.

Im Einzelfall wird bei Alkohol- und Drogenkonsum die Weiterbehandlung in der Einrichtung überprüft. Es besteht grundsätzlich die Möglichkeit der strukturierten Rückfallbearbeitung, wenn der Patient seinen Suchtmittelkonsum eigenständig offen legt, die notwendige Krankheitseinsicht und Veränderungsbereitschaft zeigt und die Gesamtgruppensituation als tragfähig erlebt wird. Die Weiterbehandlung nach einem Rückfall wird anhand folgender Kriterien entschieden und durchgeführt:

1. Prüfung der Indikation zur Rückfallbearbeitung
 - a. Glaubwürdigkeit und Motivation des Patienten
 - b. Mitarbeit und Belastbarkeit der Patientengruppe
 - c. Kapazität und positive Prognosebewertung im Team
2. Aufgaben des Patienten zur
 - a. Behandlungsmotivation und -kooperation
 - b. Rückfallanalyse und Vorbeugungsstrategien
3. Vorstellung der Ergebnisse in der therapeutischen Gruppe
4. Auswertung zu vereinbarten Terminen:
in Einzel- und Gruppengesprächen
im Gesamtteam
5. Disziplinarische Konsequenzen: Verweis, Verhaltens-, Probezeitvertrag oder Entlassung

Die Weiterbehandlung erfolgt zunächst mit einer Probezeit in der Einrichtung, in der individuelle Anforderungen zu bewältigen sind und die Mitwirkungsbereitschaft in der Behandlung überprüft wird. In der Adaptionphase kann bei einer möglichen Behandlungsunterbrechung, die kurzfristige externe Unterbringung mit Verhaltensaufgaben und regelmäßigen Urinkontrollen vereinbart werden, die dann als Voraussetzung für eine Weiterbehandlung in der Adaptionphase oder eine Rückverlegung in die Intensivphase überprüft werden.