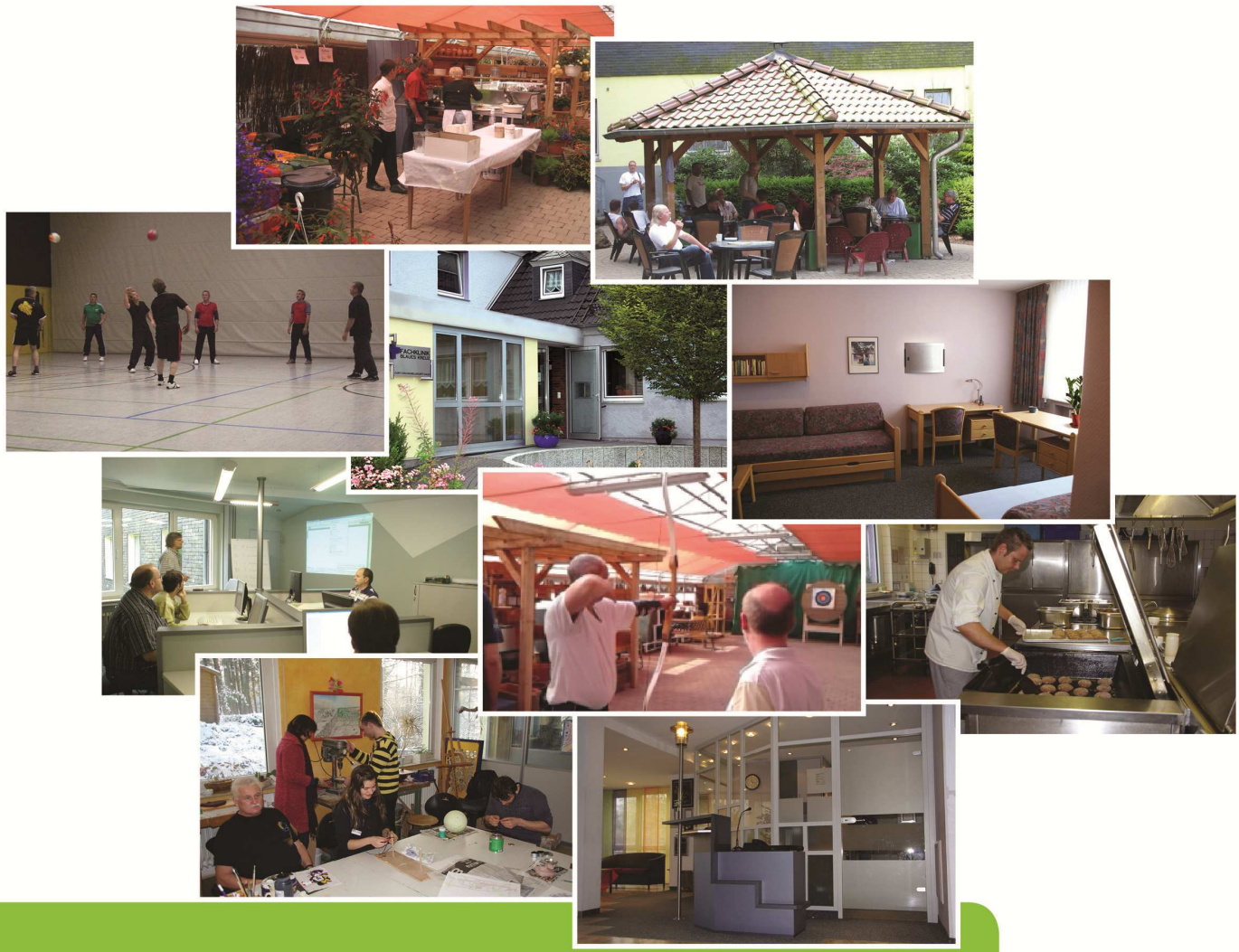
Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus

Stationäre Motivierung und Rehabilitation



KONZEPT

der gemeindenahen medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker

Blaues Kreuz
Wege aus der Sucht

Gliederung: **Seite:** 1

1.	Allgemeines	2
2.	Beschreibung der Fachklinik	3
3.	Stationäre Motivierung	7
4.	Rehabilitationskonzept	10
4.1	Theoretische Grundlagen	11
4.1.1	Persönlichkeitstheorie	11
4.1.2	Krankheitsmodell	14
4.1.3	Rehabilitationsansatz	18
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	22
4.3	Rehabilitationsziele	29
4.4	Rehabilitationsdauer	31
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	32
4.6	Rehabilitationsprogramm	34
4.7	Rehabilitationselemente	36
4.7.1	Aufnahmeverfahren	36
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	36
4.7.3	Medizinische Therapie	38
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote	41
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	44
4.7.5.1	Ergotherapie	45
4.7.5.2	Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie	45
4.7.5.3	Arbeitstherapie	46
4.7.5.4	Berufsintegrierende Maßnahmen	50
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken	51
4.7.7	Freizeitangebote und milieutherapeutische Elemente	53
4.7.8	Sozialdienst	57
4.7.9	Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining und Ernährung	58
4.7.10	Angehörigenarbeit	61
4.7.11	Rückfallmanagement	62
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	64
4.7.13	Weitere Leistungen	65
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	66
5.	Personelle Ausstattung	67
6.	Räumliche Gegebenheiten	68
7.	Kooperation und Vernetzung	69
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	71
9.	Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	72
10.	Notfallmanagement	73
11.	Fortbildung	74
12.	Supervision	75
13.	Anlagen	76
	• Wegbeschreibung	76
	• Haus- und Therapieordnung	76
	• Gebäudegrundriss	77
	• Behandlungsvertrag	78
	• Wochenplan stationäre Rehabilitation	80
	• Wochenplan ganztägig ambulante Rehabilitation	81

1. Allgemeines

Träger der Fachklinik ist das „Blaues Kreuz Diakoniewerk mGmbH“ (eine Tochter des Blauen Kreuzes in Deutschland e.V.) mit Geschäftsstellensitz in Wuppertal. Das Blaue Kreuz wurde 1877 in der Schweiz gegründet. 1885 begann die Arbeit des Blauen Kreuzes in Deutschland zunächst in regionalen Vereinen, 1892 wurde schließlich ein Hauptverband gegründet. Das „Blaues Kreuz Diakoniewerk mGmbH“ begann 1996 seine Tätigkeit durch Übernahme der Trägerschaft mehrerer stationärer soziotherapeutischer Einrichtungen für Abhängigkeitskranke. Seit 1997 ist das Diakoniewerk auch Träger der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus. Weitere Einrichtungen der stationären und ambulanten Hilfe für Abhängigkeitskranke (stationäre und ambulante Rehabilitation, Beratungsstellen, ambulant und stationär betreutes Wohnen) wurden in den folgenden Jahren ins Diakoniewerk integriert, so dass es heute mit mehr als 10 Standorten deutschlandweit vertreten ist.

Das Diakoniewerk definiert sich als gemeinsamer Behandlungsverbund mit den in Trägerschaft des Blauen Kreuzes in Deutschland e.V. befindlichen ambulanten Suchtberatungs- und Behandlungsstellen und den z. Z. 1.100 Selbsthilfegruppen des Blauen Kreuzes in Deutschland. Die enge Kooperation dieser vorgenannten Einrichtungen basiert auf Übereinstimmung in christlicher Werteorientierung und therapeutischem Grundverständnis. Sie gestaltet sich in konzeptionellen Absprachen, verbandsinternen Fachkonferenzen und Fortbildungen.

Das hier vorliegende Konzept der gemeindenahen medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Fachklinik des Blauen Kreuzes, Curt-von-Knobelsdorff-Haus, gibt umfassend Auskunft zu den mit den Leistungsträgern vereinbarten Rahmenbedingungen der in der Fachklinik durchgeführten medizinischen Rehabilitationen.

Die in der Fachklinik ebenfalls durchgeführten stationären Motivierungsmaßnahmen stellen eine eigenständige Maßnahme dar, die nicht zur medizinischen Rehabilitation zählt. Eine zumindest übersichtsartige Kurzdarstellung der Stationären Motivierung innerhalb dieses Rehabilitationskonzeptes (Kap. 3) erscheint dennoch sinnvoll und berechtigt, da Motivierungsmaßnahme und medizinische Rehabilitation inhaltlich und organisatorisch aufeinander aufbauen. Dies kommt in der Fachklinik auch darin zum Ausdruck, dass die Mehrheit der in der Fachklinik durchgeführten medizinischen Rehabilitationen unmittelbar einer zuvor dort durchgeführten Motivierungsmaßnahme folgt.

Das vorliegende Konzept wurde im April 2013 erstellt und wird jährlich auf Aktualität geprüft. Letzte Aktualisierung: Dezember 2015

Verfasser:

Dr. med. Matthias Brecklinghaus
Facharzt für Neurologie
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikleiter

Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus
Hermannstr. 17, 42477 Radevormwald
Tel.: 02195 – 6720, Fax: 672199
www.curt-von-knobelsdorff-haus.de
info@curt-von-knobelsdorff-haus.de

2. Beschreibung der Fachklinik

Die Gründung des Curt-von-Knobelsdorff-Hauses erfolgte 1964, nachdem das Blaue Kreuz in Deutschland e.V. die Immobilie erwarb, die zuvor unter dem Namen „Martin-Luther-Haus“ als Lehrlingswohnheim betrieben worden war. Unter der Bezeichnung „Heilstätte des Blauen Kreuzes“ wurden seitdem stationäre Hilfen für alkoholabhängige Männer angeboten. Vor dem Hintergrund eines damals sozialrechtlich ungeklärten Status der Abhängigkeitserkrankung war die Finanzierung der Behandlungen nicht gesichert und musste in vielen Einzelfällen erstritten werden.

Nachdem 1968 die Alkoholabhängigkeit durch das Bundessozialgericht als Krankheit anerkannt worden war, konnten die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen einheitlich festgelegt werden, so dass seitdem auch bezüglich der Finanzierung von notwendigen Behandlungen Rechtssicherheit bestand. Kostenzusagen für die „Heilkuren“ erfolgten sowohl durch die federführende LVA Rheinprovinz (heute DRV Rheinland) als auch durch die BfA (heute DRV Bund). In Folge der geklärten Rechtslage begann im Hilfesystem für Abhängigkeitskranke insgesamt – und so auch im Curt-von-Knobelsdorff-Haus – eine zunehmende Professionalisierung, die 1971 dazu führte, dass die Einrichtung als Fachklinik anerkannt wurde.

Die 1970er und -80er Jahre waren schließlich von baulichen Erweiterungen und inhaltlichen Differenzierungen des Therapiekonzeptes geprägt. 1998 wurde zusätzlich zur medizinischen Rehabilitation die „Stationäre Motivierung für eine Suchtbehandlung“ mit 6 Behandlungsplätzen eingeführt. Diese ca. 3-wöchige Maßnahme richtet sich an Abhängigkeitskranke, deren Krankheitseinsicht und Behandlungsbereitschaft zunächst noch gefördert werden muss. Ziel ist – bei entsprechender Indikation – die nahtlose Vermittlung in eine medizinische Rehabilitation. Die Erfolge der „Stationären Motivierung“ führten 2002 und 2008 zu einer Ausweitung der Behandlungsplätze, sowie - auf vielfachen Wunsch der Zuweiser - zu einer Öffnung dieser Maßnahmen auch für abhängigkeitskranke Frauen.

Die 58 Behandlungsplätze der Klinik gliedern sich heute in drei Bereiche:

- Vollstationäre medizinische Rehabilitation für Männer, 34 Behandlungsplätze
- Ganztägig ambulante Rehabilitation für Männer, 10 Behandlungsplätze
- Stationäre Motivierung für Männer und Frauen, 14 Behandlungsplätze

In der Fachklinik werden Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- und Mehrfachabhängigkeit (wenn dabei der Konsum illegaler Drogen nicht im Vordergrund steht) ab dem 18. Lebensjahr aufgenommen. Ebenso werden Menschen mit nicht-stoffgebundenen Abhängigkeiten (pathologisches Spielen, arbeitssüchtige Fehlhaltung) behandelt, wenn dies mit einer der genannten stoffgebundenen Abhängigkeitsformen verbunden ist. Psychische Begleiterkrankungen sind bei abhängigkeitskranken Menschen eher die Regel als die Ausnahme. Daher ist ihre Mitbehandlung in der medizinischen Rehabilitation selbstverständlich (siehe auch Kap. 4.2).

Bei den Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden drei Behandlungsformen vorgehalten:

- Erstbehandlung
- Rückfallbehandlung
- Festigungsbehandlung

Neben dem vollstationären und dem ganztägig ambulanten Setting stellen ambulant/stationäre Kombinationsbehandlungen eine weitere Behandlungsoption dar. Die ganztägig ambulante Rehabilitation kann von Beginn an als solche erfolgen oder auch als Wechsel aus der anfangs vollstationären Rehabilitation. Die Indikation und der Zeitpunkt für einen Wechsel von der vollstationären zur ganztägig ambulanten Rehabilitation ergeben sich aus dem individuellen Behandlungsverlauf.

Neben dem seit Anbeginn bestehenden Behandlungsverbund innerhalb des Blauen Kreuzes (siehe auch Kapitel 1) erfolgte 1998 eine konzeptionelle Schwerpunktsetzung im Sinne der Gemeindenähe. Das Konzept der gemeindenahen medizinischen Rehabilitation entwickelte sich aus der gewachsenen Erkenntnis, dass für die Mehrzahl der Abhängigkeitskranken eine wohnortnahe Rehabilitation mehr Vor- als Nachteile bietet. Die Geschichte vieler Suchtkliniken war zunächst von der Vorstellung geprägt, man müsse dem Abhängigkeitskranken einen Schutz- und Schonraum weit entfernt vom gewohnten Kontext (des Alkoholkonsums) anbieten. Mit der Zeit musste jedoch zur Kenntnis genommen werden, dass das wohnortferne stationäre Setting mit einer unerwünschten Wirkung einherging: die Rehabilitanden entwickelten durch die fehlende Konfrontation mit ihrem Lebensalltag mit zunehmender Dauer der stationären Rehabilitation eine unkritische bis unrealistische Perspektive auf ihren bisherigen und zukünftigen Lebensalltag. Dieser Effekt wurde zusätzlich durch die mit der stationären Versorgung verbundene Gefahr einer allgemeinen Regressionsneigung verstärkt. Hierdurch wurde die dauerhafte psychosoziale Reintegration im Anschluss an die Rehabilitation erschwert.

Vor diesem Hintergrund erfolgte ein Prozess des Umdenkens. Inzwischen ist die gemeindenahe medizinische Rehabilitation in der Behandlung Abhängigkeitskranker eher die Regel als die Ausnahme. Die Wohnortnähe bietet den durch nichts anderes zu ersetzenden Vorteil, dass alltagsrelevante Kontextfaktoren des Rehabilitanden in der gewünschten (und therapeutisch festzulegenden) Intensität einbezogen werden können. Dies beginnt mit der (im Vergleich zur wohnortfernen Behandlung) unkomplizierten Möglichkeit, Angehörige und wichtige Bezugspersonen (z.B. Arbeitgeber, Betreuer, Zuweiser, Vor- und Nachbehandler) in die Rehabilitation einzubeziehen. Es setzt sich fort mit der Möglichkeit, den Rehabilitanden in Form von wiederholten ein- und/oder mehrtägigen Heimfahrten selbstständig notwendige Aufgaben und Erledigungen durchführen zu lassen und sich wieder mit seinem Alltag außerhalb der (schützenden) Klinik auseinanderzusetzen. Ebenso ist die Möglichkeit gegeben, unterstützende Beziehungen zu pflegen (Familie, Angehörige, Freunde, Selbsthilfegruppe) und/oder zu lernen, sich von weniger hilfreichen Personen (z.B. Trinkkumpanen) zu distanzieren. Auch Fragen der Wohnraumgestaltung (z.B. Alkoholfreiheit) sowie der alltäglichen Tagesstrukturierung (z.B. aktive Freizeitgestaltung) können im gemeindenahen Setting nicht nur im Gespräch antizipiert und reflektiert, sondern konkret anhand erprobter Beispiele in den Fokus genommen und therapeutisch bearbeitet werden.

Schließlich ergänzt das Angebot der ganztägig ambulanten Rehabilitation das gemeindenahe Konzept in idealer Weise, da hier das intensive therapeutische Angebot der Klinik in weitgehend vollem Umfang genutzt werden kann und zugleich der Alltagsbezug des Rehabilitanden erhalten bleibt. Zeitgleich mit Einführung des gemeindenahen Konzeptes wurde daher in der Fachklinik 1998 auch die Möglichkeit zur Durchführung der Rehabilitation in ganztägig ambulanter Form geschaffen.

Bei den gravierenden Vorzügen einer gemeindenahen medizinischen Rehabilitation bleibt jedoch zu beachten, dass je nach Schwere der Abhängigkeitserkrankung und je nach sozialer Situation und psychischer Verfassung des Rehabilitanden ein definitiver Bedarf an Schutz und Schonung durch das stationäre Setting bestehen kann, der einer Konfrontation des Rehabilitanden mit seinem Lebensalltag und –umfeld zunächst entgegensteht. Es bleibt daher eine Gratwanderung in der individuellen Therapieplanung, für jeden Rehabilitanden zu jedem Zeitpunkt der Behandlung das angemessene Maß an benötigtem Schutz einerseits und erforderlicher Konfrontation mit der Lebensrealität andererseits zu finden.

In idealtypischer Weise könnte der Behandlungsverlauf einer gemeindenahen medizinischen Rehabilitation eines Abhängigkeitskranken daher in einer gestuften Abfolge aus vollstationärem Beginn der Rehabilitation mit Wechsel in eine ganztägig ambulante Behandlungsphase und schließlich einem Übergang in eine nachstationäre ambulante Weiterbehandlung bestehen. Dabei ist die Dauer der jeweiligen Behandlungsphase dem individuellen Bedarf angepasst.

Voraussetzung für das Funktionieren einer gemeindenahen Rehabilitation ist eine gute Vernetzung mit möglichst vielen Akteuren der Region, die in unterschiedlicher Weise an dem Prozess der psychosozialen Reintegration des Rehabilitanden beteiligt sind. Die Fachklinik versteht sich als ein Bestandteil des regionalen medizinisch-psychosozialen Versorgungssystems und ist vielfältig eingebunden in institutionelle Kooperationen und Vernetzungen im Bereich der medizinischen Versorgung, der Psychotherapie und der Soziotherapie. Detailliertere Beschreibungen zur Kooperation und Vernetzung sind dem Kapitel 7 zu entnehmen.

Im Folgenden werden die regionalen Bezüge der Klinik und ihre strukturelle Einbindung in der Region beschrieben. Die Klinik befindet sich in Radevormwald, einer Kleinstadt (22.000 Einwohner) im Oberbergischen Kreis in unmittelbarer Nachbarschaft zu den nordwestlich und westlich gelegenen Städten Wuppertal (350.000 Einwohner), Remscheid (110.000 Einwohner) und Solingen (160.000 Einwohner). In südöstlicher Ausdehnung schließt sich der ländlich strukturierte Oberbergische Kreis („Bergisches Land“) mit der Kreisstadt Gummersbach an. Zum Einzugsgebiet der Klinik gehören in südwestlicher Ausdehnung auch Teile des rheinisch-bergischen Kreises (Wermelskirchen, Burscheid) bis hin zum Großraum Köln und in nordöstlicher Ausdehnung die unmittelbar an den Oberbergischen Kreis angrenzenden westfälischen Städte Schwelm, Ennepetal, Gevelsberg, Hagen und Lüdenscheid.

Es existieren regelmäßige Busverbindungen zu den Städten Remscheid und Wuppertal sowie den benachbarten Kleinstädten des Bergischen Landes. Die nächste Bushaltestelle ist 300 Meter vom Klinikgebäude entfernt.

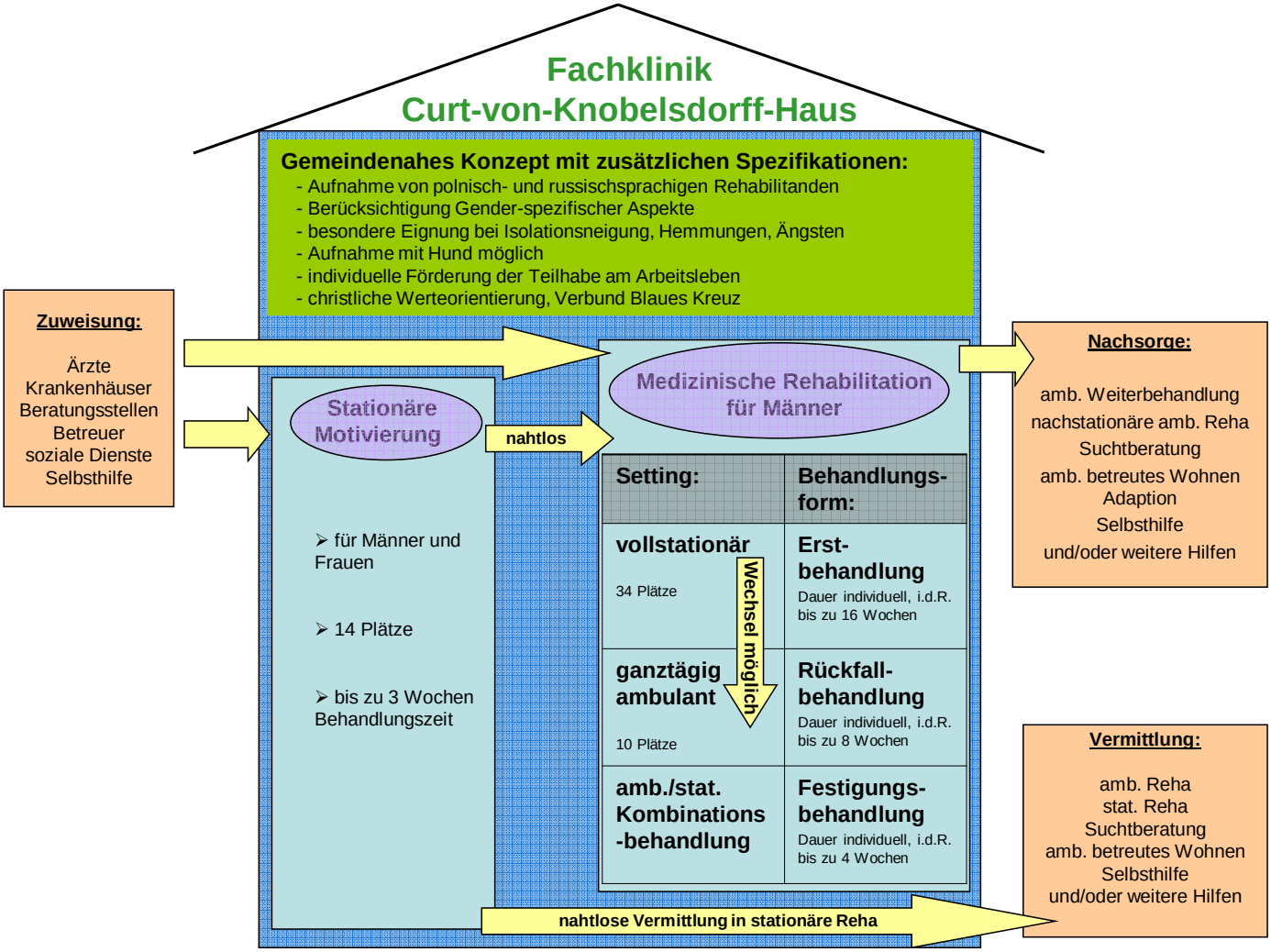
Der seit 1998 bestehende konzeptionelle Schwerpunkt auf einer gemeindenahen medizinischen Rehabilitation beinhaltet, dass die Belegung der Klinik aus dem beschriebenen regionalen Einzugsgebiet heraus erfolgt. Im Falle einer ganztägig ambulanten Rehabilitation ergibt sich dies allein schon aus der festgelegten maximalen Fahrtzeit von 45 Minuten vom Wohnort zur Klinik. Nichtsdestotrotz können in Einzelfällen auch überregionale Belegungen erfolgen, die sich aus den besonderen zusätzlichen Spezifikationen der Klinik ergeben. Diese Besonderheiten sollen hier zunächst nur aufgezählt werden, um das Profil der Fachklinik im Überblick zu beschreiben. Eine differenziertere Darstellung der speziellen Indikationen erfolgt in Kapitel 4.2.

Beschreibung der Fachklinik

Besonderheiten und spezielle Indikationen:

- Aufnahme von polnisch- und russischsprachigen Rehabilitanden
- Berücksichtigung Gender-spezifischer Aspekte
- Besondere Eignung der Fachklinik für Rehabilitanden mit Beziehungsstörungen, Isolationsneigung, Hemmungen, Ängsten und Phobien durch überschaubare Größe der Einrichtung und individuelle therapeutische Begleitung
- Möglichkeit zur Aufnahme von Rehabilitanden mit Hund
- Individuelle Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben durch differenziertes Angebot der arbeitsbezogenen Interventionen
- Spezifischer Wunsch des Rehabilitanden nach Inanspruchnahme einer Einrichtung mit christlicher Werteorientierung, bzw. in Trägerschaft des Blauen Kreuzes

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass sich die Fachklinik einerseits durch langjährige Erfahrung in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen, sowie andererseits durch eine kontinuierliche konzeptionelle Weiterentwicklung gemäß aktueller Erkenntnisse aus Suchtforschung und Reha-Wissenschaft und des regionalen Bedarfs auszeichnet. Das folgende Schaubild fasst das komplexe Angebote der Fachklinik sowie die Vernetzung mit dem psychosozialen Hilfesystem zusammen:



3. Stationäre Motivierung

Die seit 1998 durchgeführte „Stationäre Motivierung für eine Suchtbehandlung" basiert auf einem eigenständigen Behandlungskonzept auf der Grundlage eines Versorgungsvertrages mit allen gesetzlichen Krankenkassen. Die Behandlungsdauer beträgt drei (bis vier) Wochen. Es stehen insgesamt 14 Behandlungsplätze für Männer und Frauen zur Verfügung. Die Motivierungsabteilung verfügt über eigene Räumlichkeiten sowie einen eigenständigen Wochenplan.

Zugangsvoraussetzung ist die Einweisung durch einen niedergelassenen Arzt (bzw. bei einem Krankenhausaufenthalt die Behandlungsempfehlung durch einen Krankenhausarzt) und die Kostenzusage durch die zuständige Krankenkasse.

Indikationen und Behandlungsziele:

Die Motivierungsmaßnahme richtet sich vorzugsweise an alkohol- und/oder medikamentenabhängige Frauen und Männer, die trotz wiederholter Entgiftungsbehandlungen oder trotz deutlich drohender, bzw. schon bestehender suchtbedingter Folgeschäden bislang noch keine weiterführende Entwöhnungsbehandlung durchgeführt haben. Abhängigkeitskranke mit polytoxikomanem Konsummuster können aufgenommen werden, wenn der Gebrauch illegaler Drogen nicht im Vordergrund steht.

Definiertes Ziel der Maßnahme ist es, die Betroffenen zu motivieren, eine angemessene, spezifische und unmittelbar sich anschließende Weiterbehandlung – i.d. Regel eine stationäre, ganztägig ambulante oder ambulante Entwöhnungsbehandlung - in Anspruch zu nehmen. Sofern dieses Ziel erreicht wird, ist die nahtlose Vermittlung zur weiterführenden Behandlung ebenso Inhalt der Maßnahme. Sollte eine anschließende Entwöhnungsbehandlung nicht indiziert sein, erfolgt eine ausführliche Beratung und ggf. Vermittlung von anderen suchtspezifischen Hilfen.

Behandlungsinhalte und –elemente:

Neben einer allgemeinmedizinischen sowie neurologisch-psychiatrischen **Aufnahmeuntersuchung** erfolgt eine umfangreiche suchtspezifische **Eingangsdiagnostik**. Die **Anamneseerhebung** umfasst neben den notwendigen medizinischen Daten insbesondere suchtspezifische und soziale Aspekte und wird ggf. ergänzt durch Informationen wichtiger Bezugspersonen. Eine stets zur Anwendung kommende testpsychologische Suchtdiagnostik wird je nach Fragestellung und Symptomatik erforderlichenfalls ergänzt durch weitere spezifische Testinstrumente.

Von medizinischer Seite dient die durchgeführte Diagnostik der Verifizierung und Quantifizierung der Abhängigkeitsdiagnose, sowie der Feststellung körperlicher, psychischer und sozialer Folgeschäden. Für den Betroffenen bietet sie die Möglichkeit, sich in selbstkritischer und bilanzierender Weise mit der eigenen körperlich-psychischen und sozialen Situation und dem Stellenwert sowie der Bedeutung der konsumierten Suchtmittel auseinanderzusetzen. Dieser Prozess der Auseinandersetzung wird von therapeutischer Seite aus durch eine Reflexion der Testergebnisse mit den Betroffenen gefördert. Aus den zusammengetragenen Informationen wird eine

Motivationsanalyse erstellt, aus der sich die notwendigen Schwerpunkte für die weitere Motivierungsbehandlung ergeben.

Die **medizinische Behandlung** umfasst alle allgemeinmedizinisch und neurologisch-psychiatrisch erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung der bestehenden Vor- und Begleiterkrankungen, der Suchtfolgeerkrankungen, sowie der interkurrent auftretenden Erkrankungen. Sofern die Fachklinik das hierzu erforderliche diagnostische und therapeutische Spektrum nicht vorhält, werden diese Maßnahmen in Kooperation mit den örtlich niedergelassenen Ärzten und umliegenden Krankenhäusern durchgeführt.

Motivationsfördernde Maßnahmen:

Anamneseerhebung und Diagnostik haben durch den implizit enthaltenen Impuls zur selbstkritischen Bilanzierung des Krankheitsverlaufs einen das Behandlungsziel unterstützenden Charakter. Die im engeren Sinne Motivationsfördernden Maßnahmen bestehen im Wesentlichen aus den vier folgenden Elementen: den Einzelgesprächen, den Gruppengesprächen, den psychoedukativen Maßnahmen, sowie dem Erfahrungsaustausch mit behandlungsfortgeschrittenen Rehabilitanden.

In den **Einzelgesprächen** wird auf die individuelle Situation der Betroffenen eingegangen. Durch Klärung möglicher Hinderungsgründe für die Durchführung einer Anschlussbehandlung ergeben sich spezifische und konkrete Ansatzpunkte für eine zielgenaue Motivationsförderung. Bei Bedarf werden zur Förderung einer weiteren Behandlungsmotivation auch wichtige Bezugspersonen (z.B. Partnerinnen, Kinder, Betreuer, Arbeitgeber) in die Gespräche einbezogen.

In den **Gruppengesprächen** steht der therapeutisch geleitete Austausch von persönlichen Erfahrungen, Ansichten und Meinungen der Patienten bezüglich der individuellen Abhängigkeitsentwicklung, sowie der hieraus zu ziehenden Konsequenzen im Vordergrund. Darüber hinaus werden wichtige Sachinformationen zur Abhängigkeitserkrankung sowie zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten vermittelt.

In den **psychoedukativen Maßnahmen** geht es zum einen um die Vermittlung suchtspezifischer Informationen (z.B. biologische Wirkungen des Alkohols, Alkoholfolgeerkrankungen, Ursachen und Verlauf von Alkoholabhängigkeit, Nikotinabhängigkeit, Medikamentenabhängigkeit), zum anderen auch um die Schaffung eines Verständnisses für übergeordnete Zusammenhänge zur körperlichen und psychosozialen Gesundheit (z.B. familiäre Folgen der Sucht, Kommunikation, Lebensstil und Gesundheit, Ernährung und Hygiene, Psychosomatik, Stressbewältigung, Auseinandersetzung mit Sinn- und Wertfragen).

Beim **Erfahrungsaustausch mit Rehabilitanden**, die in ihrer Behandlung schon fortgeschritten sind, werden durch die persönliche Vermittlung von positiven Therapieerfahrungen häufig bestehende Ängste und Vorbehalte gegen eine weitere Anschlussbehandlung reduziert. Das persönliche Beispiel von Rehabilitanden hat Modellcharakter und wirkt über die regelhaft auftretenden Identifizierungsprozesse in hohem Maße motivationsfördernd.

Zahlreiche Behandlungselemente, die die Fachklinik vorhält, werden zur Unterstützung des Motivierungsprozesses, zur Förderung des Austausches mit den Re-

habilitanden und zur sinnvollen Tagesstrukturierung eingesetzt. Hierzu zählen ergo-, sport- und bewegungstherapeutische Angebote sowie milieutherapeutische Maßnahmen.

Darüber hinaus besteht ein gesondertes Begegnungsfeld zwischen den Teilnehmern der Sationären Motivierung und den Rehabilitanden durch die zahlreichen Möglichkeiten der gemeinsamen Freizeitgestaltung. Verbindliche Hauspatenschaften durch die Rehabilitanden helfen den Teilnehmern der Motivierungsmaßnahme beim Eingewöhnen in den klinischen Tagesablauf.

Erstellung des weiteren Behandlungsplanes:

Auf der Grundlage der erhobenen Anamnese und Befunde sowie der Ergebnisse der Motivationsförderung wird gemeinsam mit den Betroffenen ein vorläufiger, individueller Plan für eine weiterführende Behandlung unter Einbezug der vom Betroffenen selbst formulierten Ziele erstellt.

Die differenzierten Möglichkeiten der Weiterbehandlung werden im Hinblick auf die bestehenden Indikationen und Kontraindikationen geprüft und erörtert. Auf der Grundlage des sich hieraus ergebenden Konsenses werden die nachfolgenden Maßnahmen vorbereitet und eingeleitet.

Die Nahtlosigkeit der Vermittlung ist dabei ebenso Inhalt und Aufgabe der Maßnahme wie die eigentliche Motivierung selbst, da die Inanspruchnahme der weiterführenden Behandlung in hohem Maße von der Nahtlosigkeit der Vermittlung abhängt.

4. Rehabilitationskonzept

Wie das Schaubild am Ende von Kapitel 2 verdeutlicht, hält die Fachklinik ein differenziertes Angebot unterschiedlicher Leistungen (Motivierung, Rehabilitation), Behandlungsformen (Erstbehandlung, Rückfallbehandlung, Festigungsbehandlung), Settings (vollstationär, ganztägig ambulant, ambulant/stationäre Kombinationsbehandlung) und Spezifikationen vor. Eine solche Differenziertheit des Angebots bei zugleich überschaubarer Zahl der Behandlungsplätze vorzuhalten, ist nur möglich durch eine integrative Einbindung der verschiedenen Angebote in das Gesamtkonzept.

Daher werden räumliche und personelle Ressourcen über die Grenzen verschiedener Leistungen, Behandlungsformen und Settings – da wo es sinnvoll ist – gemeinsam genutzt. Die Mehrheit der Rehabilitationselemente kommt in gleicher Ausprägung bei den verschiedenen Behandlungsformen und Settings zum Einsatz. So wird z.B. die Gruppe der Rehabilitanden, die eine Erstbehandlung durchführen, nicht separiert von der Gruppe der Rehabilitanden, die eine Rückfallbehandlung in Anspruch nehmen. Und wenn auch die ganztägig ambulanten Rehabilitanden in einer eigenen Therapiegruppe zusammengefasst werden, so nehmen Sie dessen ungeachtet doch überwiegend dieselben Rehabilitationselemente in Anspruch wie die vollstationären Rehabilitanden.

Häufig nimmt eine Person im Behandlungsverlauf nacheinander auch unterschiedliche Leistungen in Anspruch (Rehabilitation im Anschluss an eine Motivierung), bzw. es erfolgt im Verlauf ein indikationsgeleiteter Wechsel von einem Setting zum anderen (Wechsel von vollstationär zu ganztägig ambulant). Ein solcher Wechsel kann zu Brüchen in der individuellen Behandlungsplanung und im gesamten Behandlungsverlauf führen. Durch das integrative Gesamtkonzept wird diese Gefahr minimiert.

Vor diesem Hintergrund erfolgt die Darstellung der Rehabilitation hier nicht als eine Sammlung verschiedener Teilkonzepte für die unterschiedlichen Behandlungsformen und Settings, sondern als integriertes Gesamtkonzept - auch unter Einbeziehung der Stationären Motivierung (Kapitel 3). Die theoretischen Grundlagen, die individuelle Behandlungsplanung, die Rehabilitationselemente sowie die in den Kapiteln 5 – 12 aufgeführten Inhalte sind übergeordnet für alle Behandlungsformen und Settings gültig. In den Kapiteln, für die es relevant ist (z.B. Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen, Rehabilitationsziele, Rehabilitationsdauer), wird jedoch eine Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Behandlungsformen und Settings vorgenommen.

Die grundlegende Ausrichtung des Konzeptes im Sinne der Gemeindenähe wurde bereits im Kapitel 2 beschrieben. Ihr besonderes Profil erhält die Klinik durch zusätzliche Spezifikationen, die in Einzelfällen auch zu einer Zuweisung außerhalb der Gemeindenähe führen können (siehe auch Kapitel 4.2).

4.1 Theoretische Grundlagen

Der therapeutischen Arbeit der Fachklinik liegen eine wissenschaftlich fundierte Persönlichkeitstheorie sowie ein spezifisches Krankheitsmodell zugrunde. Der Rehabilitationsansatz ist mit seiner psychotherapeutischen Orientierung und Strategie nachvollziehbar aus der Persönlichkeitstheorie und dem Krankheitsmodell abgeleitet.

4.1.1 Persönlichkeitstheorie

Grundlage der therapeutischen Arbeit ist ein tiefenpsychologisch-psychodynamisches Verständnis der Persönlichkeitsentwicklung. In der tiefenpsychologischen Theorie der Persönlichkeitsentwicklung gibt es kein einheitliches Modell, vielmehr eine Vielzahl von unterschiedlichen Erklärungsansätzen, die orientierend und grob vereinfachend in drei Hauptlinien der Theoriebildung zusammengefasst werden können: das Trieb-psychologische, das Ich-psychologische und das Objekt-psychologische Modell.

Bezogen auf die Abhängigkeitserkrankung wird im **Trieb-Psychologischen Modell** (vertreten z.B. durch Carl Gustav Jung, Otto Fenichel, Sándor Radó) der Suchtmittelkonsum im Wesentlichen als Lustbefriedigung und als Ersatz für den ansonsten hergestellten Lustgewinn durch Befriedigung des Sexualtriebs verstanden („pharmakogener Orgasmus“). Diese Auffassung ist heute nicht mehr sehr verbreitet und wird hier mehr wegen ihrer historischen Bedeutung genannt. Interessant ist aber, dass mit dem Trieb-psychologischen Konstrukt des „pharmakogenen Orgasmus“ Vorstellungen anklingen, die eine gewisse Nähe zu heutigen Begrifflichkeiten des neurobiologischen Modells (wie z.B. „Belohnungszentrum“, „Endorphine“, „Suchtgedächtnis“) aufweisen. Insofern erhält das Trieb-psychologische Modell wieder eine gewisse Aktualität.

Das **Ich-psychologische Modell** (vertreten z.B. durch Anna Freud, Heinz Hartmann, Anneliese Heigl-Evers) postuliert eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung („Ich-Schwäche“) als Folge einer ungenügenden Unterstützung in der Entwicklungsphase des Individuums. Suchtmittelkonsum wird als Selbstheilungsversuch einer in ihrer Struktur geschwächten Person verstanden. Mit dem Suchtmittel werden Funktionen ersetzt (bzw. deren Fehlen überdeckt), die die Person aufgrund ihrer Schwächung aus sich heraus nicht wahrnehmen kann. Diese psychische Funktion des Suchtmittels generiert ihren fortgesetzten Bedarf und mündet damit in die Abhängigkeit. Umgekehrt ist nach dieser Vorstellung eine Person mit weitgehend intakter Struktur (eher) in der Lage, Suchtmittel zu konsumieren, ohne eine Abhängigkeit zu entwickeln.

Eine geschwächte Ich-Struktur kommt u.a. in einer unausgeglichenen Affektivität, einer unzureichenden Impuls- und Triebkontrolle, einer eingeschränkten Fähigkeit zur Realitätsüberprüfung sowie einer unrealistischen Selbsteinschätzung zum Ausdruck. Sie führt zu Gefühlen von Minderwertigkeit, Einsamkeit, Leere, Depression, Angst und Langeweile. Diese Gefühlszustände werden als elementar-bedrohliche und unerträgliche Spannung erlebt, die durch Suchtmittelkonsum vorübergehend beendet werden kann.

In Abgrenzung zum Trieb-psychologischen Modell geht es nach Ich-psychologischem Verständnis beim Suchtmittelkonsum also vielmehr um die Abwehr oder Vermeidung

von Unlust als um eine Lustbefriedigung. Der Abhängigkeitskranke wird als ein in seiner psychischen Funktion Beeinträchtigter verstanden und die Abhängigkeitserkrankung als ein Symptom dieser Störung.

Während die Ich-psychologische Theorie mehr die Funktionsweise des Individuums im Blick hat, betrachtet das **Objekt-psychologische Modell** (vertreten z.B. durch Donald Winnicott, Melanie Klein, Michael Balint) die Entwicklung der Persönlichkeit mehr im Kontext der sozialen Beziehungen. Die Entwicklung des Kindes wird hier weniger biologisch und triebbestimmt als vielmehr umwelt- und beziehungsgesteuert verstanden. Dabei fokussiert die Theorie die frühe Entwicklung des Kindes, genauer gesagt die nachgeburtliche Phase und damit die Mutter-Kind-Beziehung.

Die Zeit nach der Geburt wird in dem Modell als ein noch symbiotischer Zustand verstanden, eine Fortsetzung der intrauterinen umfassenden Versorgung des Kindes. Dieser Zustand wird durch unvermeidbare Frustrationen – angefangen beim ersten Hungergefühl – gestört. Die Frustrationen katalysieren eine psychische Entwicklung des Kindes, an deren Ende im Idealfall die Befähigung zur Bewältigung der Frustrationen steht. Das Kind erlebt die unvermeidbar von der Mutter ausgehenden Frustrationen zunächst als etwas Böses und Bedrohliches. Wenn das Kind zugleich ausreichend positive Erfahrungen der verlässlichen Versorgung durch die Mutter macht, kann es lernen, dass sowohl die von der Frustration ausgehende Bedrohung als auch die Befriedigung durch die verlässliche Versorgung von ein und derselben Person ausgehen. Dadurch lernt das Kind, dass die Mutter eine abgegrenzte und eigenständige Person ist, die die Bedürfnisse des Kindes zwar befriedigt, die aber nicht von ihm beherrscht und kontrolliert werden kann. Dieser Prozess wird in der psychoanalytischen Terminologie als Entwicklung stabiler Objektrepräsentanzen bezeichnet.

Eine Störung dieses Prozesses (z.B. durch mangelnde Berechenbarkeit im Verhalten der primären Bezugsperson) führt dazu, dass die von der Bezugsperson ausgehenden Frustrationen nicht wie oben beschrieben integriert werden können, sondern eine anhaltend ambivalente Gefühlslage im Sinne einer Hassliebe, einer Vermischung von „Gut“ und „Böse“ entstehen lassen. Aufgelöst wird diese Ambivalenz schließlich durch eine Spaltung: das „Gute“ wird nach außen (auf die Mutter) projiziert, während das „Böse“ nach innen (gegen die eigene Person) gewendet wird. Diese Spaltung muss als Schutz gegen ein von den widersprüchlichen Beziehungserfahrungen ausgehendes Überwältigtwerden verstanden werden.

In Folge der instabilen und ambivalenten Objektrepräsentanzen wird eine Reifung der Persönlichkeit verhindert, was klinisch u.a. in einer mangelnden Frustrationstoleranz, Affektdifferenzierung und Antizipationsfähigkeit sowie einer mangelnden Fähigkeit zur Realitätsprüfung und zur Unterscheidung von Selbst- und Fremdwahrnehmung zum Ausdruck kommt. Die Beziehungsgestaltung ist von Spaltungen geprägt, das Denken ist undifferenziert und dichotomisiert („Schwarz-Weiss-Denken“).

In Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung wird der Suchtmittelgebrauch als Reinszenierung dieser innerseelischen Ambivalenz und der darauf folgenden Spaltung verstanden: die angenehme, wohltuende, entspannende Wirkung der Droge entspricht dabei der (idealisierten) Mutter, während die Schädigung durch die Droge der Entwertung der eigenen Person entspricht. Alkohol wird vor diesem Hintergrund zunehmend zum Beziehungsersatz und führt zugleich zur fortschreitenden Selbstschädigung.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass in Abgrenzung zur Selbstheilungshypothese der Ich-Psychologie die Objekt-Psychologie von einer Selbstzerstörungstheorie ausgeht und damit ein insgesamt pessimistischeres Verständnis der Abhängigkeitserkrankung zeichnet. Das Objekt-psychologische Modell geht auch davon aus, dass die Störung der psychischen Entwicklung zu einem sehr frühen Zeitpunkt erfolgt (sog. „frühe Störung“) und damit sehr nachhaltige Auswirkungen auf die weitere Entwicklung des Individuums hat.

Die Übersicht hat die starke Unterschiedlichkeit der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Persönlichkeitstheorien (und dem daraus abgeleiteten Verständnis einer Abhängigkeitserkrankung) deutlich gemacht. Dabei mag man den mangelnden Konsens in der Theoriebildung als Argument gegen die Gültigkeit dieser Konzepte interpretieren. Allerdings wird dieser Mangel auch nicht durch die konkurrierenden Erklärungen der kognitiv-verhaltenstherapeutischen und anderweitig orientierten Schulen behoben.

Mit einer gewissen Ernüchterung muss daher festgehalten werden, dass – um welche Theorie auch immer es sich handelt – das Modell niemals die komplexe Wirklichkeit einer individuellen Persönlichkeitsentwicklung abbilden kann, sondern nur (mehr oder weniger gut) bestimmte Phänomene und Teilaspekte erklären kann. Schließlich ist auch zur Kenntnis zu nehmen, dass es Fälle von Abhängigkeitserkrankungen gibt, bei denen die hier dargelegten tiefenpsychologisch-psychodynamischen Theorien wenig erklärend sind, da zunächst von einer primär nicht gestörten Persönlichkeitsentwicklung ausgegangen werden kann: nämlich dann, wenn bei bis dahin psychisch gesunden Erwachsenen Traumatisierungen eine Suchtentwicklung zur Folge haben.

Vor diesem Hintergrund ist es berechtigt, bzw. sogar geboten, in der klinischen Arbeit mit Abhängigkeitskranken nicht unreflektiert an einem theoretischen Erklärungsmodell festzuhalten, wenn es sich zum Verständnis der individuellen Problematik (und dem hieraus abgeleiteten therapeutischen Vorgehen) als wenig hilfreich erweist. Vielmehr ist es in diesen Fällen sinnvoll, das Spektrum möglicher Erklärungsmodelle (und daraus abgeleiteter Interventionen) um nicht-tiefenpsychologisch-psychodynamische Ansätze zu erweitern. Primat bei der Entscheidung für oder gegen ein theoretisches Modell (und dem hieraus abgeleiteten Procedere) hat daher die Frage der Nützlichkeit im Einzelfall einerseits und der Kompatibilität mit dem gesamten therapeutischen Behandlungskonzept andererseits.

Eine Stärke der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Erklärungsmodelle liegt in ihrer Fähigkeit, zunächst schwer verständliche Phänomene einer individuellen Entwicklung zu deuten und damit plausibel zu machen. Dieses Verständnis wiederum schafft (neue) Möglichkeiten des Umgangs und der therapeutischen Intervention. Des Weiteren können nach heutigem Stand der Psychotherapieforschung die tiefenpsychologisch-psychodynamischen Behandlungsmethoden als eindeutig evidenzbasiert eingestuft werden.

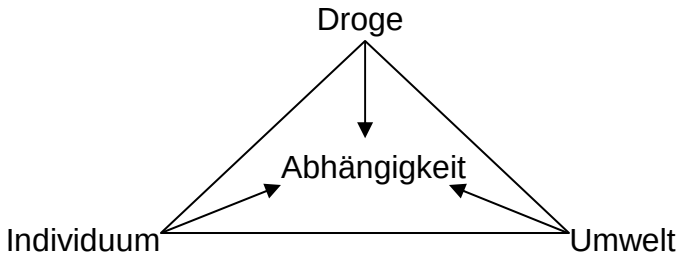
Berechtigte Kritik an den tiefenpsychologisch-psychodynamischen Theorien macht sich an ihren Schwächen fest. Dazu zählen ihre starke Defizitorientierung und ihre fast ausschließliche Fokussierung auf die Entwicklung des Individuums unter Vernachlässigung seines Eingebundenseins in einen sozialen Kontext. Und auch wenn

im Objekt-psychologischen Modell der Beziehungsaspekt eine wesentliche Rolle spielt, so wird er doch auf die primäre Bezugsperson und die nachgeburtliche Phase reduziert und lässt spätere Umwelt- und Beziehungsaspekte außer Acht.

Spätestens seit den zusammenfassenden Übersichtsarbeiten zum Stand der Psychotherapieforschung von Klaus Grawe kann der in der Psychotherapie lange Zeit herrschende Schulenstreit als weitgehend überwunden gelten und es besteht zunehmend Konsens, dass die Theorien der unterschiedlichen Schulen nicht generell als „richtig“ oder „falsch“, bzw. die aus den Theorien abgeleiteten Vorgehensweisen nicht generell als „wirksam“ oder „unwirksam“ einzustufen sind, sondern dass vielmehr die Frage zu beantworten ist, für welche psychische Störung und für welche davon betroffene Person welche Behandlungsform zu welchem Zeitpunkt am hilfreichsten ist.

4.1.2 Krankheitsmodell

Der Arbeit der Fachklinik liegt ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis zugrunde. Mit dieser Begrifflichkeit wird zum Ausdruck gebracht, dass es sich bei der Abhängigkeitserkrankung um ein komplexes Geschehen handelt, bei dem ein Bündel unterschiedlicher Ursachen (auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene) sich bei Entstehung und Verlauf wechselseitig beeinflussen. Die multifaktoriellen Entstehungsbedingungen der Abhängigkeitserkrankung wurden bereits 1973 von Kielholz und Ladewig im so genannten „Suchtdreieck“ dargestellt:



Die Droge entfaltet bestimmte psychische Wirkungen, deren Mechanismen durch die Hirnforschung inzwischen recht detailliert beschrieben werden können. Eine differenzierte Darstellung dieser Mechanismen sprengt jedoch den hier gesteckten Rahmen. Daher soll nur grob vereinfachend zusammengefasst werden: die Stimulierung spezifischer Hirnregionen (populärwissenschaftlich „Belohnungszentrum“ genannt) durch die Droge evoziert positiv besetzte, angenehme, lustvolle Gefühle. Hieraus resultiert ein Wunsch nach häufigerem Gebrauch der Droge. In einem ersten Schritt erfolgen durch den häufigeren Konsum Anpassungsvorgänge auf neuronaler Rezeptorebene, die zum Wirkverlust – und in weiterer Konsequenz – zu einer Dosissteigerung führen. In einem zweiten Schritt ziehen häufiger Drogengebrauch und Dosissteigerung eine Zunahme synaptischer Verknüpfungen innerhalb der genannten Hirnregionen nach sich. Dieser Vorgang ist einer Gedächtnisbildung vergleichbar und stellt ein universales Prinzip der Hirnfunktion dar, das bei jedem Lernvorgang zu beobachten ist. In diesem Fall wird – wiederum etwas populärwissenschaftlich - von der Entstehung eines „Suchtgedächtnisses“ gesprochen. Mit diesem Konstrukt sind zentrale Phäno-

mene der Abhängigkeitserkrankung wie Kontrollminderung und Suchtmittelverlangen plausibel zu erklären.

Da jedoch nicht jedes Individuum, das Drogen konsumiert, abhängig wird, muss es – außer der eben dargestellten spezifischen Drogenwirkung – noch weitere Faktoren geben, die zur Entstehung einer Abhängigkeit beitragen. Hier sind einerseits individuelle Prägungen des Konsumenten (Konstitution, Physis, Psyche, Persönlichkeit, Biographie, Genetik) sowie seine Umwelt (Herkunftsfamilie, Verwandtschaft, Freundes- und Bekanntenkreis, Arbeitswelt, Gesellschaft) verantwortlich zu machen.

Damit sich eine Abhängigkeit entwickeln kann, müssen also Drogen auf eine Person treffen, die vor dem Hintergrund ihrer individuellen Disposition empfänglich für die spezifischen Drogenwirkungen ist und die sich dazu noch in einem suchtfördernden Umfeld bewegt. Dabei ist die Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Abhängigkeit umso größer, je mehr suchtfördernde Bedingungen zugleich vorliegen.

Die im Abschnitt Persönlichkeitstheorie dargestellten Modelle erklären die Entstehungsbedingungen einer späteren Abhängigkeitserkrankung sowie die psychische Funktion des Suchtmittels unter weitgehender Fokussierung auf das Individuum. Biologische Faktoren und Umwelteinflüsse bleiben weitgehend außerhalb ihrer Betrachtungsweise.

Im tiefenpsychologisch-psychodynamischen Verständnis wird dem Suchtmittel in jeweils unterschiedlicher Ausprägung eine für das Individuum hilfreiche Funktion zugeschrieben; sei es in der Form, dass bedrohlich erlebte Spannungen abgebaut werden, Ich-Defizite kompensiert, bzw. überdeckt werden oder ambivalente Beziehungserfahrungen reinszeniert und auf das Suchtmittel projiziert werden. Gemeinsamer Nenner der unterschiedlichen Theorien ist der psychische Gewinn durch den Gebrauch des Suchtmittels, der der weiteren Abhängigkeitsentwicklung den Boden bereitet.

Mit zunehmendem Suchtmittelgebrauch entwickelt sich – anfangs noch unbemerkt, später dann immer deutlicher - eine charakteristische Eigendynamik der Abhängigkeitserkrankung, die - losgelöst von den eigentlichen Entstehungsbedingungen - mit einer auffälligen Übereinstimmung im Erscheinungsbild den weiteren Verlauf bestimmen. Hierzu zählen auf phänomenologischer Seite die typischen Abhängigkeitskriterien, wie sie beispielsweise in der ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) benannt werden: Suchtmittelverlangen, Kontrollminderung, Entzugserscheinungen, Toleranzentwicklung, Einengung des Konsummusters, Vernachlässigung von Interessen und Konsum trotz eingetretener Schäden. Auf psychologischer Ebene geht diese Entwicklung mit charakteristischen starren Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Projektion, subjektiv gefärbter Rationalisierung, selektiver Wahrnehmung und Schwarz-Weiß-Denken einher. Auf der Verhaltensebene dominieren zunehmend Konfliktvermeidung, Rückzug und Passivität.

Sowohl die typischen Abhängigkeitsphänomene als auch die psychologischen Abwehrmechanismen sorgen in unheilvoller Koalition dafür, dass der Verlauf der Abhängigkeitserkrankung – trotz bereits mehr oder weniger ausgeprägter negativer Folgen – vom Betroffenen selbst häufig nicht frühzeitig unterbrochen wird. Die Abhängigkeit wirkt sich im Verlauf damit auf zunehmend mehr Persönlichkeits- und Le-

bensbereiche aus und führt in einem dynamischen Prozess zu einer fortschreitenden Einschränkung der Fähigkeit zur selbstverantwortlichen und autonomen Regulierung. Die schädigenden Folgen der Abhängigkeitserkrankung treten zunehmend in den Vordergrund und bestimmen das weitere Erscheinungsbild. Das Spektrum der Einschränkungen und Schäden reicht bis hin zu lebensbedrohlichen, bzw. –begrenzenden Komplikationen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich (z.B. Leberzirrhose, Delirium, Suizid(versuch), Verlust von Arbeit/Familie/Wohnung, Verschuldung, Delinquenz).

Die typischen Erscheinungsformen dieses Prozesses mit ihrer Tendenz zur Chronifizierung wurden bereits Mitte des 20. Jahrhunderts von Elvin Morton Jellinek beschrieben und führten zu dem nach ihm benannten Phasenmodell der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit. Auch wenn dieses Phasenmodell heute nicht mehr so häufig rezitiert wird, so hat es an Gültigkeit und Aktualität nicht verloren. Viele Phänomene, die Jellinek beschrieben hat, wurden später durch die Hirnforschung erklärbar und plausibel gemacht und erhielten dadurch eine Untermauerung und Bestätigung aus neurobiologischer Perspektive.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass es sich bei der Abhängigkeitserkrankung um ein hoch komplexes Geschehen handelt, bei dem biologische, psychische und soziale Faktoren ineinander greifen und – angefangen bei den Entstehungsbedingungen bis hin zum lebensbedrohlichen Endstadium – sich wechselseitig beeinflussen, ohne dass dabei einseitige Ursache-Wirkungs-Beziehungen auszumachen sind. Die Frage beispielsweise, ob bei der Abhängigkeitsentwicklung die psychischen Phänomene zu einer Veränderung der Hirnstruktur und – funktion führen, oder ob umgekehrt die durch das Suchtmittel ausgelösten biologischen Veränderungen der Hirnstruktur und –funktion zu den beschriebenen psychischen Phänomenen führen, ist (wohl auch in Zukunft) nicht zu Gunsten der einen oder anderen Seite eindeutig zu beantworten.

Die Abhängigkeitserkrankung führt – wie oben bereits angedeutet – in ihrer Tendenz zur Chronifizierung fast regelhaft auch zu mehr oder weniger stark ausgeprägten vorübergehenden oder auch bleibenden Behinderungen. Vor diesem Hintergrund ist Abhängigkeit auch eine Erkrankung, die (in Deutschland) im Sinne des Schwerbehindertenrechts geltend gemacht werden kann und zur Anerkennung einer Schwerbehinderung führt.

Zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung sowie der sozialen Beeinträchtigung dient die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Sie wurde von der WHO 2001 erstellt und wird seitdem nach und nach im Sozialrecht der Staaten verankert.

Neben der Beschreibung der Körperfunktionen und –strukturen werden Aktivität und Teilhabe (Partizipation) sowie umweltbezogene und personenbezogene Kontextfaktoren sowohl in ihren fördernden als auch in ihren beeinträchtigenden Dimensionen erfasst. Aktivität und Teilhabe werden unterteilt in die Bereiche (sog. „Domänen“):

- Lernen und Wissensanwendung
- Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kommunikation
- Mobilität

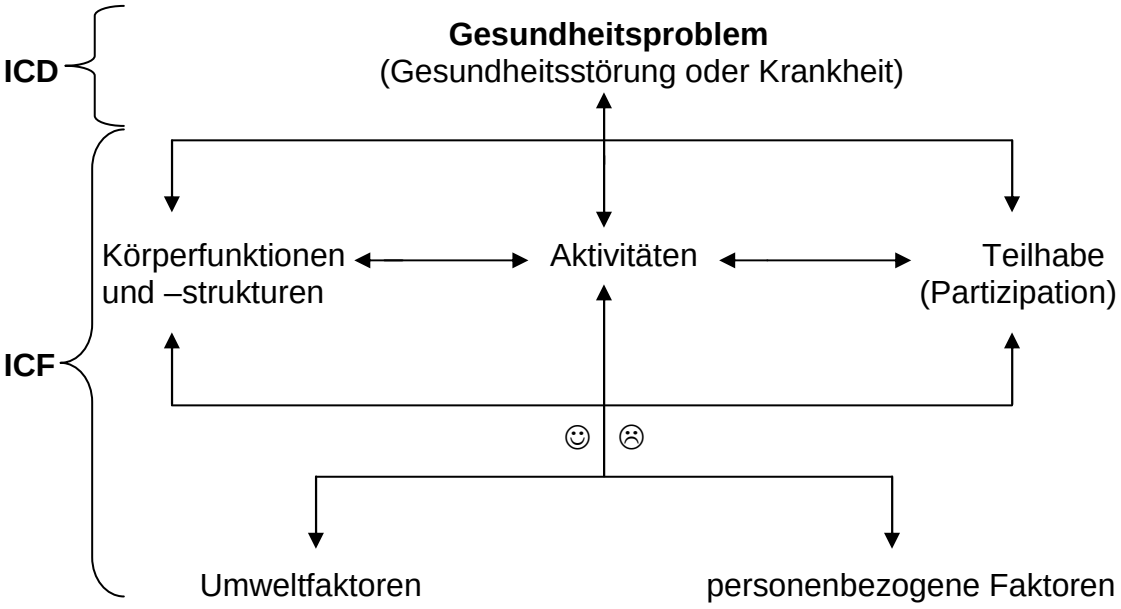
- Selbstversorgung
- Häusliches Leben
- Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Bedeutende Lebensbereiche (Erziehung, Arbeit, wirtschaftliches Leben)
- Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Mit den umweltbezogenen Kontextfaktoren sind materielle, soziale und einstellungsbezogene „äußere“ Bedingungen gemeint, unter denen Menschen leben, wie z.B. die Organisation der Gesellschaft und des öffentlichen Lebens, die Infrastruktur von Diensten, Leistungen, Kommunikations- und Verkehrsmitteln, soziale Netzwerke, Gesetze, Regeln, Einstellungen und Weltanschauungen.

Mit personenbezogenen Kontextfaktoren sind "innere" Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung gemeint, d.h. Einflüsse von Merkmalen der Person, die selbst nicht Teil des Gesundheitsproblems oder -zustands sind (z.B. Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen/Ereignisse, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen).

Die ICF stellt eine Möglichkeit dar, Behinderungen und Beeinträchtigungen in ihren zahlreichen Dimensionen zu beschreiben und zu kategorisieren. Zugleich erhebt sie durch ihre komplexe Betrachtungsweise mit Berücksichtigung des Eingebundenseins in das gesellschaftliche Leben implizit einen hohen Anspruch im Hinblick auf das Ziel einer Integration behinderter und beeinträchtigter Menschen. Dieser Anspruch wurde vielfach als Paradigmenwechsel in den gesundheitspolitischen Vorgaben und Zielsetzungen betrachtet.

Die verschiedenen Komponenten, die in der ICF in ihrer wechselseitigen Beeinflussung Berücksichtigung finden, sind in der folgenden Graphik zusammengefasst:



Kontextfaktoren können sowohl fördernden (☺) als auch hemmenden (☹) Einfluss auf die verschiedenen Komponenten haben. Die geschweiften Klammern am Rand machen deutlich, dass das Klassifikationssystem der ICD der Kategorisierung der Krankheit, die ICF hingegen der Kategorisierung hieraus resultierender Behinderung und Beeinträchtigung dient.

4.1.3 Rehabilitationsansatz

Das deutsche Sozialrecht sieht vor, für von Krankheit betroffene Menschen zur Wiederherstellung von körperlichen Funktionen, zur Verhütung von Verschlimmerungen einer Erkrankung, zur Linderung von Krankheitsbeschwerden und zur gesellschaftlichen Teilhabe medizinische Rehabilitationen durchzuführen. Nach dem oben beschriebenen Verlauf der Abhängigkeitserkrankung und ihren vielfältigen Auswirkungen auf Körperfunktionen, Aktivität und Teilhabe ist allein mit der Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung bereits eine Rehabilitationsbedürftigkeit gegeben. Sofern zugleich eine entsprechende Rehabilitationsfähigkeit vorliegt und die Erfolgsaussichten einer Rehabilitation als günstig eingeschätzt werden können, ist die Durchführung einer medizinischen Rehabilitation angezeigt. Im Folgenden soll dargestellt werden, wie sich der in der Fachklinik realisierte Rehabilitationsansatz aus der zugrunde liegenden Persönlichkeitstheorie und dem erörterten Krankheitsmodell ableiten lässt.

Die Zielrichtung einer tiefenpsychologisch-psychodynamisch ausgerichteten Behandlung ist ihrem Wesen nach einsichtsorientiert. Die Schaffung von Erklärungen für individuelle Entwicklungen – seien es auch Fehlentwicklungen – und hieraus resultierend ein akzeptierendes Verständnis für das eigene Gewordensein im Kontext der biographischen Bedingungen ist die eigentliche Stärke der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Methode. Dieser Stärke Raum gebend steht daher zu Beginn der Rehabilitation die biographische Arbeit im Vordergrund. Dies bedeutet, der Frage nachzugehen, welche biographischen Prägungen dazu führten, dass der Rehabilitand – die Abhängigkeitserkrankung eingeschlossen - zu dem wurde, der er heute ist. Antworten auf die Frage, was die tiefer liegenden Hintergründe der Abhängigkeitsentwicklung sind, eröffnen wiederum therapeutische Optionen, die an den eigentlichen Ursachen ansetzen und – bei gelingender Therapie – der Abhängigkeitserkrankung schließlich den Boden entziehen.

Konkret z.B. erhält der Rehabilitand initial die Aufgabe, (mit Hilfestellungen) einen Lebensbericht zu erstellen. Von diesem Bericht ausgehend können wichtig erscheinende Aspekte therapeutischerseits aufgegriffen und vertieft werden. Manche Rehabilitanden kommen auf diese Weise dazu, entscheidende Erlebnisse, Erfahrungen und Prägungen erstmals in ihrem Leben an- und auszusprechen (bzw. zu beschreiben). Die Bedeutung dieser Erlebnisse, Erfahrungen und Prägungen im Hinblick auf die Persönlichkeitsentwicklung und gar auf die (spätere) Suchtentwicklung ist den Betroffenen oft kaum bewusst. Das therapeutische Aufgreifen verfolgt daher immer auch das Ziel, solche Zusammenhänge herzustellen und deutlich zu machen.

Die aus der biographischen Arbeit generierten Erklärungen für die eigene Persönlichkeits- und Suchtentwicklung führen natürlich noch nicht zur Überwindung einer zugrundeliegenden psychischen Problemkonstellation. Jedoch begegnet sich der Rehabilitand in aller Regel mit einem größeren Verständnis für die eigenen Störungen und Fehlentwicklungen und kann Schuldgefühle, Selbstanklagen und andere

autodestruktive Tendenzen zumindest relativieren. Dies wiederum schafft gute Voraussetzungen für weitergehende Veränderungsprozesse.

Diese setzen an den jeweiligen Problemkonstellationen an, die als tiefer liegende Hintergründe der Suchtentwicklung erkannt wurden. Das Spektrum der hierbei aufgedeckten Themen ist so bunt und zahlreich wie die Biographien der Abhängigkeitskranken. Häufig werden Verlusterfahrungen, Kränkungen, Frustrationen, Enttäuschungen, mangelnde Anerkennung und Wertschätzung, mangelnde emotionale Unterstützung, manchmal auch Verwöhnung, abhängige Beziehungsmuster, leistungsbezogene Erwartungshaltungen sowie persönliche Eigenheiten und leider häufig auch Vernachlässigung, Verwahrlosung, Gewalt, Missbrauch und andere Traumatisierungen identifiziert.

In vielen Fällen einer Abhängigkeitserkrankung ist das Persönlichkeitsmodell der Ich-Psychologie oder der Objekt-Psychologie hilfreich für das Verständnis der Suchtentwicklung. Viele Phänomene von nach tiefenpsychologischem Verständnis „früh gestörten“ Menschen sind durch die Theorie gut zu erklären (z.B. die Neigung zum Schwarz-Weiß-Denken und zur Spaltung in der Beziehungsgestaltung, autodestruktives und selbstverletzendes Verhalten, das erhöhte Suizidrisiko sowie häufig vorkommende organdestruktive Folge- und Begleiterkrankungen, auffallend erhöhte Unfallneigung, Schmerzsyndrome und psychosomatische Erkrankungen). Das Ich-psychologische Modell ist hilfreich zum Verständnis der Suchtentwicklung bei Personen mit einem vergleichsweise reiferen Grad der Persönlichkeitsstruktur und erklärt die dort häufig zu beobachtenden Phänomene (z.B. unausgeglichene Affektivität, mangelnde Impuls- und Triebkontrolle, eingeschränkte Fähigkeit zur Realitätsprüfung, zur Selbsteinschätzung und zur Spannungsregulation).

Die Möglichkeit, die beschriebenen Symptome im Kontext des jeweiligen Persönlichkeitsmodells zu verstehen, erleichtert es dem Therapeuten, trotz Symptom-induzierter Belastungen der therapeutischen Beziehung Wertschätzung und zugleich notwendige emotionale Distanz dem Abhängigkeitskranken gegenüber aufrechtzuerhalten. Im Unterschied zu der in der klassischen Psychoanalyse geforderten „therapeutischen Abstinenz“, ist nach Ich-psychologischer Theoriebildung – und speziell in der Form der interaktionell-psychoanalytischen Methode nach Heigl-Evers – ein aktiveres und direktiveres Vorgehen des Therapeuten gefordert. Der Therapeut soll Ich-Funktionen, die dem Abhängigkeitskranken derzeit noch nicht ausreichend zur Verfügung stehen, ersatzweise übernehmen und damit dem Abhängigkeitskranken als Modell dienen. Mit diesen so genannten Hilfs-Ich-Funktionen vermeidet der Therapeut überfordernde Ängste, schafft Verständnis und ermöglicht dem Abhängigkeitskranken eine „Nachreifung“ der geschwächten Ich-Struktur.

Nach Objekt-psychologischer Theorie kommt den (auch in der Rehabilitation) unvermeidlich vorkommenden Frustrationen des Abhängigkeitskranken und dem therapeutischen Umgang hiermit eine besondere Bedeutung zu. Frustrationen entstehen allein durch das Vorhandensein von Regeln, wie z.B. der Haus- und Therapieordnung. Darüber hinaus gehende Frustrationen entstehen häufig durch (ausgesprochene oder unausgesprochene) individuelle Wünsche und Erwartungen des Abhängigkeitskranken. Hier wird der Therapeut versuchen, die durch Frustrationen evozierten Ambivalenzgefühle dem Therapeuten gegenüber sowie die damit einhergehenden Projektionen und Spaltungen deutlich zu machen („spiegeln“) und durch ein zugleich konstantes und verlässliches Beziehungsangebot dem Abhängigkeitskranken die

Chance geben, eine korrigierende Beziehungserfahrung zu machen. Bei Gelingen begünstigt dieses Vorgehen die Entwicklung stabilerer Objektrepräsentanzen.

Generell kommen also sowohl nach Ich-psychologischem als auch nach Objektpsychologischem Modell aktive und direktive therapeutische Vorgehensweisen zur Anwendung. Das Maß an konfrontativem Vorgehen muss dabei den Möglichkeiten des Abhängigkeitskranken angepasst werden. „Früh gestörte“ Abhängigkeitskranke sind mit einem stark konfrontativen Vorgehen leicht überfordert. Deutungen als therapeutische Methode werden aus gleichem Grund ebenso kaum eingesetzt. Übertragung und Gegenübertragung werden mehr zu diagnostischen Zwecken genutzt als dass sie unmittelbar in der therapeutischen Beziehung zum Thema werden.

Aus dem Gesagten wird deutlich, dass nach tiefenpsychologischem Verständnis das therapeutische Vorgehen im Kern „Beziehungsarbeit“ bedeutet. Vorgänge, die sich in der therapeutischen Beziehung manifestieren, dienen der diagnostischen Einordnung und bestimmen das darauf folgende therapeutische Handeln. Die in der Beziehungsgestaltung zu beobachtenden Phänomene werden von therapeutischer Seite verdeutlicht („gespiegelt“) und immer wieder in einen Zusammenhang mit biographischen Prägungen gesetzt und damit verstehbar gemacht.

Nachdem die aus dem zugrunde liegenden theoretischen Modell abgeleiteten psychotherapeutischen Vorgehensweisen und Strategien (beispielhaft) dargestellt wurden, soll im Folgenden erläutert werden, wie die identifizierten Funktionsstörungen, die beeinträchtigte Aktivität und Teilhabe sowie die beeinflussenden Kontextfaktoren das konkrete Vorgehen innerhalb der Rehabilitation bestimmen.

Im Laufe einer Abhängigkeitserkrankung treten meist zahlreiche suchtmittelbedingte Körperfunktionsstörungen auf. Viele bilden sich bei Suchtmittelabstinenz aufgrund körpereigener Regenerationsvorgänge zurück (z.B. leichte Hirnleistungsstörungen, Leberfunktionsstörungen, Blutbildungsstörungen, Stoffwechselstörungen). Andere Körperfunktionsstörungen bilden sich nur sehr langsam oder nur teilweise (bzw. auch gar nicht) zurück. Hierzu zählen z.B. chronische Leber-, Pankreas- und Myokardschäden sowie Polyneuropathien, die klinisch in Form von Leistungsminderungen, chronischen Verdauungsstörungen, Gangstörungen und anderen Beschwerden imponieren. Hieraus resultieren verschiedenste Einschränkungen von Aktivität und Teilhabe, die letztlich den gesamten Lebensalltag betreffen können. In besonderer Weise wirken sich diese Einschränkungen auch auf die Chancen und Möglichkeiten einer beruflichen Reintegration aus.

Da die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten der suchtmittelbedingten Organschäden und Funktionsstörungen sehr begrenzt sind, liegt in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter das Augenmerk mehr auf der Beeinflussung von Aktivität und Teilhabe sowie der sie modulierenden Kontextfaktoren. Dies sei im Folgenden an einigen Beispielen verdeutlicht.

- Wenn ein Abhängigkeitskranker durch vernachlässigte Freizeitinteressen und Rückzugstendenzen in seiner Aktivität und Teilhabe (Domäne: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben) eingeschränkt ist, dann ist es Ziel der Rehabilitation, ihm durch geeignete therapeutische Interventionen zu einer Aktivierung früherer Freizeitinteressen oder Neuentdeckung bisher nicht vorhande-

ner Freizeitinteressen zu verhelfen und Möglichkeiten der Freizeitgestaltung und des sozialen Engagements in seinem Lebensumfeld anzuregen.

- Wenn ein Abhängigkeitskranker dadurch in seiner Aktivität und Teilhabe beeinträchtigt ist, dass er befürchtet, beim Verlassen des Hauses früheren Trinkkumpanen zu begegnen (Domäne: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bzw. hemmender personenbezogener Kontextfaktor: mangelnde Abgrenzungsfähigkeit), dann zielt die Rehabilitation mit geeigneten Interventionen darauf ab, seine Abgrenzungsfähigkeit (gegenüber den Trinkkumpanen) zu verbessern.
- Wenn ein Abhängigkeitskranker durch Arbeitslosigkeit in seiner Aktivität und Teilhabe (Domäne: Bedeutende Lebensbereiche) eingeschränkt ist, dann ist es Ziel der Rehabilitation, durch geeignete Maßnahmen des beruflichen Trainings die Wahrscheinlichkeit einer beruflichen Reintegration zu erhöhen.
- Wenn ein Abhängigkeitskranker durch eine ausgeprägt gehemmte und introvertierte Persönlichkeitsprägung in seiner Aktivität und Teilhabe (Domäne: Interaktionelle Interaktionen und Beziehungen, bzw. Kommunikation, bzw. personenbezogener Kontextfaktor) beeinträchtigt ist, dann ist es Ziel der Rehabilitation, durch geeignete therapeutische Interventionen seinen Kommunikationsstil und sein Beziehungsverhalten in Richtung größerer Offenheit und Direktheit zu erweitern.
- Wenn ein Abhängigkeitskranker in einer strukturschwachen ländlichen Region lebt, in der er weder suchtspezifische Hilfen noch anderweitige soziale Unterstützung erhoffen kann (Domäne: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben, bzw. Interaktionelle Interaktionen und Beziehungen, bzw. hemmende umweltbezogene Kontextfaktoren), dann zielt die Rehabilitation darauf ab, mit ihm zu klären, ob zum Gelingen einer besseren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben z.B. ein Wohnortwechsel sinnvoll sein kann.
- Wenn ein Abhängigkeitskranker durch eine stark belastete Partnerschaft in seiner Aktivität und Teilhabe beeinträchtigt ist (Domäne: Interaktionelle Interaktionen und Beziehungen), dann ist es Ziel der Rehabilitation, durch geeignete therapeutische Maßnahmen zur Klärung der Perspektive und der Bedingungen der Partnerschaft beizutragen.

Die Liste der Beispiele ließe sich noch erheblich erweitern. Es sollte jedoch lediglich exemplarisch deutlich gemacht werden, dass die aus einer Abhängigkeitserkrankung resultierenden Behinderungen und Beeinträchtigungen in all ihren Dimensionen und Modulatoren in der ICF abgebildet werden können. Damit stellt die ICF eine gute Grundlage für eine umfassende Betrachtungsweise und einen hieraus abgeleiteten Rehabilitationsansatz dar.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

Zur medizinischen Rehabilitation werden in der Fachklinik alkoholabhängige (F102) und medikamentenabhängige (F132) Männer ab dem 18. Lebensjahr aufgenommen. Rehabilitanden mit Mehrfachabhängigkeit (F19) werden nur dann aufgenommen, wenn der Konsum illegaler Drogen nicht dominiert und sofern kein intravenöser Drogenkonsum vor Beginn der Rehabilitation erfolgte. Verhaltenssüchte wie pathologisches Spielen (F630) und arbeitssüchtige Fehlhaltung (F638 oder F688) stellen ebenso eine Indikation zur Aufnahme dar, wenn sie mit o.g. stoffgebundenen Abhängigkeiten einher gehen.

Abhängigkeitserkrankungen sind häufig mit psychischen Störungen assoziiert: sei es als Folge der Abhängigkeit, sei es als die eigentlich grundlegende Störung, die sekundär – im Sinne eines inadäquaten Bewältigungsversuches - zu einer Abhängigkeitserkrankung führte oder sei es als Begleiterkrankung ohne offensichtlichen Kausalzusammenhang zur Abhängigkeitserkrankung. Daher werden psychische Störungen in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen mit geeigneten psychiatrisch/psychotherapeutischen Methoden regelhaft mitbehandelt.

Das Spektrum der psychischen Störungen reicht dabei von den affektiven Störungen (F30 – F39) über die neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40 – F48), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50 – F59) bis hin zu den Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 – F69).

Bei den Intelligenzstörungen (F70 - F79), Entwicklungsstörungen (F80 - F89) und Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 – F98) können nur leichte Ausprägungen mitbehandelt werden.

Sofern Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen (F20 – F29) mit einer Abhängigkeitserkrankung einhergehen, so ist Voraussetzung für die Aufnahme zur Rehabilitation der Abhängigkeitserkrankung eine stabile medikamentöse Einstellung der psychiatrischen Störung und der Ausschluss akuter Krankheitsphasen.

Nicht aufgenommen werden Abhängigkeitserkrankte mit

- akuter Suizidalität (z.B. bei F322 oder F323)
- akuter Entzugssymptomatik (F103 und F104)
- schweren hirnorganischen Beeinträchtigungen (F106)
- mangelnder Fähigkeit zur Selbstversorgung (infolge schwerer körperlicher Erkrankungen) (Z740 – Z748)
- Gangstörungen, die die Benutzung eines Rollators oder Rollstuhls erforderlich machen (fehlende Barrierefreiheit) (z.B. bei G621)

Neben diesen allgemeinen Indikationen und Kontraindikationen für eine vollstationäre Erstbehandlung gelten für die gemeindenahe medizinische Rehabilitation und die ganztägig ambulante Reha die im Folgenden aufgeführten zusätzlichen Indikationen und Kontraindikationen.

Gemeindenahe medizinische Rehabilitation:

Indikation:	Kontraindikation:
partnerschaftliche und familiäre Spannungen oder abhängige Beziehungsmuster mit hieraus resultierendem Erfordernis zur Einbeziehung der Angehörigen	symbiotisch-abhängige Beziehungsmuster, die zu kontraproduktiven Einflussnahmen auf den Behandlungsverlauf führen und daher eine wohnortferne Rehabilitation erfordern
konfliktbesetzter Arbeitsplatz, drohende Kündigung oder andere Hindernisse einer beruflichen Reintegration mit hieraus resultierendem Erfordernis zur Einbeziehung des Arbeitgebers	
bereits bestehender Kontakt zum regionalen psychosozialen Hilfesystem mit dem daraus resultierenden Erfordernis zur Einbeziehung von Zuweisern, Vor- und Nachbehandlern	
absehbare Notwendigkeit einer im Anschluss an die Rehabilitation erforderlichen Weiterbehandlung/Nachbehandlung durch das regionale psychosoziale Hilfesystem	
Arbeitslosigkeit mit dem hieraus resultierenden Erfordernis zur Einbeziehung der regionalen Arbeitsvermittlung sowie mit der Möglichkeit der Arbeitserprobung durch regionale Praktika	
problematische Nähe zum Trinkermilieu mit der hieraus resultierenden Notwendigkeit, eine angemessene Distanzierung zu erlernen	
starke Rückzugstendenzen mit der hieraus resultierenden Notwendigkeit, zum Aufbau eines (neuen) sozialen Netzes am Wohnort	
besonderer sozialer Hilfebedarf (z.B. Wohnungslosigkeit, Verschuldung) mit daraus resultierender Notwendigkeit zur Einbeziehung des regionalen sozialen Hilfesystems	
	Gewaltbereitschaft (Angehörigen gegenüber) mit hieraus resultierender Notwendigkeit einer wohnortfernen Rehabilitation zum Schutz der Angehörigen
	Wunsch einer wohnortfernen Rehabilitation aufgrund einer besonderen Position im öffentlichen Leben der Region (relative Kontraindikation)
	Planung eines Wohnortwechsels in eine andere Region im unmittelbaren Anschluss an die Rehabilitation (relative Kontraindikation)

Ganztägig ambulante Rehabilitation:

Indikation:	Kontraindikation:
Erreichbarkeit der Klinik mit privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln innerhalb von 45 Minuten	Fahrtzeit zur Klinik > 45 Minuten
Fähigkeit zur kurz- und mittelfristigen Aufrechterhaltung der Abstinenz im häuslichen Milieu	(noch) unzureichende Abstinenzfähigkeit im häuslichen Milieu
stabile Wohnsituation und ausreichende Fähigkeit zur Distanzierung vom ggf. vorhandenen Kontakt zum Trinkermilieu	(drohende) Wohnungslosigkeit, starke Vernachlässigung der Wohnung, überwiegender Kontakt zum Trinkermilieu mit unzureichender Fähigkeit zur Distanzierung
ausreichend stützendes soziales Netz (Familie, Freundes- und Bekanntenkreis, ggf. Selbsthilfegruppe und/oder andere Interessensgruppen)	fehlende soziale Unterstützung, bzw. verfestigte konflikthafte Beziehungsstörungen, die zunächst eine Distanzierung vom häuslichen Milieu erfordern
körperlich/seelischen Begleiterkrankungen mit der Notwendigkeit einer engmaschigen medizinischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung, die in der erforderlichen Intensität durch eine ambulante Rehabilitation nicht gewährleistet ist	schwere psychiatrische, psychosomatische und/oder körperliche Begleiterkrankungen, die zunächst der kontinuierlichen medizinischen und psychotherapeutischen Betreuung einer vollstationären Behandlung bedürfen
leichte Schwierigkeiten der Tagesstrukturierung vor dem Hintergrund psychosozialer Folgen der Abhängigkeit (z.B. Arbeitslosigkeit, Isolationsneigung)	starke Schwierigkeiten der Tagesstrukturierung und damit einhergehende Überforderung mit den Anforderungen der ganztägig ambulanten Rehabilitation
hohes Maß an Krankheitseinsicht, Veränderungsbereitschaft und Eigeninitiative, so dass der fördernde und schützende Rahmen einer vollstationären Behandlung nicht benötigt wird	geringes Maß an Krankheitseinsicht, Veränderungsbereitschaft und Eigeninitiative, so dass zunächst noch der fördernde und schützende Rahmen der vollstationären Behandlung benötigt wird
Leistungseinschränkende Funktionsstörungen, die eine Überprüfung der Belastungsfähigkeit durch differenzierte arbeitsbezogene Interventionen (die im Rahmen einer ARS nicht vorgehalten werden) erfordert	
ausreichende körperliche und psychosoziale Stabilisierung in der laufenden vollstationären Behandlung, so dass dessen schützender Rahmen nicht mehr benötigt wird und eine verstärkte Konfrontation mit der alltäglichen Lebenssituation angezeigt ist (Wechsel zur ganztägig ambulanten Reha)	
	spezifische psychische Problematik, vor deren Hintergrund die vollstationäre Behandlung in überfordernder Weise angstverstärkend wirkt (z.B. Heimerfahrungen, Traumatisierungen)

Rückfallbehandlungen erfolgen nach durchgeführter Erstbehandlung, wenn hierdurch keine nachhaltige Suchtmittelabstinenz erreicht werden konnte und daher eine dauerhafte psychosoziale Reintegration weiterhin, bzw. erneut gefährdet ist. **Festigungsbehandlungen** erfolgen nach erfolgreich durchgeführter Erst- und/oder Rückfallbehandlung, wenn infolge einer umschriebenen Krisensituation die bislang aufrecht erhaltene Suchtmittelabstinenz gefährdet ist und vor diesem Hintergrund eine erneute psychosoziale Desintegration droht. Ansonsten gelten auch hier die bereits genannten Indikationen und Kontraindikationen.

Vor dem Hintergrund des Konzeptes einer gemeindenahen medizinischen Rehabilitation erfolgen die Zuweisungen in der Regel aus der umliegenden Region (siehe Kapitel 2). Überregionale Zuweisungen sind mit den besonderen Spezifikationen der Fachklinik begründet. Diese inhaltlichen Besonderheiten sollen im Weiteren näher erläutert werden.

Aufnahme von polnisch- und russischsprachigen Rehabilitanden

Polnisch- und russischsprachige Rehabilitanden werden nach Voranmeldung durch die zuständige polnisch und russisch sprechende Bezugstherapeutin in der Einzeltherapie behandelt. Darüber hinaus erfolgt ein systematisches Sprachtraining im Rahmen einer Indikationsgruppe zum Vertiefen der Deutschsprachkenntnisse. Die Gruppentherapie wird in deutscher Sprache durchgeführt. Für eine Behandlung polnisch- und russischsprachiger Patienten in der Fachklinik werden daher Basisfähigkeiten in der deutschen Sprache vorausgesetzt, die die Teilnahme an der Gruppentherapie ermöglichen.

Vorrangiges Ziel ist damit die Integration der polnisch- und russischsprachigen Rehabilitanden in den deutschsprachigen Lebensraum, da dieser schließlich auch den Kontext ihres Alltags nach der Rehabilitation darstellt. Im Sinne des integrativen Gesamtkonzeptes der Klinik erfolgt bewusst keine Separation dieser Klientel, sondern eine gezielte Einbindung in die Gemeinschaft der Rehabilitanden.

Berücksichtigung Gender-spezifischer Aspekte

Erfahrungswissen und Suchtforschung haben zu der Erkenntnis geführt, dass die Hintergründe für eine Suchtentwicklung sich geschlechtsspezifisch unterscheiden. Bei Frauen spielen häufig Gewalterfahrungen, sexuelle Übergriffe, Mehrfachbelastungen (durch Beruf, Familie und z.B. Pflege von Angehörigen) sowie Partnerschaftsprobleme eine Rolle. Bei Männern sind es eher die Themen und Problembereiche wie Aggressivität, Dissozialität, Sexualität (insbesondere in Form von Störungen sexuellen Erlebens), männliches Rollenverständnis, übermäßige Leistungsbezogenheit, Kommunikationsdefizite, introvertierte Konfliktverarbeitung sowie mangelnde Selbstwahrnehmung, die eine spezifische Bedeutung für die Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung haben.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht nur sinnvoll und hilfreich, sondern geradezu geboten, den Gender-spezifischen Aspekten in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker Raum zur therapeutischen Reflexion und Bearbeitung zu geben. Die bewusste Beschränkung zur ausschließlichen Aufnahme von Männern in der Rehabilitation schafft einen institutionellen Rahmen, in dessen Grenzen die Thematisierung o.g. Themen erleichtert wird, zumal die meist wenig bewussten Problembereiche oft schambesetzt und/oder tabuisiert sind.

Die Gruppentherapie in der Runde von Männern stellt einerseits einen gemeinsamen Erfahrungshorizont her, unter dem der Einzelne per Identifikation mit anderen Gruppenmitgliedern Zugang zu den genannten Aspekten finden kann. Andererseits stellt die Gruppe der Männer zugleich einen Schutz- und Schonraum dar, in dem - als eine erste Voraussetzung für eine weitergehende therapeutische Reflexion - schambesetzte und tabuisierte Themen möglicherweise erstmals angesprochen werden können.

Entweder anknüpfend an eigeninitiativ eingebrachte Themen der Rehabilitanden oder auch gezielt als inhaltliche Vorgabe des jeweiligen Gruppentherapeuten werden Gender-spezifische Aspekte regelmäßig in der Gruppentherapie thematisiert und

damit einer weiteren Bearbeitung zugänglich gemacht. Die notwendige individuelle Vertiefung Gender-spezifischer Aspekte erfolgt in der Regel eher in der Einzeltherapie.

Aggressivität wird häufig in unangemessener Form ausagiert. Dies beginnt bei Wortwahl und Tonfall und reicht bis hin zu Gewaltandrohung und Gewalttätigkeit. Ziel der therapeutischen Interventionen ist es, die Betroffenen für ihren unangemessenen Aggressionsausdruck zu sensibilisieren und sie zu adäquaten Ausdrucksformen zu befähigen (siehe hierzu auch Antiaggressionstraining unter Kapitel 4.7.4).

Dissoziale Entwicklungen gehen häufig mit einem Mangel an Empathie, geringer Frustrationstoleranz und mangelndem Schuldbewusstsein einher. Therapeutische Strategien beabsichtigen dem entsprechend eine fördernde Entwicklung dieser sozialen Defizite.

Sexualität und männliches Rollenverständnis können in unterschiedlichster Form gestört, bzw. einseitig ausgeprägt sein. Diesbezüglich ist zunächst eine Enttabuisierung durch offene und zugleich behutsame Reflexion der Thematik hilfreich. Hierdurch werden korrigierende Einstellungen und Veränderungen einseitiger Haltungen ermöglicht. Einer übermäßigen Leistungsbezogenheit kann durch entsprechende arbeitsbezogene Interventionen entgegengewirkt werden (siehe auch Kapitel 4.7.5.2).

Kommunikationsdefizite und insbesondere die bei Männern häufig anzutreffende introvertierte Konfliktverarbeitung werden in der Gruppe und im Klinikalltag durch konkrete Situationen schnell offenbar und können daher unmittelbar therapeutisch aufgegriffen und genutzt werden. Durch Reflexion beispielhafter Situationen und Erprobung alternativer Reaktionsformen (z.B. in Form von Rollenspielen) kann die mangelnde Selbstwahrnehmung des Rehabilitanden geschult und das einseitige und eingeengte Verhaltensrepertoire schrittweise erweitert werden.

Besondere Eignung der Fachklinik für Rehabilitanden mit Beziehungsstörungen, Isolationsneigung, Hemmungen, Ängsten und Phobien

Die Klinik bietet durch ihre überschaubare Größe und durch die individuelle therapeutische Begleitung einen Rahmen, der besonders für Rehabilitanden mit Beziehungsstörungen, Isolationsneigung, Hemmungen, Ängsten und Phobien geeignet ist. Wie oben bereits erwähnt, kommen psychische Beeinträchtigungen und Störungen bei Abhängigkeitskranken häufig vor und bedürfen daher generell einer Mitbehandlung. Die hier genannten spezifischen Ausprägungen einer psychischen Problematik beinhalten jedoch das besondere Risiko, dass der Betroffene sich entweder erst gar nicht zu einer Rehabilitation entschließt oder er die Rehabilitation bei Konfrontation mit den Anforderungen der Reha-Klinik zu einem frühen Zeitpunkt abbricht. Insofern stellt der beschriebene Rahmen der Fachklinik eine Chance für Rehabilitanden dar, die sich aus den genannten Gründen nur schwer zur Inanspruchnahme und Durchführung einer Rehabilitation entschließen können.

Die individuelle therapeutische Begleitung beinhaltet u.a. die Option, zur Herstellung eines tragfähigen therapeutischen Bündnisses und zur besseren Bewältigung der (insbesondere zu Behandlungsbeginn verstärkten) psychischen Problematik den Kontakt zum Bezugstherapeuten auf engmaschige (Kurz)termine anzupassen. Anforderungen des Klinikalltags, die für das beschriebene Klientel eine Überforderung darstellen können, werden auf das Maß der individuellen Zumutbarkeit reduziert.

Möglichkeit zur Aufnahme von Rehabilitanden mit Hund

Alleinstehende und Menschen mit oben beschriebener Problematik (Beziehungsstörungen, Isolationsneigung, Hemmungen, Ängste, Phobien) pflegen häufig über viele Jahre eine emotional enge Bindung zu einem Hund. Es stellt daher für sie eine erhebliche motivationale Unterstützung dar, wenn ihr Hund bei Inanspruchnahme einer mehrmonatigen Rehabilitation mitgebracht werden kann.

Diese Möglichkeit bietet die Fachklinik. Nach vorheriger Absprache über die Mitnahme des Hundes wird er im gesonderten Tiergehegebereich innerhalb des Klinikgartengeländes artgerecht untergebracht. Die Betreuung des Tieres erfolgt in Eigenverantwortung des Tierbesitzers nach von der Klinik vorgegebenen Regeln, zu deren Einhaltung sich der Rehabilitand verpflichtet.

Individuelle Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben

Die Teilhabe am Arbeitsleben ist eines der wichtigen übergeordneten Rehabilitationsziele. Allerdings ist die Ausgangslage der Rehabilitanden, auf deren Grundlage die Teilhabe am Arbeitsleben gefördert werden soll, höchst unterschiedlich. Beispielhaft seien folgende Personengruppen und Problembereiche herausgegriffen:

- langzeitarbeitslose Rehabilitanden mit deutlich eingeschränkten Ressourcen und daher geringen Chancen einer beruflichen Reintegration
- arbeitslose Rehabilitanden mit vergleichsweise kurzer Phase der Arbeitslosigkeit und noch guten Chancen einer beruflichen Reintegration
- Rehabilitanden, die sich derzeit im Dissens mit ihrem Arbeitgeber befinden (drohende Kündigung, arbeitsrechtliche Auseinandersetzung)
- Rehabilitanden, die von ihrem Arbeitgeber die Durchführung einer Rehabilitation zur Auflage bekommen haben
- Rehabilitanden, die zwar über einen Arbeitsplatz verfügen, aber aus gesundheitlichen oder anderen Gründen nicht mehr ihre letzte Tätigkeit wieder aufnehmen wollen/können und einen beruflichen Wechsel oder eine Berentung anstreben
- Rehabilitanden mit deutlicher körperlich/psychischer Gefährdung durch eine arbeitssüchtige Fehlhaltung

Abhängig von der jeweiligen Ausgangslage sind auch die zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben erforderlichen Strategien sehr unterschiedlich. Beispielhaft seien hier genannt:

- Erarbeitung realistischer Berufsperspektiven
- Bewerbungstraining
- gemeinsame Arbeitgebergespräche
- arbeitstherapeutisches Training von Grundarbeitsfähigkeiten
- Abklärung des Leistungsvermögens, Belastungserprobung, externe Praktika
- spezifische therapeutische Interventionen zur Veränderung einer gesundheitsgefährdenden Leistungsbezogenheit (arbeitssüchtige Fehlhaltung)

Ergotherapie und Arbeitstherapie verfügen in der Fachklinik über eine differenzierte Diagnostik, auf deren Grundlage die weitere arbeitsbezogene Behandlungsplanung

erfolgt. Die spezifische Ausgangslage der Rehabilitanden führt dabei zu den individuell passenden arbeitsbezogenen Interventionen der Ergo- und Arbeitstherapie. Durch eine entsprechende personelle und strukturelle Ausstattung kann ein umfangreiches Spektrum arbeitstherapeutischer Einsatzbereiche mit jeweils unterschiedlichen Anforderungsprofilen vorgehalten werden. Weitere Ausführungen hierzu sind dem Kapitel 4.7.5 zu entnehmen.

Wunsch des Rehabilitanden nach Inanspruchnahme einer Einrichtung mit christlicher Werteorientierung, bzw. in Trägerschaft des Blauen Kreuzes

Vor dem Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts der Versicherten und mit dem Wissen um die spezifische Ausrichtung der Fachklinik legen manche Rehabilitanden ausdrücklich Wert auf eine Behandlung in der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus. Insbesondere besteht häufig eine Identifikation mit dem Grundverständnis und der christlichen Werteorientierung der Einrichtung wenn zuvor bereits Hilfen des Blauen Kreuzes (z.B. Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen des Blauen Kreuzes) in Anspruch genommen wurden. Diese Identifikation hilft, mögliche Vorbehalte gegenüber einer Reha-Maßnahme abzubauen und geht mit einem Vertrauensvorschuss einher, der therapeutisch gut zu nutzen ist. Die Identifikation bahnt eine Bereitschaft, sich notwendigen Veränderungsprozessen und den damit einhergehenden Anstrengungen auszusetzen.

Andererseits gibt es auch problematische religiöse Prägungen und Fehlentwicklungen, die den Rehabilitanden in seinen Entwicklungsmöglichkeiten einengen. In diesen Fällen beinhaltet die besondere Identifikation mit der Werteorientierung der Fachklinik die Chance einer therapeutisch geleiteten kritischen Reflexion mit der Folge, einseitige und defiziente Haltungen und Einstellungen zugunsten neuer Sichtweisen zu überwinden.

4.3 Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am Leben in der Gemeinschaft abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, ein Maß an Aktivität und Teilhabe auszuüben, das für diesen Menschen und seinen persönlichen Lebenskontext als typisch erachtet werden kann. Zu den übergeordneten Zielen gehören daher:

- Erreichung und Erhaltung von Suchtmittelabstinenz
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Erhaltung (oder Erreichen) einer selbstständigen Lebensführung (bzw. Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit)

In der Regel sind Aktivität und Teilhabe der Rehabilitanden in bestimmten Bereichen (sog. „Domänen“) beeinträchtigt. Die konkreteren Zielformulierungen orientieren sich daher an den spezifischen Beeinträchtigungen im Einzelfall. Bei erst beginnender Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation gehört zu den Zielen:

- Entwicklung und Förderung von Krankheitseinsicht und Änderungsmotivation
- Hinführung zu einem verbindlichen Abstinenzentschluss
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallrisikosituationen
- Förderung eines Verständnisses für die Zusammenhänge zwischen biographischen Prägungen und Abhängigkeitsentwicklung

Ausgehend von der Vorstellung, dass psychosoziale Beeinträchtigungen sowohl in der Entstehung, als auch im Verlauf sowie als Folge einer Abhängigkeit regelhaft relevant sind, können als weitere Ziele beispielsweise benannt werden:

- Förderung der Fähigkeit zur Konflikt- und Krisenbewältigung
- Förderung von Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit
- Förderung eines stabilen Selbstwertgefühls
- Förderung eines angemessenen Umgangs mit aggressiven Impulsen
- Förderung von Strategien gegen Rückzugstendenzen, Ängste und depressive Erlebnisverarbeitung

Bei fortgeschrittenen und mit Behinderungen einhergehenden Folge- und Begleiterkrankungen – und insbesondere bei hierdurch bedrohter beruflicher Wiedereingliederung - gehören zu den Zielen:

- Klärung der Möglichkeiten einer beruflichen Wiedereingliederung, bzw. der Rückkehr an den Arbeitsplatz
- Klärung einer realistischen Zukunftsperspektive
- Entwicklung einer zufriedenstellenden Lebensführung mit einem möglichst hohen Maß an Selbstbestimmung, Eigenverantwortung, Aktivität und Teilhabe
- Hinführung zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung

Da in der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte und Suchtentwicklung und bei Realisierung der vergangenen und gegenwärtigen psychosozialen Belastungen häufig auch Sinn- und Wertfragen von den Betroffenen (ausgesprochen oder unausgesprochen) gestellt werden, ist deren Klärung ebenfalls als ein Ziel der Rehabilitation zu betrachten.

Der Prozess der Zieldefinition gestaltet sich im Diskurs mit dem Rehabilitanden. Zunächst wird der Rehabilitand aufgefordert, eigene Zieldefinitionen zu formulieren, sofern dies nicht schon zuvor erfolgte (Sozialbericht). Die von ihm benannten Ziele werden im gemeinsamen Gespräch mit dem Bezugstherapeuten auf ein gemeinsames Verständnis hin überprüft und ggf. ergänzt, erweitert und/oder präzisiert. Darüber hinaus ergeben sich häufig im Rehabilitationsverlauf durch die vertiefte Auseinandersetzung mit der Biographie, durch die klinische Verlaufsbeobachtung und die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik weitere aus therapeutischer Sicht relevante Ziele, die mit dem Rehabilitanden erörtert werden, um zu einer möglichst gemeinsamen Zielformulierung zu gelangen.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungszeiten betragen in der Regel

- für die stationäre Erstbehandlung bis zu (14 -)16 Wochen
- für die Rückfallbehandlung bis zu 8 Wochen
- für die Festigungsbehandlung bis zu 4 Wochen
- für die ganztägig ambulante Rehabilitation bis zu 12 Wochen
- für die stationäre Phase einer ambulant/stationären Kombinationsbehandlung 6-8 Wochen

Die genannten Behandlungszeiten stellen dabei einen Orientierungsrahmen dar, von dem im Einzelfall abgewichen werden kann. Die individuell sinnvolle Behandlungsdauer richtet sich nach der Schwere der Abhängigkeit, den körperlichen, psychischen und sozialen Folgen der Abhängigkeitserkrankung, den körperlichen und psychischen Begleiterkrankungen, den individuell vereinbarten Behandlungszielen und dem beobachteten Behandlungsverlauf. Maßstab ist dabei die Frage, inwieweit die gemeinsam mit dem Rehabilitanden vereinbaren Rehabilitationsziele erreicht sind. Die Überprüfung des Zielerreichungsgrades erfolgt fortlaufend durch den Bezugstherapeuten unter Einbeziehung des Rehabilitanden sowie in den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen unter ärztlicher Leitung.

Sind die Rehabilitationsziele weitgehend oder überwiegend schon vor der in der Leistungszusage mitgeteilten Behandlungsdauer erreicht, erfolgt eine entsprechende Verkürzung der Behandlungsdauer. Umgekehrt wird bei mangelnder Zielerreichung eine Behandlungsverlängerung angestrebt, sofern prognostisch davon auszugehen ist, dass die vereinbarten Ziele durch die Behandlungsverlängerung noch erreicht werden können. Behandlungsverlängerungen erfolgen vorzugsweise im Rahmen eines mit den Leistungsträgern vereinbarten Verweildauerbudgets oder – wenn nicht vorhanden – nach begründetem Verlängerungsantrag und entsprechender Leistungszusage.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die individuelle Rehabilitationsplanung orientiert sich am Rehabilitationsverlauf, der sich inhaltlich in drei Phasen untergliedern lässt:

- Diagnostische Eingangsphase
- Behandlungsphase
- Entlassungsphase

In der diagnostischen Eingangsphase werden Vorinformationen und Vorbefunde gesichtet, bewertet und durch aktuell erhobene Befunde und Informationen ergänzt. Datenquellen sind dabei:

- Sozialbericht
- Medizinische Vorbefunde, Behandlungsberichte
- Medizinischer Aufnahmebefund
- Anamnese (medizinisch, biographisch, psychosozial, beruflich, suchtspezifisch) mit hieraus resultierenden Informationen zu Beeinträchtigungen in Beruf und Alltag
- Klinische Beobachtung
- Psychologische, psychosoziale und ergotherapeutische Diagnostik
- Motivationslage, Krankheitseinsicht und –verarbeitung sowie individuelle Vorstellungen und Erwartungen des Rehabilitanden

Aus dem gesammelten Datenmaterial werden die individuellen Rehabilitationsziele generiert. Zielformulierungen des Rehabilitanden werden präzisiert, differenziert und ergänzt durch Zielformulierungen aus therapeutischer Sicht. Letztere bedürfen eines Diskurses mit dem Rehabilitanden mit dem Ziel, ein gemeinsames Verständnis zu erlangen. Zugleich wird in diesem Prozess des „Kennenlernens“ und der „Annäherung“ eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung mit dem Ziel eines konstruktiven Arbeitsbündnisses geschaffen.

In der Behandlungsphase werden die Maßnahmen und Interventionen durchgeführt, die zum Erreichen der vereinbarten Ziele führen. Die durchgeführten Maßnahmen und Interventionen können also – je nach vereinbarter Zielsetzung – individuell sehr unterschiedlich sein und betreffen insbesondere:

- die Themen und Interventionen in den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen
- die Auswahl der Indikationsgruppen
- die Auswahl des Arbeitstherapiebereichs und der arbeitstherapeutischen Interventionen (z.B. Belastungserprobung, externes Praktikum)
- die Einbeziehung von Angehörigen und weiterer wichtiger Bezugspersonen (z.B. Arbeitgeber, Betreuer, Zuweiser, Nachbehandler)
- das Maß an notwendiger sozialer Unterstützung

In der Entlassungsphase werden die in der Regel notwendigen nachstationären Hilfen zur Stabilisierung des Behandlungserfolges und zur Förderung einer nachhaltigen beruflichen und psychosozialen Reintegration (z.B. stufenweise Wiedereingliede-

rung, nachstationäre ambulante Reha, Selbsthilfegruppenbesuch) angeregt und bei erreichter Motivation zur Inanspruchnahme vorbereitet und eingeleitet.

Die genannten Phasen sind nicht immer klar voneinander abzugrenzen, sondern gehen eher fließend ineinander über. So können z.B. in der Behandlungsphase zusätzliche biographische Informationen offenbar werden, die eine Veränderung, bzw. Erweiterung der Rehabilitationsziele erforderlich machen oder krisenhafte Verläufe erfordern eine erneute Klärung des therapeutischen Arbeitsbündnisses. Die diagnostische Eingangsphase und die Entlassungsphase bedürfen in der Regel jeweils ein bis drei Wochen der Gesamtbehandlungszeit.

Die individuelle Rehabilitationsplanung ist über die inhaltlichen Aspekte hinaus auf organisatorischer Ebene auch durch die in der Leistungszusage gesetzten Rahmenbedingungen bestimmt, insbesondere bezüglich Behandlungsdauer, Behandlungsform (Erstbehandlung, Rückfallbehandlung, Festigungsbehandlung) und Setting (vollstationär, ganztägig ambulant, ambulant/stationäre Kombinationsbehandlung). Hieraus ergeben sich für die Rehabilitationsplanung weitere Implikationen.

Die erforderliche Behandlungsdauer sowie das für den Rehabilitanden sinnvolle Setting werden in Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf fortlaufend überprüft und ggf. angepasst. Für Rehabilitanden einer vollstationären Maßnahme, die in erreichbarer Nähe zur Klinik wohnen, wird in der Entlassungsphase ein Wechsel in die ganztägig ambulante Rehabilitation angestrebt. Bei entsprechender Indikation kann ein solcher Wechsel auch schon zu einem früheren Zeitpunkt der Behandlung erfolgen. Andererseits kann für Rehabilitanden in der ganztägig ambulanten Behandlung bei Überforderung (deutlich werdend z.B. durch alkoholische Rückfälle) auch ein Wechsel zum vollstationären Setting sinnvoll sein.

Forum für die individuelle Rehabilitationsplanung sind die wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen unter ärztlicher Leitung. Hier werden durch das multiprofessionelle Behandlungsteam Informationen über den Rehabilitanden zusammengetragen, Behandlungsverläufe reflektiert und fallbezogene Fragestellungen erörtert. Hieraus wiederum werden Entscheidungen für die individuelle Behandlungsplanung auf inhaltlicher und organisatorischer Ebene abgeleitet.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm umfasst medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische, ergo- und arbeitstherapeutische, sport- und physiotherapeutische sowie milieutherapeutische Maßnahmen. Die Notwendigkeit eines umfassenden Rehabilitationsansatzes ergibt sich aus der Tatsache, dass es sich bei Abhängigkeitserkrankungen um komplexe Störungen mit Auswirkungen auf alle wichtigen Lebensdimensionen (bio-psychosoziales Krankheitsverständnis) handelt. Eine erfolgreiche Rehabilitation muss daher all diese Aspekte in ihrem Rehabilitationsprogramm berücksichtigen.

An der Durchführung der einzelnen Maßnahmen innerhalb des Rehabilitationsprogramms sind die unterschiedlichsten Berufsgruppen (Medizin, Gesundheits- und Krankenpflege, Psychologie, Sozialtherapie, Ergo- und Arbeitstherapie, Sport- und Bewegungstherapie) beteiligt, die sich als interdisziplinäres Behandlungsteam verstehen. Der Erfolg der Rehabilitation ist dabei weniger auf eine einzelne Maßnahme zurückzuführen, als vielmehr auf die Gesamtheit und das Zusammenwirken der zahlreichen Maßnahmen. Der Zusammenarbeit und dem Austausch im Behandlungsteam kommt dabei eine elementare Bedeutung zu (siehe auch unter Kapitel 9).

Bereits das stationäre Setting muss schon als ein unspezifischer aber bedeutsamer Wirkfaktor der Behandlung betrachtet werden, da der Rehabilitand in verschiedensten Kontexten erlebt wird und die dabei gemachten Beobachtungen therapeutischerseits einbezogen und reflektiert werden und zu passgenauen Interventionen führen. Diskrepanzen z.B. zwischen verbalen Äußerungen und konkretem Verhalten des Rehabilitanden werden schnell offenbar und sind diagnostisch und therapeutisch zielgerichtet nutzbar.

Die wichtigsten Maßnahmen des Rehabilitationsprogramms mit den jeweils ausführenden Berufsgruppen sowie eine Zuordnung zu den entsprechenden Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) sind der folgenden Tabelle zu entnehmen:

Maßnahmen	Berufsgruppe	ETM
Medizinische Therapie	Medizin / Gesundheits- und Krankenpflege	
Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche	Psychologie / Sozialtherapie	ETM 01
Angehörigenarbeit und Einbeziehung relevanter Bezugspersonen	Psychologie / Sozialtherapie	ETM 04
Indikationsgruppen	Psychologie / Sozialtherapie Ergo- und Arbeitstherapie	ETM 02, 03, 06
Klinische Sozialarbeit	Sozialtherapie / Arbeitstherapie	ETM 13 a+b, 14
Milieutherapie	Sozialtherapie / Ergo- und Arbeitstherapie	ETM 11, 12, 14
Sport- und Bewegungstherapie / Entspannungstechniken	Sporttherapie / Entspannungstherapie	ETM 07, 08
Gesundheitsbildung und Ernährung	alle Berufsgruppen	ETM 09, 10
Arbeitsbezogene Interventionen	Ergo- und Arbeitstherapie	ETM 05 a+b, 11, 12

Im Detail (Inhalte und Art der Durchführung) werden die Maßnahmen des Rehabilitationsprogramms im Kapitel 4.7 beschrieben. Übersichtartig sind die verschiedenen Elemente auf dem nachfolgenden Schaubild dargestellt. Dem Wochenplan (siehe Anhang) ist die zeitliche Verteilung der Maßnahmen im Wochenverlauf zu entnehmen.

Rehabilitationsprogramm

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche

Medizinische Therapie

Angehörigenarbeit und Einbeziehung relevanter Bezugspersonen

Arbeitsbezogene Interventionen
- arbeitsbezogene Diagnostik
- Arbeitstherapie (in differenzierten Bereichen)
- Ergotherapie (gestalterisch; Kreativtherapie)
- Arbeitsbelastung u. –erprobung, ext. Praktika
- Berufliches Training
- Hirnleistungstraining

Indikationsgruppen
- Affekttraining
- Raucherentwöhnung
- Selbstsicherheitstraining
- Stabilisierungsgruppe

Klinische Sozialarbeit
- Förderung sozialer Integration
- berufliche Wiedereingliederung

Gesundheitsbildung und Ernährung
- Psychoedukative Therapie
- Haushalts- und Ernährungstraining
- Ernährungsberatung

Milieutherapie
- Freizeitgestaltung
- Gruppenaktivitäten
- Gemeinschaftsdienste
- Deutschsprachtraining
- Seelsorgeangebote

Sport- und Bewegungstherapie / Entspannungstechniken
- Leistungsgruppe
- Wirbelsäulengymnastik / Wassergymnastik
- Wandern / Walking
- Hockergymnastik
- Entspannungstraining

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Aufnahmevoraussetzungen sind eine Kostenzusage des Leistungsträgers sowie eine unmittelbar vorausgegangene Entzugsbehandlung (sogenannte Entgiftung), bzw. überprüfbare, mehrtägige Suchtmittelabstinenz vor Aufnahme. Nach Absprache mit der Aufnahmeabteilung der Fachklinik können zuvor notwendige stationäre Entzugsbehandlungen vermittelt werden.

Eine weitere Voraussetzung ist die Fähigkeit und der Wille des Rehabilitanden, mit dem Behandlungsteam ein Arbeitsbündnis einzugehen und sich durch eigene Mitarbeit am Rehabilitationsprozess aktiv zu beteiligen. Bei ungeklärter Motivation oder anderen Fragestellungen kann vor der Aufnahme ein Termin für ein Motivationsgespräch und/oder eine Besichtigung der Klinik erfolgen.

Bei noch ungeklärter Motivation, bzw. bei noch klärungsbedürftigen diagnostischen Fragestellungen im Vorfeld einer beabsichtigten Reha-Antragstellung wird vorzugsweise die Durchführung einer „Stationären Motivierung" in unserer Fachklinik angestrebt. Nach Klärung der diagnostischen Fragestellungen und/oder nach gelungener Förderung der Behandlungsmotivation wird bei bestehender Indikation eine Entwöhnungsbehandlung im so genannten Eilverfahren durch die Fachklinik beantragt und mit nahtlosem Anschluss an die „Stationäre Motivierung" vermittelt.

Der Aufnahmetermin wird mit der Aufnahmeabteilung vereinbart. Aufnahmen erfolgen grundsätzlich werktags zwischen 9 und 11 Uhr. Begründete Ausnahmen sind in Absprache mit der Aufnahmeleitung möglich.

Am Aufnahmetag erfolgt eine fachärztliche Untersuchung einschließlich Erstdiagnostik und Dokumentation. Der Rehabilitand erhält die für ihn relevanten Informationen zum Ablauf der Rehabilitation und zum Regelwerk der Fachklinik (Haus- und Therapieordnung). Ebenso unterschreibt er am Aufnahmetag den Behandlungsvertrag und geht damit ein definiertes Arbeitsbündnis ein. Die Zuweisung zum Bezugstherapeuten und zur Therapiegruppe erfolgt am zweiten Behandlungstag. Der Bezugstherapeut fördert im Erstkontakt ein vertrauensvolles therapeutisches Bündnis mit dem Rehabilitanden, vertieft und vervollständigt im weiteren Verlauf die vorhandenen anamnestischen Daten und erarbeitet gemeinsam mit dem Rehabilitanden die spezifischen Rehabilitationsziele vor dem Hintergrund der schon vorhandenen Informationen sowie der Ergebnisse aus der Rehabilitationsdiagnostik und klinischen Beobachtung.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Der Rehabilitationsdiagnostik kommt eine wichtige Bedeutung bei der Formulierung der individuellen Rehabilitationsziele zu. Die Diagnostik betrifft dabei alle für den Rehabilitationsprozess wesentlichen Dimensionen. Neben somatischen, psychischen, sozialen und arbeitsbezogenen Aspekten werden darüber hinaus auch Entwicklungs- und ursachenbezogene Aspekte sowie Kontextfaktoren, Aktivität und Teilhabe – sowohl in ihrer fördernden als auch in ihrer hemmenden Einflussnahme – diagnostisch erhoben.

Die Diagnostik beschränkt sich dabei nicht auf die Auswertung von Fragebögen, sondern erfolgt unter Einbeziehung bekannter Vorinformationen (z.B. Sozialbericht, Behandlungsberichte) sowie aktuell bei Aufnahme erhobener Befunde und der Eigen- und Fremdanamnese. Auch die klinische Beobachtung in den verschiedenen Kontexten (z.B.: Einzel- und Gruppentherapie, Ergotherapie, Arbeitstherapie) und die Analyse der Motivationslage sowie der individuellen Krankheitseinsicht und -verarbeitung sind Teil der diagnostischen Eingangsphase und schlagen sich in der Formulierung der Rehabilitationsziele nieder.

Die standardisiert zu Rehabilitationsbeginn eingesetzte Diagnostik umfasst folgende Instrumente:

- SESA-Test: ein Instrument zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit
- Fagerström-Test: ein Instrument zur Erfassung der Schwere der Nikotin-, bzw. Tabakabhängigkeit
- Kurzfragebogen zum Medikamentenkonsum (KMM): ein Instrument zur Erfassung einer Medikamentenabhängigkeit
- Rückfallrisikoprofil (IDTSA): ein Instrument zur Erfassung von spezifischen Situationen, die ein individuelles Rückfallrisiko darstellen
- Mehrfachwahl-Wortschatz-Intelligenztest: ein Instrument zur Erfassung der verbalen Intelligenz
- SKT: ein Kurztest zur Erfassung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen
- ADHS-Selbstbeurteilungsbogen (nach M. Rösler u. W. Retz): ein Instrument zur Erfassung eines möglichen (adulten) ADHS-Syndroms
- Anleitung zum Lebensbericht: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur Förderung der Reflexion individueller biographischer Prägungen und ihres Zusammenhangs mit der Abhängigkeitsentwicklung
- Fragebogen Arbeitstherapie: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur differenzierten Erfassung von Berufs- und Arbeitsanamnese, des Anforderungsprofils der letzten Tätigkeit sowie der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden in Bezug auf seine arbeitsbezogenen Ressourcen, bzw. Problembereiche (in Anlehnung an spezifische Instrumente des MOHO, Model Of Human Occupation)

Bei Bedarf werden zur Unterstützung der Anamneseerhebung und Zielformulierung und zur Klärung spezifischer diagnostischer Fragen folgende weitere Instrumente eingesetzt:

- Wender-Utah-Rating-Scale: ein Instrument zur genaueren Abklärung eines ADH-Syndroms in der Kindheit bei entsprechendem klinischen Verdacht
- PTSD-Sucht (nach D. Kunzke): ein Instrument zur Erfassung eines Suchtmittelkonsums zur Kompensation bei psychischer Traumatisierung
- FDS (Fragebogen zu Dissoziativen Symptomen): ein Instrument zur Erfassung dissoziativer Störungen
- Skala zum Online-Suchtverhalten bei Erwachsenen (ASVe-S): ein Instrument zur Diskriminierung von missbräuchlichem und abhängigen Online-Verhalten
- Fragebogen für Alkoholgefährdete von Eberhard Rieth (polnische Version): ein Instrument zur Selbsteinschätzung der Schwere der Abhängigkeit in polnischer Sprache

- Standard Progressive Matrices (SPM): ein Instrument zur Erfassung der non-verbalen Intelligenz
- Benton-Test: ein Instrument zur Erfassung der Gedächtnisleistung
- Rivermead-Behavioural-Memory-Test (RBMT): ein Instrument zur Erfassung der Gedächtnisleistung
- Suchtanamnese: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur Unterstützung bei der Erhebung der Suchtanamnese
- Anamnesefragebogen: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur Unterstützung bei der Erhebung der psychosozialen Anamnese
- Zufriedenheitsziele/Behandlungsziele: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur Unterstützung bei der Erfassung von Aktivität und Teilhabe sowie förderlichen und beeinträchtigenden Kontextfaktoren und ihren Implikationen im Hinblick auf mögliche Rehabilitationsziele

Die Ausgabe der „Standard-Diagnostikinstrumente“ erfolgt durch den Bezugstherapeuten und durch die Ergotherapie (arbeitsbezogene Diagnostik und Hirnleistungsdiagnostik) im Erstkontakt. Die Auswertung wird in der Kliniksoftware dokumentiert und steht damit dem Bezugstherapeuten zeitnah zur Verfügung.

Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse sowie der oben schon genannten weiteren Diagnostik-Quellen (z.B. Anamnese, Vorberichte, Untersuchungsbefunde, psychiatrische Aufnahmeuntersuchung, klinische Beobachtung) erarbeiten die Bezugstherapeuten die individuellen Rehabilitationsziele gemeinsam mit dem Rehabilitanden. In den ärztlich geleiteten Fallkonferenzen, werden die Zielformulierungen reflektiert und ggf. – unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs – aktualisiert, bzw. ergänzt (siehe auch Kapitel 4.5).

4.7.3 Medizinische Therapie

Die medizinische Rehabilitation der Fachklinik steht unter ärztlicher Leitung. Die ärztliche Präsenz und ist durch den Klinikleiter (Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie eine in Teilzeit arbeitende Ärztin (Fachärztin für Anästhesie) realisiert.

Der Klinikleiter führt am Aufnahmetag des Rehabilitanden ein Erstgespräch, eine körperliche und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung durch. Das Erstgespräch dient der Klärung des Zugangsweges zur Rehabilitation sowie der Motivation des Rehabilitanden. Die Zuweisungsdiagnose, Rehabilitationsfähigkeit, positive Rehabilitationsprognose und die Eignung für die Gegebenheiten der Fachklinik werden dabei überprüft. Zugleich werden somatische, psychosoziale und suchtspezifische anamnestische Daten erhoben und dokumentiert sowie somatische und psychische Begleiterkrankungen erfasst. Erste Zielformulierungen des Rehabilitanden und besondere Hinweise für die individuelle Rehabilitationsplanung werden dokumentiert und dienen den Bezugstherapeuten als Orientierungsrahmen für die weitere Detailplanung.

Die Detailplanungen wiederum erfolgen durch den Bezugstherapeuten. Insbesondere bei Entscheidungen in Bezug auf die Behandlungsdauer sowie auch bei problematischen Verläufen erfolgt eine Abstimmung mit dem Klinkleiter in den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen sowie bei Bedarf auch im unmittelbaren Diskurs mit

dem Klinikleiter. Ebenso steht der Klinikleiter für Kriseninterventionen und/oder disziplinarische Interventionen zur Verfügung.

Weiterhin gehört es zu den ärztlichen Aufgaben, Sprechzeiten zur Behandlung von Begleiterkrankungen und interkurrenten Erkrankungen vorzuhalten. Solche Sprechzeiten werden dreimal wöchentlich angeboten. Darüber hinaus werden für jeden Rehabilitanden zu Beginn, zur Hälfte und vor Ende der Behandlungszeit Reha-Visiten durchgeführt. Diese sind inhaltlich wie folgt strukturiert: In der ersten Reha-Visite werden gesundheitsrelevante Themen (insbesondere Rauchen, Übergewicht und Ernährung) angesprochen. Die zweite Reha-Visite ist der gemeinsamen Besprechung der (vorläufigen) sozialmedizinischen Einschätzung und der individuellen beruflichen Perspektiven gewidmet. In der dritten Reha-Visite werden Empfehlungen zur medizinischen und suchtspezifischen Nach- und Weiterbehandlung gegeben und erörtert.

Zum Leistungsspektrum der Fachklinik gehört ebenso die Möglichkeit der psychiatrischen (und psychotherapeutischen) Behandlung psychischer Begleiterkrankungen, wie bereits im Kapitel 4.2 dargelegt.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht, welche allgemeinmedizinischen Begleiterkrankungen mit den Mitteln der Klinik mitbehandelt werden können:

Diagnosen	**mögliche Interventionen/Maßnahmen**
häufige internistische Begleiterkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Koronare Herzerkrankung, periphere arterielle Verschlusserkrankung)	Beratung; speziell Beratung über Möglichkeiten der sekundären Prophylaxe und der Zusammenhänge zwischen chronischen Krankheiten und Lebensstil; Überwachung und ggf. Optimierung einer laufenden Medikation; Vermittlung von, bzw. Verordnung von unterstützenden und roborierenden Behandlungselementen (Sporttherapie, Ausdauertraining am Fahrradergometer, Entspannungsverfahren)
Wirbelsäulensyndrom	klinische Diagnostik; Beratung; Mikrowellenbestrahlung; Einreibung mit durchblutungsfördernden Externa; Entspannungsbäder; Massageliege; Taping; subkutane Quaddelung (Neuraltherapie) und Triggerpunktinfiltration mit Lokalanästhetikum; Anleitung zu Gymnastik- und Stretchingübungen zur selbständigen Durchführung; Verordnung von Wärmetherapie (Fango oder Heißluft), Krankengymnastik und manueller Therapie; ggf. Verordnung von schmerzlindernden und relaxierenden Medikamenten
Diabetes mellitus	Blutzuckermessung inkl. Tagesprofile und HbA1c-Bestimmung; Beratung bei Erstdiagnose und bei schlechter Blutzucker-Einstellung; Anpassung der oralen Medikation oder der Insulindosis in Zusammenarbeit mit dem Diabetologen; Vermittlung einer Teilnahme an Diabetesschulungsprogrammen und Einzelberatung in regionaler Schwerpunktpraxis
arterielle Hypertonie	regelmäßige Blutdruckkontrollen; Beratung; ggf. Umstellung/Ergänzung der Medikation; Ernährungsberatung; Vermittlung von, bzw. Verordnung von spezifischen Behand-

	lungselementen (Sporttherapie, Ausdauertraining am Fahrradergometer, Entspannungsverfahren)
Diagnosen	**mögliche Interventionen/Maßnahmen**
Übergewicht	regelmäßige Gewichtskontrollen; Ernährungsberatung und ärztliche Beratung über die gesundheitlichen Folgen (Herz-Kreislauf-System, Stoffwechsel, Bewegungsapparat), Vermittlung von, bzw. Verordnung von spezifischen Behandlungselementen (Sporttherapie, Ausdauertraining am Fahrradergometer, Ernährungstraining)
Stoffwechselstörungen	Laborkontrollen (Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure); Beratung über Folgeschäden und diätetische Maßnahmen; Ernährungsberatung; ggf. medikamentöse Einstellung; Vermittlung von, bzw. Verordnung von spezifischen Kostformen sowie Ernährungstraining
Hauterkrankungen	allgemeine Beratung über Hautpflege; bei chronischen Hauterkrankungen Beratung und Kontrolle der Dauerbehandlung und Prophylaxe einer Exazerbation; anamnestische Suche nach möglichen Auslösern von Allergien; Erstbehandlung von unkomplizierten Ausschlägen mit Externa
Tabakabhängigkeit	Beratung über Folgeschäden und Zusammenhang zu bereits bestehenden Gesundheitsschäden; Motivierung zur Teilnahme an der Raucherentwöhnung; Beratung bzgl. Nikotinersatzbehandlung; ggf. medikamentöse Unterstützung
chron. Schmerzstörung	Beratung; Überprüfung der Medikation, ggf. Umstellung und/oder Ergänzung; Verordnung unterstützender physikalischer Maßnahmen (Wärmetherapie, Massagen, Krankengymnastik und manuelle Therapie) sowie Entspannungsverfahren zum Schmerz-Coping; ggf. Vermittlung in die regionale Schmerzambulanz
Schlafstörungen	Beratung über Schlafphysiologie und Maßnahmen zur Schlafhygiene; Vermittlung bzw. Verordnung von Entspannungsverfahren, Entspannungsmassagen und –bäder; kurzfristige medikamentöse Unterstützung insbesondere bei entzugsbedingten Schlafstörungen; Vermittlung einer diagnostischen Abklärung bei V.a. Schlaf-Apnoe-Syndrom; Beratung bei laufender Schlaf-Apnoe-Behandlung
grippale Infekte mit und ohne bakteriellen Komplikationen	Beratung; Verordnung symptomatischer und unterstützender Maßnahmen (Inhalationen, mukolytische Maßnahmen; ggf. antipyretische und analgetische Medikation, symptomorientierte „Krankschreibung“); Verlaufsbeobachtung und Identifizierung bakterieller Komplikationen, ggf. Verordnung einer antibiotischen Medikation

Des Weiteren zählen Blutentnahmen, Analyse von Urinproben, Lungenfunktionsprüfungen, Ohrspülungen, unkomplizierte Wundversorgungen und Erstversorgungen bei Verletzungen und Unfällen sowie Impfungen zu den vorgehaltenen Maßnahmen der Klinik. Das medizinische Leistungsspektrum kann damit insgesamt mit einer hausärztlichen Versorgung verglichen werden, wobei durch das stationäre Setting intensivere Möglichkeiten der Verlaufsbeobachtung und -kontrollen gegeben sind. Des Wei-

teren ist vor dem Hintergrund der o.g. fachärztlichen Qualifikation und Erfahrung eine spezifische Versorgung von Rehabilitanden mit Schmerzsyndromen möglich.

In der hauseigenen physikalischen Abteilung werden Inhalationen, medizinische Bäder, Fango-Packungen, Biofeedback-Entspannungsverfahren (Respiratorisches Feedback nach LEUNER, siehe auch Kapitel 4.7.6) sowie Kurzwellen- und Rotlichtbestrahlungen durchgeführt. Eine Massageliege mit differenziertem Behandlungsprogramm steht zur Verfügung und wird nach ärztlicher Zuweisung genutzt. Physiotherapie nach ärztlicher Verordnung erfolgt in einer kliniknah (500 m) gelegenen Physiotherapiepraxis als extern erbrachte Dienstleistung.

Weitere medizinische Kompetenz ist durch Kooperation(sverträge) mit allen am Ort niedergelassenen Fachärzten (Innere Medizin, Kardiologie, Gastro-Enterologie, Orthopädie, HNO, Augenheilkunde, Dermatologie, Urologie, Zahnheilkunde) gewährleistet. Bei entsprechender Indikation erfolgt die Zuweisung zur konsiliarischen Untersuchung/Mitbehandlung durch die Klinikärzte. Darüber hinausgehende medizinische Spezialdisziplinen (z.B. diabetologische Schwerpunktpraxis, Schmerzambulanz) stehen in den benachbarten Städten Remscheid und Wuppertal zur Verfügung und werden bei Bedarf ebenfalls genutzt.

Mit dem örtlichen Krankenhaus besteht ein Kooperationsvertrag, der beinhaltet, dass medizinische Notfallversorgungen von Rehabilitanden jederzeit durch das Krankenhaus gewährleistet werden. Dies betrifft auch eine möglicherweise notwendige Entzugsbehandlung vor oder während einer Rehabilitation. Für eine psychiatrische Notfallversorgung existieren Kooperationsverträge, bzw. –vereinbarungen mit den beiden nächstgelegenen psychiatrischen Kliniken (Ev. Stiftung Tannenhof, Remscheid; Klinik Marienheide).

Außerhalb der Kernarbeitszeiten ist eine ständige Rufbereitschaft durch den Klinikleiter gewährleistet. In Urlaubszeiten wird die Rufbereitschaft durch die Klinikärztin übernommen. Ein am Ort niedergelassener Facharzt (für Psychotherapeutische Medizin) vertritt den Klinikleiter in dessen Urlaubszeit in seiner psychiatrischen Funktion.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote (Indikationsgruppen) sind Kernelemente der Entwöhnungsbehandlung.

Die der fachklinischen Arbeit zugrunde liegenden theoretischen Grundlagen bestimmen das therapeutische Verständnis, die therapeutische Haltung sowie die therapeutischen Interventionen der Bezugs- und Gruppentherapeuten (siehe Kapitel 4.1).

Jeder Rehabilitand ist einem Bezugstherapeuten sowie einer der vier vollstationären Therapiegruppen (mit i.d.R. 10 Rehabilitanden), bzw. der ganztägig ambulanten Therapiegruppe zugeordnet. Bezugstherapeuten und Gruppentherapeuten gehören der Berufsgruppe der Sozialtherapie oder Psychologie an. Bezugstherapeuten und Gruppentherapeuten können - aber müssen nicht - dieselbe Person sein. Die therapeutische Leitung der Therapiegruppen bleibt konstant, es erfolgen lediglich Vertretungen in Urlaubs- oder Krankheitszeiten. Bei Bedarf kann die Gruppentherapie auch

im Co-Therapeutensystem stattfinden. Der Wechsel eines Rehabilitanden vom vollstationären zum ganztägig ambulanten Setting führt zu einem Wechsel der Therapiegruppe bei gleichbleibendem Bezugstherapeuten.
Der Bezugstherapeut führt i.d.R. einmal wöchentlich ein 50-minütiges Einzelgespräch mit dem Rehabilitanden. Frequenz und Dauer der Einzelgespräche können in Abhängigkeit von den Erfordernissen des Einzelfalls von der Regel abweichen. Insbesondere bei ausgeprägter psychischer Komorbidität kann zu Beginn der Rehabilitation zur Herstellung eines tragfähigen Bündnisses sowie zur Stärkung der Behandlungsmotivation und zur psychischen Stabilisierung eine höhere Frequenz bei gleichzeitiger Reduzierung der Gesprächsdauer angezeigt sein.

Im Kontakt mit dem Rehabilitanden geht es zu Beginn um eine Vertrauensbildung, die Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses und - anknüpfend an die psychiatrische Aufnahmeuntersuchung - die weitere Erhebung der psychosozialen, biographischen und suchtspezifischen Anamnese. Diese (auch) diagnostische Eingangsphase mündet in der gemeinsamen Erarbeitung der Rehabilitationsziele und einer Festlegung der individuellen Rehabilitationsplanung. Im weiteren Verlauf verantwortet der Bezugstherapeut die schrittweise und zielorientierte Umsetzung der Rehabilitationsplanung mit den zur Verfügung stehenden Interventionen sowie die Vorbereitung und Einleitung der erforderlichen nachsorgenden Maßnahmen in der Entlassungsphase (siehe auch Kapitel 4.5).

Die psychotherapeutisch orientierten Gruppengespräche erfolgen in 4 Einheiten à 90 Minuten in zwei Blöcken pro Woche. Dabei erfolgt die Blockbildung in der Form, dass zwei Gruppentherapieeinheiten (mit einer zwischengeschalteten Pause) hintereinander durchgeführt werden. Dieses Setting hat sich in jahrelanger Erfahrung bewährt und bietet folgende Vorteile:

- Eine intensive Einzelarbeit kann unter Einbezug der Gruppe erfolgen.
- Ängstliche, gehemmte, und introvertierte Rehabilitanden können besser in die Gruppenprozesse integriert und eingebunden werden.
- Zeitaufwendige therapeutische Methoden (z.B. Psychodrama, Aufstellungen) können angewandt werden.

Inhaltlich geht es sowohl in den Einzel- als auch in den Gruppengesprächen einerseits um spezifische Themen, die sich aus der Abhängigkeitserkrankung ableiten lassen sowie andererseits um sehr individuelle und persönliche (vergangene und aktuelle) Problem-, bzw. Konfliktlagen. Aus dem letztgenannten Spektrum eignet sich nicht jedes individuelle Thema für die Gruppentherapie, da die Bearbeitung möglicherweise eines Schutz- und Schonraums bedarf, wie er eher durch Einzelgespräche gegeben ist. Möglicherweise kann es aber auch sinnvoll sein, den Rehabilitanden im Einzelgespräch zu unterstützen und darauf vorzubereiten, ein bestimmtes Thema schließlich auch in der Gruppe zur Disposition zu stellen. Insofern ergänzen sich Einzel- und Gruppengespräche inhaltlich und bauen aufeinander auf. Die Stärken der Gruppengespräche lassen sich wie folgt beschreiben:

- Durch den Austausch in der Gruppe werden Identifikationsprozesse angestoßen, die ein „Lernen am Modell“ und die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit neuen durch die Gruppe ausgelösten Impulsen begünstigen.
- Das in der Gruppe meist erlebte Verständnis durch andere Gruppenteilnehmer bewirkt eine Kohäsion sowie ein Gefühl von Solidarität und Vertrauen, das sich

psychisch stabilisierend auswirkt und den Rehabilitanden ermuntert, sich auch mit schwierigen und/oder unangenehmen Themen in der Gruppe zu stellen.
- Die Gruppe stellt einen sozialen Raum dar, in dem neue Verhaltensweisen (unter therapeutischer Anleitung, Hilfestellung und Schutz) erprobt und damit neue Erfahrungen gemacht werden können.
- Interaktionelle Konflikte (innerhalb und außerhalb der Gruppe) können thematisiert und durch therapeutische Intervention direkt oder indirekt (z.B. in Form von Probehandlungen oder Rollenspielen) in Richtung einer möglichen Klärung geleitet werden.

Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche werden ergänzt durch zahlreiche Indikationsgruppen (im klinischen Sprachgebrauch der besseren Verständlichkeit wegen als „Themengruppen“ bezeichnet und so auch im Wochenplan ausgewiesen). Die Indikationsgruppen tragen dazu bei, die Rehabilitationsplanung auf die individuellen Erfordernisse und Bedürfnisse des Rehabilitanden abzustimmen. Die Auswahl der Indikationsgruppen erfolgt nach medizinischer Indikation im Diskurs mit dem Rehabilitanden durch den Bezugstherapeuten (Klärung einer ausreichenden Motivation zur Teilnahme) und orientiert sich an den individuellen Rehabilitationszielen.

Im Folgenden werden die Inhalte und Organisationsformen der vorgehaltenen Indikationsgruppen näher erläutert (bzw. auf die entsprechenden Kapitel verwiesen):

Affektkttraining:

Eine Indikation zur Teilnahme besteht bei problematischem Umgang mit Affekten, entweder in Form unkontrollierter und ungesteuerter Aggressivität oder auch in Form von zurückgehaltenem und nicht geäußertem Ärger. Durch therapeutisch angeleitete praktische Übungen soll bei den Teilnehmern einerseits ein Bewusstsein für den eigenen Umgang mit Aggressionen geschaffen, sowie andererseits ein angemessener, nicht verletzender Umgang mit aggressiven Impulsen erlernt werden. Ziel ist es somit, unangemessener Aggressivität und vor allem auch direkter oder indirekter Gewaltausübung vorzubeugen.

Das Affekttraining wird von einer speziell hierfür geschulten Sozialtherapeutin durchgeführt und erfolgt in Form einer geschlossenen Gruppe mit mindestens vier Teilnehmern einmal wöchentlich für 90 Minuten in einem Zyklus mit 5 Wochen.

Bewerbungstraining: siehe Kapitel 4.7.5

Computertraining: siehe Kapitel 4.7.5

Deutschsprachtraining: siehe Kapitel 4.7.7

Ernährungstraining: siehe Kapitel 4.7.9

Freizeitgestaltung: siehe Kapitel 4.7.6

Haushalts- und Ernährungstraining: siehe Kapitel 4.7.9

Kreativtherapie: siehe Kapitel 4.7.5

Mentaltraining: siehe Kapitel 4.7.5

Raucherentwöhnung: siehe Kapitel 4.7.9

Selbstsicherheitstraining:

Indiziert ist das Selbstsicherheitstraining für vermeidend-selbstunsichere und ängstlich-gehemmte Rehabilitanden sowie Personen mit sozialen Ängsten. Das Selbstsicherheitstraining ist ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Gruppenprogramm, das in seiner inhaltlichen Ausgestaltung an den konkreten Bedürfnissen der Teilnehmer ausgerichtet wird. Es werden im Schwierigkeitsgrad steigende Übungen unter Anleitung in der Gruppe absolviert. „Hausaufgaben“ für die Zeiten zwischen den Gruppeneinheiten ergänzen das Programm. Der hieraus resultierende Übungseffekt, das Erfolgserlebnis beim Bewältigen der anfangs noch leichten Aufgaben und die emotionale Unterstützung der Gruppe sowie der anleitenden Therapeutin führen zur Stärkung der Selbstsicherheit.

Das Selbstsicherheitstraining wird von einer Psychologin durchgeführt und erfolgt in Form einer geschlossenen Gruppe mit 5 – 10 Teilnehmern einmal wöchentlich für 90 Minuten in einem Zyklus mit 5 Wochen.

Stabilisierungsgruppe:

Indiziert ist die Stabilisierungsgruppe für traumatisierte Rehabilitanden, die noch keine ausreichenden Bewältigungsstrategien im Umgang mit Trauma-evozierten Symptomen entwickelt haben. In der Gruppe erlernen die Teilnehmer hilfreiche Strategien im Umgang mit den körperlich-psychischen Folgen der Traumatisierung. Hieraus resultieren ein Schutz vor auslösenden Symptom-Triggern und damit ein Zuwachs an psychischer Stabilität.

Die Stabilisierungsgruppe wird von einer speziell hierfür geschulten Sozialtherapeutin durchgeführt und erfolgt nach biographischer Exploration, psychodiagnostischer Abklärung und vorangehendem Informationsgespräch in Form einer geschlossenen Gruppe mit 5 – 10 Teilnehmern zweimal wöchentlich für 45 Minuten in einem Zyklus mit 5 Wochen.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Vor dem Hintergrund, dass die Teilhabe am Arbeitsleben ein übergeordnetes Ziel der medizinischen Rehabilitation darstellt, gehören Arbeitsbezogene Interventionen in der Fachklinik zu einem bedeutenden Bestandteil des therapeutischen Angebotes. Die Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben hat allerdings höchst unterschiedliche Ausgangslagen der Rehabilitanden zu berücksichtigen (siehe auch Kapitel 4.2). Nur durch ein differenziertes Angebot an unterschiedlichen Interventionen kann daher ein bedarfsorientiertes Vorgehen gewährleistet werden.

Obwohl die Fachklinik gemessen an der Zahl der Behandlungsplätze eine vergleichsweise kleine Einrichtung darstellt, werden die hier durchgeführten Arbeitsbezogenen Interventionen dem oben formulierten Anspruch durch besondere personelle (siehe Kapitel 5) und strukturelle Ressourcen (z.B. 15.000 m²-großes Gartengelände, siehe auch Kapitel 6) gerecht.

4.7.5.1 Ergotherapie

Die Ergotherapie hat zum Ziel, in Kooperation mit anderen Berufsgruppen, verloren gegangene bzw. noch nicht vorhandene Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Maßnahmen positiv zu verbessern, so dass die Betroffenen die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben wieder erreichen können. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Maßnahmen eingesetzt.

Vor dem Hintergrund, dass die Arbeitsbezogenen Interventionen an individuell sehr unterschiedlichen Problemlagen ansetzen müssen, kommt der Ergotherapie auch eine besondere diagnostische Funktion zu. Daher durchläuft jeder Rehabilitand zunächst eine diagnostische Phase in der Ergotherapie. Hierbei kommen u.a. folgende Diagnostik-Instrumente zum Einsatz:

- Fragebogen Arbeitstherapie: ein klinikintern entwickeltes Instrument zur differenzierten Erfassung von Berufs- und Arbeitsanamnese, des Anforderungsprofils der letzten Tätigkeit sowie der Selbsteinschätzung des Rehabilitanden in Bezug auf seine arbeitsbezogenen Ressourcen, bzw. Problembereiche (in Anlehnung an spezifische Instrumente des MOHO, Model Of Human Occupation)
- SKT: ein Instrument zur Quantifizierung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen

Klinischer Ersteindruck und Verhaltensbeobachtung bei den durchgeführten Tätigkeiten innerhalb der Ergotherapie fließen ebenso in die diagnostische Einschätzung ein. Als Ergebnis der diagnostischen Phase erfolgt die indikationsgeleitete Zuordnung zu weiteren Arbeitsbezogenen Interventionen sowie eine erste gemeinsame Arbeitsbezogene Zielformulierung.

Bei entsprechend vorliegenden diagnostischen Hinweisen wird innerhalb der Ergotherapie ein gezieltes Hirnleistungstraining durchgeführt. Dies erfolgt einerseits als Einzeltraining mit Hilfe eines neuropsychologischen Computer-Programms (Cogpack) und/oder in der Indikationsgruppe **Mentaltraining** mit Hilfe des Spielprogramms PLOP (**P**lanen – **L**ogisches Denken – **O**rganisieren – **P**roblemlösen). Hier können Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Gedächtnis, Orientierung, Sinnverständnis, Problemlösung und Handlungsplanung in vielseitiger, abwechslungsreicher und spielerischer Form erweitert werden.

Das Mentaltraining wird unter Anleitung einer Ergotherapeutin durchgeführt und erfolgt in Form einer halboffenen Gruppe mit 4 bis 5 Teilnehmern einmal wöchentlich für 75 Minuten.

4.7.5.2 Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie

In der Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie stehen der spielerische, kreative Umgang mit Material, der Selbsterfahrungsaspekt sowie die Anregung des persönlichen Ausdrucks im Vordergrund. Bestimmte Themen aus der Psychotherapie können im Umgang mit unterschiedlichsten Materialien (z.B. Ton, Holz, Stein, Metall, Farben usw.) aufgegriffen und auf diese Weise in einem anderen Medium weiter bearbeitet werden. Zielsetzung ist nicht die Arbeitsleistung, sondern die Auseinandersetzung

mit sich unter Zuhilfenahme des kreativen Mediums. Daneben werden durch die Abhängigkeitserkrankung vernachlässigte oder unerkannte Begabungen (re-)aktiviert und das Selbstwertempfinden gestärkt. Konzentration, Merkfähigkeit und Ausdauer werden durch individuell angepasste Anforderungen gezielt trainiert. Die hierdurch erreichten Erfolgserlebnisse fördern das häufig defizitäre Selbstwertempfinden. Gleichzeitig wird das Interesse für Tätigkeiten geweckt, die sich während und nach der Rehabilitation als sinnvolle Freizeitgestaltung anbieten.

Von der Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie profitieren daher insbesondere Rehabilitanden,

- die eine schädliche Leistungsorientierung aufweisen (arbeitssüchtige Fehlhaltung),
- für die das Erlernen eines sinnvollen Freizeitverhaltens ein vorrangiges Rehabilitationsziel darstellt,
- die aufgrund körperlicher und/oder mentaler Einschränkungen (noch) nicht ausreichend belastbar für die vorgehaltenen Arbeitstherapiebereiche sind.

Je nach Behandlungsverlauf und individuellen Rehabilitationszielen kann im Anschluss eine indikationsgeleitete Vermittlung in die Arbeitstherapie erfolgen.

Innerhalb der Beschäftigungs-/Gestaltungstherapie wird als Indikationsgruppe zusätzlich die **Kreativtherapie** angeboten. In der Kreativtherapie können sich die Rehabilitanden zu vorgegebenen Themen in Form von Bildern ausdrücken. Nicht die Technik des Malens, sondern das, was durch die gemalten Bilder symbolisch zum Ausdruck kommt, steht im Zentrum der Aufmerksamkeit. Über das Gemalte erfolgt unter therapeutischer Anleitung ein Austausch in der Gruppe. Dabei können eigene Empfindungen und inneres Erleben wahrgenommen und verstanden werden. Besonders geeignet ist diese Indikationsgruppe daher für Personen, die in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer Fähigkeit zur Verbalisierung emotionaler Vorgänge beeinträchtigt sind. Mit Hilfe der zu den Bildern erfolgenden Reflexionen können innerpsychische Prozesse identifiziert, verstanden und bewusst gemacht werden.

Die Indikationsgruppe Kreativtherapie wird unter Anleitung einer Ergotherapeutin durchgeführt. Sie erfolgt in einer geschlossenen Gruppe mit mindestens 4 bis maximal 6 Teilnehmern einmal wöchentlich für 180 Minuten in einem Zyklus von 5 Wochen.

Bei gegebener Indikation kann die Kreativtherapie auch als Einzelbehandlung durchgeführt werden.

4.7.5.3 Arbeitstherapie

Es wird ein differenziertes Spektrum unterschiedlicher Arbeitstherapiebereiche in den Abteilungen, Haustechnik, Hauswirtschaft, Gartenbau und Ergotherapie vorgehalten. Um die grundsätzlichen Ziele der Überprüfung, Wiederherstellung und Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu erreichen, werden möglichst realitätsnahe Arbeitsfelder mit den dazugehörigen Rahmenbedingungen angeboten.

An zwei Tagen der Woche wird die Arbeitstherapie ganztägig (6 Stunden), an einem Tag halbtägig (3 Stunden) durchgeführt. Dadurch wird eine zu starke Fraktionierung

der Arbeitsabläufe vermieden und die Anforderungen an Ausdauer und Durchhaltevermögen nähern sich denen eines realistischen Arbeitsplatzes. In bestimmten Arbeitstherapiebereichen sind die zeitlichen Abläufe an die spezifischen Erfordernisse der Tätigkeit angepasst und damit anders verteilt. Die Wochenarbeitszeit von 15 Stunden bleibt jedoch gleich.

In die Arbeitstherapie integriert findet einmal wöchentlich unter Anleitung des Arbeitstherapeuten in den Arbeitsgruppen eine Auswertung der aktuellen Erfahrungen und arbeitstherapeutisch relevanten Ergebnisse statt. Auch die in der Arbeitstherapie sichtbar werdenden interaktionellen Probleme (entweder unter den Rehabilitanden oder auch zwischen Rehabilitanden und Arbeitstherapeuten) werden thematisiert und wenn möglich gelöst. Insofern stellt die Arbeitstherapie auch einen realen sozialen Raum dar, in dem sich Rehabilitanden erfahren und Einsichten und Vorsatzbildungen aus den psychotherapeutisch orientierten Gesprächen erproben können.

Grundsätzlich wird ein längerfristiger Einsatz in den Arbeitstherapiebereichen angestrebt, um Lern- und Entwicklungsprozesse besser beobachten zu können. Ein Wechsel ist jedoch bei veränderter Indikation jederzeit möglich. Die Verhaltens- und Verlaufsbeobachtung in der Arbeitstherapie ist eine wichtige Grundlage für die am Ende der Rehabilitation ärztlicherseits erfolgende sozialmedizinische Einschätzung.

Die Aufgabe der Arbeitstherapeuten besteht einerseits in einer Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung der Rehabilitanden in ihren jeweiligen Tätigkeiten sowie andererseits in der Verhaltens- und Verlaufbeobachtung inklusive einer entsprechenden Dokumentation. Gemeinsam mit dem Rehabilitanden werden arbeitstherapeutische Ziele definiert und das Erreichen der Ziele überprüft. In gemeinsamen Reflexionen erhält der Rehabilitand Rückmeldungen zum jeweiligen Stand der Zielerreichung aus Sicht der Arbeitstherapeuten.

Im Folgenden werden die verschiedenen Arbeitstherapiebereiche mit ihren Inhalten/Tätigkeiten und Anforderungen tabellarisch aufgelistet.

Tätigkeiten/Inhalte	Anforderungen	
Gießton:		**ERGOTHERAPIE**
• Herstellung von Gießtonwerkstücken (Füllen von Formen mit flüssigem Ton, Trennung der Formen von getrockneten Werkstücken, Entgraten der Rohlinge, Glasieren und Brennen der Werkstücke) • Annahme von Arbeitsaufträgen • Planung und Koordination der Herstellung	• Sorgfalt, Sauberkeit, Genauigkeit, Konzentration • verantwortlicher Umgang mit Werkstücken und Arbeitsgeräten • manuelles Geschick • Planungs- und Organisationsfähigkeit • selbstständiges Arbeiten unter Einhaltung von Zeitvorgaben • Kooperationsfähigkeit, Beratungskompetenz	
Einkauf:		
• Durchführung von Boten- und Kurierdiensten für den Klinikbedarf • Begleitung von Rehabilitanden nach Anweisung durch die Klinikverwaltung • Durchführung von Botendiensten für Rehabilitanden mit Ausgangsbeschränkungen	• Zuverlässigkeit, verantwortlicher Umgang mit Dokumenten, Wertsachen und Geld • freundliches und selbstsicheres Auftreten • Abgrenzungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen • Flexibilität, selbstständige Zeiteinteilung	

Tätigkeiten/Inhalte	Anforderungen	
Großküche:		HAUSWIRTSCHAFT
• Assistenz bei Vor- und Zubereitung der Warmmahlzeiten • eigenverantwortliche Vor- und Zubereitung der Kaltküche (Frühstück und Abendessen) in Arbeitsgruppen • Vermittlung von Informationen über gesundheitsbewusste und ausgewogene Ernährung	• Arbeiten unter engen Zeitvorgaben • Beachten von Hygienevorschriften • Konfliktfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit • Teamfähigkeit, Anpassungsfähigkeit • Zuverlässigkeit, Eigenverantwortung • Belastbarkeit, Ausdauer, Konzentration	
Service- und Spülbereich:		
• eigenverantwortliches Ein- und Abdecken des Speisesaals • Spül- und Reinigungsdienst nach den Mahlzeiten	• Arbeiten unter engen Zeitvorgaben • Beachten von Hygienevorschriften • Konfliktfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen • Teamfähigkeit, Anpassungsfähigkeit • Zuverlässigkeit, Eigenverantwortung • Planungs- und Organisationsfähigkeit	
Cafeteria:		
• Präsenz zu den vorgegebenen Öffnungszeiten • Verkauf von Getränken und Kleinimbissen • Planung und Einkauf des Warensortiments • selbstständige Kassenführung • Verwaltung und Organisation der Nutzung der Patienten-Waschmaschinen und –trockner	• Selbstständigkeit, Eigenverantwortung • verantwortlicher Umgang mit Geld, Zuverlässigkeit • kundenfreundliches Verhalten, Kreativität, Kommunikationsfähigkeit • Abgrenzungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit • Planungs- und Organisationsfähigkeit	
Zimmerservice:		
• Vorbereitung der Patientenappartements für neu aufgenommene Rehabilitanden nach festgelegten Standards • Zimmerübergabe in Kooperation mit Wäschepflege und Verwaltung bei Entlassungen von Rehabilitanden nach festgelegten Standards	• Planungs- und Organisationsfähigkeit • Zuverlässigkeit, Eigenverantwortung • Durchsetzungsfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit • Flexibilität	
Wäschepflege:		
• Versorgung der klinikeigenen Wäsche (Bettwäsche, Handtücher, Arbeitskleidung) mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Maschinen und Arbeitsmittel • Wäsche reinigen, trocknen, bügeln, schrankfertiges zusammenlegen, instand halten und ggf. auswechseln	• Planungs- und Organisationsfähigkeit • Sauberkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit • Verantwortlicher und sachgerechter Umgang mit Maschinen und Arbeitsmitteln • Kooperationsfähigkeit, Flexibilität	

Tätigkeiten/Inhalte	Anforderungen	
Gewächshäuser:		GARTENBAU
• Anzucht und Kultur von Beet- und Balkonpflanzen sowie Gehölz • Gärtnerische Pflegemaßnahmen der Kulturen (Gießen, Düngen, Pflanzenschutz) • Kreatives Gestalten von Pflanzgefäßen für den Verkauf • Verkauf der gärtnerischen Produkte	• Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen • Kreativität, Entscheidungsfreudigkeit • Flexibilität, Teamfähigkeit • Kontaktfähigkeit	
Landschaftsbau:		
• Ausführung landschaftsgärtnerischer Bauarbeiten, z.B. Platz- und Wegebau, Treppenbau, Teichbau, Erdbau und Vegetationstechnik • Wartung und Pflege der benötigten Werkzeuge und Maschinen	• handwerkliche und technische Fertigkeiten • Sauberkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit • Planungs- und Organisationsfähigkeit • Kooperationsfähigkeit • Eigenverantwortung • physische Belastbarkeit, Durchhaltevermögen	
Parkpflege:		
• Pflege der Rasen-, Gehölz-, Beet- und Wegeflächen des Parkgeländes • Bedienung verschiedener Motorgeräte und Maschinen, z.B. Freischneider, Bodenfräse, Holzschredder • Wartung und Pflege der benötigten Werkzeuge und Maschinen	• handwerkliche und technische Fertigkeiten • Sauberkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit • Planungs- und Organisationsfähigkeit • Kooperationsfähigkeit • Eigenverantwortung • Durchhaltevermögen • physische Belastbarkeit	
Tierpflege:		
• Versorgung von Vögeln des Vogelhauses • Füttern mit Körnern und Frischfutter • hygienische Säuberung der Anlage	• Verantwortungsbewusstsein • Zuverlässigkeit • Selbstständigkeit • Einfühlungsvermögen, Tierliebe	
Reparatur- und Holzwerkstatt:		
• handwerkliches Arbeiten mit Holz • Maler- und Renovierungsarbeiten • Wartung und Pflege von Maschinen und Werkzeugen	• Genauigkeit, Sorgfalt • Planungsfähigkeit • handwerkliches Geschick • Einhaltung von Arbeitsvorgaben	
Haustechnik:		HAUSTECHNIK
• Assistenz bei Durchführung von Reparatur- und Renovierungsarbeiten • eigenständige Durchführung von Reparatur- und Renovierungsarbeiten nach Anweisung und Anleitung • Wartung und Pflege der benötigten Werkzeuge und Maschinen	• handwerkliche und technische Fertigkeiten • Sauberkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit • Planungs- und Organisationsfähigkeit • Kooperationsfähigkeit • Eigenverantwortung • Durchhaltevermögen • physische Belastbarkeit	

4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen

Zu den in der Fachklinik vorgehaltenen berufsintegrierenden Maßnahmen zählen:

- „berufliches Training“ innerhalb der Arbeitstherapie mit
    - Indikationsgruppe Bewerbungstraining
    - Indikationsgruppe Computertraining
    - Durchführung von Arbeitsbelastungserprobungen
    - Durchführung externer Betriebspraktika

- die Einbeziehung von Vertretern des Arbeitgebers (ggf. auch Betriebsarzt), der Arbeitsagenturen sowie ggf. eines Reha-Fachberaters durch den Bezugstherapeuten und/oder den Klinikarzt zur Planung berufsintegrierender Maßnahmen nach Entlassung

- die Einleitung einer stufenweisen Wiedereingliederung bei weiter bestehender Arbeitsunfähigkeit zur Erleichterung der Rückkehr an den Arbeitsplatz

Die Maßnahmen des „beruflichen Trainings“ innerhalb der Arbeitstherapie werden im Folgenden genauer erläutert:

Die Indikationsgruppe **Bewerbungstraining** richtet sich an alle arbeitslosen Rehabilitanden. Das Training vermittelt Kenntnisse und Fähigkeiten zur Erstellung einer aussagekräftigen Bewerbungsmappe und bereitet durch praxisnahe Übungen und Rollenspiele auf die Situation eines Bewerbungsgespräches vor. Durch eine kleine Gruppengröße kann auf den jeweils individuellen Bedarf der Teilnehmer sehr gezielt eingegangen werden. In besonders gelagerten Einzelfällen erfolgt auch eine Einzelbetreuung und –beratung.

Das Bewerbungstraining wird von einem Arbeitstherapeuten durchgeführt. Es erfolgt in einer geschlossenen Gruppe mit 3 bis 6 Teilnehmern einmal wöchentlich für 120 Minuten in einem Zyklus von 5 Wochen.

Die Indikationsgruppe **Computertraining** richtet sich einerseits an Rehabilitanden, denen Grundkenntnisse im Umgang mit dem Computer fehlen, sowie andererseits an Rehabilitanden, die vorhandene Grundkenntnisse vertiefen oder sich speziell im Umgang mit bestimmten Programmen schulen wollen. Insbesondere ist das Computertraining auch für Personen gedacht, die einen PC am Arbeitsplatz bedienen müssen und darin noch ungeübt sind. Durch eine geringe Teilnehmerzahl kann auf den jeweils individuellen Bedarf sehr gezielt eingegangen werden.

Das Computertraining wird von einem Arbeitstherapeuten durchgeführt. Es erfolgt in einer geschlossenen Gruppe mit 3 bis 6 Teilnehmern einmal wöchentlich für 120 Minuten in einem Zyklus von 5 Wochen.

Je nach Grad einer Arbeitsstörung oder einer eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit oder auch bei Fragestellungen zu einer anstehenden beruflichen Neuorientierung kann im Behandlungsverlauf eine **Arbeitsbelastungserprobung** in allen Arbeitstherapiebereichen durchgeführt werden. In diesem Fall wird der Rehabilitand eine (bis zwei) Woche(n) ausschließlich in der Arbeitstherapie eingesetzt. In dieser Zeit kann er seine körperliche Belastbarkeit, Ausdauer und Durchhaltevermögen so-

wie auch sein Interesse für einen bestimmten Arbeitsbereich unter annähernd ähnlichen Bedingungen eines realen Erwerbslebens überprüfen. Die Indikation zur Durchführung einer Belastungserprobung kann von Seiten der Klinikärzte, der Bezugstherapeuten oder der Arbeitstherapeuten in den gemeinsamen Fallbesprechungen gestellt werden.

Für Rehabilitanden, deren Belastungserprobung unter vollständig realen Bedingungen des Erwerbslebens erforderlich ist oder für Belastungserprobungen in Arbeitsbereichen, die in der Fachklinik nicht vorgehalten werden, kann ein ein- (bis zwei-) wöchiges **externes Betriebspraktikum** vermittelt werden. Hierzu bestehen Kooperationen mit zahlreichen ortsansässigen Betrieben im gewerblichen, handwerklichen und kaufmännischen Bereich. Dem betrieblichen Anleiter sind Beurteilungskriterien (mit Skalierung) an die Hand gegeben, so dass eine strukturierte und aussagekräftige Auswertung nach Beendigung der Maßnahme erfolgt. Die Durchführung eines externen Betriebspraktikums kann von Seiten der Klinikärzte, der Bezugstherapeuten oder der Arbeitstherapeuten in den gemeinsamen Fallbesprechungen angeregt werden.

Die zu Rehabilitationsbeginn erfolgende ergotherapeutische Diagnostik, die Durchführung der Indikationsgruppen Bewerbungstraining und Computertraining sowie die Koordinierung und Vermittlung von Arbeitsbelastungserprobungen und externen Betriebspraktika sind klinikintern unter dem Begriff „berufliches Training“ unter Leitung eines Arbeitstherapeuten zusammengefasst. Durch diese Bündelung wird ein höheres Maß an Koordination und indikationsgemäßem Einsatz der zur Verfügung stehenden berufsintegrierenden Maßnahmen erreicht.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Sport- und Bewegungstherapie und Entspannungstechniken tragen dazu bei, die Körperwahrnehmung zu verbessern sowie die körperliche Belastbarkeit und physische Funktionen zu fördern und zu trainieren. Mit bewegungstherapeutischen Maßnahmen können daher teilhaberelevante Ziele der verbesserten körperlichen Leistungsfähigkeit erreicht werden. Die Erweiterung und Stabilisierung des physischen Leistungsvermögens einerseits, sowie andererseits aber auch die Akzeptanz eigener Grenzen stellen daher bedeutsame Aspekte der Sport- und Bewegungstherapie dar.

Körperliche Bewegung bessert darüber hinaus nachweislich auch psychische Erkrankungen, die in vielen Fällen mit der Abhängigkeitserkrankung assoziiert sind. Intensivierte Körperwahrnehmung, die entspannende Wirkung von Aktivität und die Verbesserung von Geschicklichkeit und körperlicher Ausdauer heben das Selbstwertgefühl. Die Einübung von sozialem Verhalten (z.B. Rivalität, Rücksichtnahme, Regelbeachtung) spielt bei Gruppensportaktivitäten eine ebenso wichtige Rolle. Darüber hinaus schaffen die sporttherapeutischen Maßnahmen ein Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil und wecken Interesse an einer aktiven Freizeitgestaltung.

Sport- und Bewegungstherapie erfolgt nach individueller Erfassung des Gesundheits- und Trainingszustands durch einen/eine Diplom-Sportlehrer/in. Vor dem Hintergrund dieses „Eingangschecks“ erfolgt die Zuordnung zu den passenden Angeboten der Sport- und Bewegungstherapie im Sinne einer Therapieplanung. Im Rehabilitationsverlauf werden die Sport- und Bewegungstherapeutischen Zielsetzungen laufend an den jeweils erreichten Gesundheits- und Fitnesszustand angepasst. Das An-

gebot der Sport- und Bewegungstherapie reicht von einer eher leistungsorientierten Ballspielgruppe über Wirbelsäulen- und Wassergymnastik, einer Nordic-Walking- und Wander-Gruppe bis hin zur „Hockergymnastik“ für Rehabilitanden mit stärkeren körperlichen Einschränkungen. Darüber hinaus kann im Bedarfsfall auch eine Sport- und Bewegungstherapeutische Einzelbetreuung als Hinführung zu den o.g. Gruppenangeboten erfolgen. Die wöchentliche Frequenz der Sport- und Bewegungstherapeutischen Einheiten richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden. Die Teilnahme der Sport- und Bewegungstherapeuten an den wöchentlich stattfindenden Fallkonferenzen (siehe S. 33) gewährleistet die angemessene Einbindung in die ärztlich verantwortete Gesamttherapieplanung.

Ergänzt wird das Sport- und Bewegungstherapeutische Angebot durch **Physiotherapie** in Einzelbetreuung und Kleingruppen. Die Umsetzung der ärztlich verordneten Physiotherapie erfolgt in Kooperation mit einer örtlichen Physiotherapiepraxis, deren Mitarbeitende zur Durchführung der Behandlungen in die Fachklinik kommen. Für die physiotherapeutischen Behandlungen steht ein Fitnessraum zur Verfügung. Dieser ist u.a. mit einer Behandlungsliege, einer Sprossenwand und geeigneten Arbeitsmaterialien (Bodenmatten, Pezzi-Bälle, Terra-Bänder, Hanteln etc.) ausgestattet. Bei Bedarf können physiotherapeutische Behandlungen auch in den Räumen der kooperierenden Physiotherapiepraxis vereinbart werden. Die Physiotherapie kommt dabei insbesondere Rehabilitanden zu Gute, die aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen (vorübergehend) nicht in der Lage sind, vom gruppenorientierten Angebot der Sport- und Bewegungstherapie zu profitieren. Typische Indikationen sind vor allem Wirbelsäulensyndrome, chronische Fehlhaltungen und Gelenkerkrankungen.

Eine weitere Ergänzung der Sport- und Bewegungstherapie stellt die **Indikationsgruppe Freizeitgestaltung** dar. Hier üben die Rehabilitanden vorwiegend bewegungsorientierte Aktivitäten in der Gemeinschaft aus. Verloren gegangene Fähigkeiten zur aktiven und kreativen Freizeitgestaltung mit anderen sollen hier wieder neu belebt werden. Das Angebot reicht dabei von Bogenschießen über Billard, Boule, Dart, Tischkicker, Minigolf, Tischtennis, Volleyball, gemeinsamen Spaziergängen und Gesellschaftsspielen bis hin zum Besuch des örtlichen Freizeitbads oder der Teilnahme an Interessensgruppen wie Handwerk, Computer, Fotographie, Bildbearbeitung, Musizieren etc. Kreative Ideen seitens der Teilnehmer sind willkommen und werden nach Möglichkeit einbezogen.

Die **Indikationsgruppe Entspannungstraining** ist besonders geeignet für Rehabilitanden, die unter Unruhe, Anspannung, Nervosität, Schlafstörungen, Grübelneigung, chronischen Schmerzen und psychosomatischen Beschwerden leiden. Hier werden die Teilnehmer angeleitet, sich durch bestimmte Übungen in einen Zustand der Entspannung zu versetzen. Die angewandten Übungen können dabei – je nach Interesse und Eignung der Teilnehmer - sowohl dem „Autogenen Training“ (nach SCHULTZ), bei dem die Entspannung durch die eigene Vorstellungskraft (Autosuggestion) erreicht wird, als auch der „Progressiven Muskelentspannung“ (nach JACOBSON), bei dem die Entspannung durch den Wechsel von muskulärer Anspannung und Entspannung erreicht wird, angelehnt sein.

Das Entspannungstraining wird von einem in Entspannungstechniken geschulten Mitarbeitenden durchgeführt und erfolgt in Form einer halboffenen Gruppe mit mindestens 4 Teilnehmern zweimal wöchentlich für 45 Minuten. Die Teilnehmer werden aufgefordert und angeleitet, die erlernten Übungen auch zwischen den jeweiligen Gruppenterminen eigenständig fortzusetzen, um den Übungseffekt zu optimieren.

Für Rehabilitanden, denen der Zugang zu den im Entspannungstraining vermittelten Techniken schwer fällt, kann das in der Fachklinik ebenfalls vorgehaltene Biofeedback-Entspannungsverfahren eine hilfreiche Alternative sein. Das **Respiratorische Feedback-Verfahren** (RFB nach LEUNER) arbeitet mit einem Sensor, der die Atembewegung des Bauches registriert und in ein wahlweise akustisches oder optisches Signal verwandelt. Der in angenehmer Raumatmosphäre liegende Proband setzt sich entweder einen Kopfhörer oder eine Augenabdeckung auf. Mit dem Kopfhörer wird das abgetastete Signal der Bauchatmung in ein akustisches Signal umgewandelt (an- und abschwellendes Meeresrauschen). Die Augenabdeckung hingegen vermittelt ein optisches Signal (an- und abschwellende Helligkeit). Die von der eigenen Atmung vermittelten und umgewandelten Signale helfen dem Anwender, den Rhythmus der eigenen Atmung wahrzunehmen und sich von dem körpereigenen Rhythmus in eine Entspannung leiten zu lassen.

Das RFB erfolgt nach ärztlicher oder therapeutischer Indikationsstellung und wird zwei- bis dreimal wöchentlich für jeweils 30 Minuten durchgeführt. Nach einer Anleitung und Einweisung durch die Mitarbeitenden des medizinischen Dienstes führt der Rehabilitand dieses Verfahren selbstständig durch. Angestrebt ist dabei, dass der Rehabilitand durch die technisch-apparative Unterstützung zunächst eine Vorstellung davon vermittelt bekommt, dass er grundsätzlich über Möglichkeiten verfügt, den eigenen Spannungszustand zu regulieren. Idealerweise sollte diese Erfahrung in die spätere Teilnahme an der Indikationsgruppe Entspannungstraining münden, da die dort vermittelten Übungen den Vorteil haben, ohne apparative Technik auszukommen und an jedem Ort (so z.B. auch zu Hause nach abgeschlossener Rehabilitation) angewendet werden zu können.

4.7.7 Freizeitangebote und milieutherapeutische Elemente

Eine aktive Freizeitgestaltung wurde fast regelhaft von den abhängigkeitskranken Rehabilitanden vernachlässigt. Eine befriedigende suchtmittelfreie Freizeitgestaltung stellt im Kontext von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft daher eine wichtige Zielsetzung der Rehabilitation Abhängigkeitskranker dar. Eine sinnvolle Freizeitgestaltung ist für viele Rehabilitanden mitentscheidend für die Aufrechterhaltung ihrer Abstinenz und die Wiederaufnahme einer Arbeit.

Freizeitangebote im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung dienen dazu, die Rehabilitanden anzuregen, ihre Freizeit **aktiv und eigenverantwortlich** zu gestalten. Insofern muss das Angebot der Freizeitgestaltung innerhalb der Rehabilitation immer eine angemessene Mischung aus angeleiteten Vorgaben einerseits und Möglichkeiten und Freiräumen zur selbstständigen, eigeninitiativen Aktivitätsentfaltung andererseits beinhalten. Bei vorrangig angeleiteter Freizeitgestaltung und gleichzeitigem Mangel an Freiräumen für eigeninitiierte Aktivitäten wird das gewünschte Ziel der Aktivierung nicht nachhaltig erreicht. Hingegen werden die Rehabilitanden bei vorrangiger Betonung der Eigeninitiative und gleichzeitigem Mangel an angeleiteten Impulsen keine ausreichende Aktivität entfalten.

Das Angebot der therapeutisch angeleiteten bewegungsorientierten Freizeitgestaltung (Indikationsgruppe Freizeitgestaltung) mit dem Charakter der Teilnahmeverpflichtung sowie das sport- und bewegungstherapeutische Angebot wurden im vo-

rangegangenen Kapitel 4.7.6 bereits dargestellt. Die dabei gesetzten Impulse sind über die Woche gut verteilt (Sport- und Bewegungstherapie montags, freitags, samstags; Indikationsgruppe Freizeitgestaltung mittwochs) und nehmen zusammen 5 Stunden pro Woche in Anspruch.

Hier sollen nun die Freizeitangebote dargestellt werden, die den Rehabilitanden innerhalb der Fachklinik grundsätzlich zur Verfügung stehen, deren Inanspruchnahme aber auf freiwilliger Basis, auf Eigeninitiative und i.d. R. auch ohne Begleitung der Mitarbeitenden erfolgt. Auf unterschiedlichste Art und Weise werden diese Angebote immer wieder bekannt gemacht, ins Bewusstsein gehoben und/oder gezielt beworben, um die eigeninitiative Inanspruchnahme zu fördern.

Grundsätzlich stehen den Rehabilitanden alle Angebote, die im Rahmen der Indikationsgruppe Freizeitgestaltung angeboten werden, auch in ihrer Abend- und Wochenend-Freizeit zur Verfügung. In einem Freizeitraum sowie im Mehrzwecksaal der Klinik werden ein Billardtisch, ein Tischkicker, Tischtennisplatten und Dartscheiben vorgehalten. Der Mehrzwecksaal kann auch als Volleyballspielfeld genutzt werden. Ferner verfügt die Fachklinik über einen Fitnessraum mit professionellem Ergometer, Cross-Trainer, einem Boxsack und diversen Hantelbänken. Des Weiteren steht eine Sauna mit angeschlossenem Ruhebereich zur Verfügung. Im Gartengelände befinden sich eine Minigolfanlage, Boulebahnen, ein Outdoor-Volleyballfeld sowie eine große Rasenfläche mit Vorrichtungen für das Bogenschiessen. Den Rehabilitanden stehen Fahrräder und Nordic-walking-Stöcke zur Ausleihe zur Verfügung.

Freizeitgruppenaktivitäten werden regelmäßig durch das Behandlungsteam angeregt und durch einen hierfür zur Verfügung stehenden Fonds finanziell unterstützt. Informationen über mögliche Freizeitaktivitäten und kulturelle Besonderheiten der Region (z.B. mögliche Museumsbesuche, Sehenswürdigkeiten der umliegenden Region) sind in einem Informationsordner gesammelt und dienen den Rehabilitanden als Ideenbörse. Für die Nutzung des örtlichen Schwimmbads stehen den Interessierten gesponserte 10er-Karten zur Verfügung. Für einige Freizeitaktivitäten innerhalb der Region gelten vergünstigte Tarife für die Rehabilitanden der Fachklinik. Freizeitgruppenaktivitäten sind jedoch auch ohne zusätzliche Kosten für die Rehabilitanden möglich (z.B. Gruppenwanderungen, gemeinschaftliche Fahrradtouren, Grillen im hauseigenen Gartengelände mit Grillhütte, etc.).

Projektweise finden an Wochenenden zur aktiven Freizeitgestaltung kreative Workshops (z.B. Acry-Mal-Workshop, Trommel-Kurs, Schach-Workshop, geführte Fahrrad-Touren) statt, in denen Rehabilitanden Anregungen bekommen und sich ausprobieren können. Des Weiteren werden die Rehabilitanden regelmäßig ermuntert, Gruppenaktivitäten auch selbstständig zu initiieren und zu organisieren. Auf diese Art und Weise finden in Projekt-Form immer wieder eigenständig organisierte Turniere (z.B. Tischtennis, Dart, Billard, Volleyball, Kartenspiele, Brettspiele) statt. Gelegentlich erfolgten auch schon Turniere unter Beteiligung eines Mitarbeiter-Teams.

Zu ausgewählten externen Veranstaltungen in der Region (z.B. Konzerte, Vorträge, besondere Gottesdienste) erfolgen gezielte Informationen, Ankündigungen, bzw. Einladungen. Je nach Ort und Art der Veranstaltung werden teilweise auch durch die Klinik organisierte Fahrten zu den Veranstaltungen angeboten. Alternativ werden die Rehabilitanden dabei unterstützt, die Fahrten eigenständig zu organisieren.

Im Rahmen des Verbundes innerhalb des Blauen Kreuzes finden in der Fachklinik im Jahresverlauf immer auch Veranstaltungen mit Gästen des Blauen Kreuzes statt (z.B. Begegnungstag, Wandertag, Bogenschiessturnier). Zu den in diesem Zusammenhang stattfindenden Freizeitaktivitäten sind die Rehabilitanden immer auch mit eingeladen. (Nebenbei wird auf diese Art und Weise auch sehr praktisch und konkret eine Vorstellung von der Atmosphäre und Arbeitsweise der Blaukreuz-Begegnungsgruppen vermittelt).

Zahlreiche **milieutherapeutische Elemente** prägen die Atmosphäre der Fachklinik, schaffen zusätzliche Angebote für besondere Bedürfnisse der Rehabilitanden und fördern ein respektvolles, verantwortliches und lernendes Miteinander. Beispielhaft seien hier näher beschrieben:

- Großforum, Kleinforum
- Gemeinschaftsdienste
- Deutschsprachtraining
- Patientenbeirat
- Hauselternschaft
- Überlebensgespräche
- Seelsorge

Großforum, Kleinforum: Das sog. Großforum sowie das sog. Kleinforum sind Zusammenkünfte aller Rehabilitanden, die vorgesehen sind, um aktuelle Fragen des Zusammenlebens miteinander zu besprechen. Zentrales Gesprächsthema ist die Frage nach der Gestaltung des Umgangs im Miteinander innerhalb der Hausgemeinschaft. Offene Meinungsäußerungen, faire Auseinandersetzungen und Konfliktlösungen in angemessener Vertretung der eigenen Interessen unter Berücksichtigung der Interessen anderer bzw. des Gemeinwohls sind entscheidende Inhalte und Zielsetzungen zugleich.

Im Wochenrhythmus wechselt das Großforum als Versammlung aller Rehabilitanden unter Anleitung therapeutischer Mitarbeitender mit dem Kleinforum als Versammlung der Rehabilitanden innerhalb ihrer Bezugsgruppe ohne Anwesenheit therapeutischer Mitarbeitender. Durch die ohne therapeutische Anleitung durchgeführten Kleinforen werden die Rehabilitanden zur Übernahme von Verantwortung und Eigeninitiative animiert. Zugleich stellt dieses Setting eine der Selbsthilfegruppe ähnliche Situation dar und kann den Rehabilitanden bereits während der klinischen Behandlung den Wert und die Funktion einer Selbsthilfegruppe verdeutlichen.

Gemeinschaftsdienste: Jeder Rehabilitand übernimmt während seiner gesamten Behandlungszeit Gemeinschaftsdienste, die als eigenverantwortlicher Beitrag zur Hausgemeinschaft verstanden werden. Dabei handelt es sich um Aufgaben, die selbstverständlich zu jeder Führung eines eigenen Haushaltes gehören wie z.B. Reinigung des eigenen Appartements, Reinigung von gemeinschaftlich genutzten Räumen, Vor- und Nachbereiten von Mahlzeiten im Küchenservice und Schneeräumdienst im Winter. Die Gemeinschaftsdienste wirken einer übermäßigen Versorgungshaltung und Regressionsneigung entgegen, wie sie allein durch das stationäre Setting ungewollt generiert werden.

Deutschsprachtraining: In der Fachklinik werden auch Rehabilitanden mit polnischer und russischer Muttersprache aufgenommen. Mangelhafte Deutschsprachkenntnisse beeinträchtigt ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erheblich. Aber

auch Menschen, die mit der deutschen Muttersprache aufwuchsen, können durch Schwierigkeiten beim Schreiben oder Lesen bedingte Teilhabestörungen aufweisen. Das Deutschsprachtraining hilft den Betroffenen, im Umgang mit der deutschen Sprache sicherer zu werden. Auf schulischen Frontalunterricht wird verzichtet, stattdessen kommen spielerische Kommunikationsübungen zum Zuge. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl können die Rehabilitanden sehr individuell gefördert werden. Das Deutschsprachtraining erfolgt in Form einer geschlossenen Gruppe mit 2 – 6 Teilnehmern einmal wöchentlich für 60 Minuten in einem Zyklus mit 6 Wochen.

Patientenbeirat: Der Patientenbeirat (PBR) ist ein von den Rehabilitanden gewähltes Gremium von bis zu fünf Personen. Die Kandidatur erfolgt nach vorangegangener Zustimmung der Bezugstherapeuten. Der Patientenbeirat übernimmt in bestimmten, klar definierten Bereichen des Klinikalltags Verantwortung für die Hausgemeinschaft und erhält dadurch für andere Rehabilitanden eine modellhafte Vorbildfunktion. Aufgaben des Patientenbeirats sind u.a.:

- das Anregen von gemeinschaftlichen Freizeitaktivitäten
- die verantwortliche Mitwirkung im Großforum
- Rekrutierung von Rehabilitanden, die sog. Patenschaften übernehmen (Ansprechpartner für neu aufgenommene Rehabilitanden, um ihnen das Einleben in den Klinikablauf zu erleichtern)
- die Mitwirkung in der Vertrauensbildung zwischen Rehabilitanden und therapeutischem Team
- Hilfe und Vermittlung bei Konflikten zwischen Rehabilitanden (ggf. auch unter Einbeziehung von Mitarbeitenden)
- die Verwaltung einer eigenen Kasse

Hauselternschaft: In einer Dienstwohnung der Klinik wohnt ein Ehepaar, das sich als „Hauseltern“ versteht und den Rehabilitanden auf ehrenamtlicher Basis als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Da die Hauseltern auch bei manchen Freizeitangeboten engagiert sind und Präsenz zeigen, sind sie den Rehabilitanden bekannt. Die Hemmschwelle zur Inanspruchnahme eines Gesprächsangebotes wird damit reduziert. Mit der Hauselternschaft wird atmosphärisch zum Ausdruck gebracht, dass die Rehabilitanden in der Fachklinik willkommen sind und mit ihren jeweils persönlichen Bedürfnissen beachtet und wertgeschätzt werden.

Überlebensgespräche: Die Überlebensgespräche sind ein freiwilliges Angebot an die Rehabilitanden, in ungezwungener Gesprächsrunde unter Anleitung eines ehrenamtlichen Mitarbeitenden über Glaubens-, Sinn- und Wertfragen miteinander ins Gespräch zu kommen. Das abendliche Gesprächsangebot erfolgt in 14-tägigem Rhythmus. Meditative und biblische Texte sind dabei Ausgangspunkte für einen offenen Erfahrungsaustausch und werden belebt durch das gemeinsame Singen von Liedern. Die Frequenz dieses Gesprächsangebots wechselt in Abhängigkeit von den aktuellen Ressourcen der Durchführenden.

Seelsorge: In 14-tägigem Rhythmus ist ein Seelsorger an psychoedukativen Therapieeinheiten beteiligt und steht bei Bedarf auch für Seelsorgegespräche zur Verfügung. Eingebettet ist dieses Angebot in eine christliche Glaubenshaltung und Werteorientierung der Mitarbeitenden. Im klinischen Tagesablauf kommt dies u.a. darin zum Ausdruck, dass die Mahlzeiten mit einem Tischgebet begonnen werden und eine Tagesmahlzeit mit einer kurzen Andacht beendet wird.

4.7.8 Sozialdienst

Abhängigkeitskranke Rehabilitanden sind häufig mit massiven sozialen, beruflichen und finanziellen Problemen belastet, für deren Überwindung sie sozialdienstliche Beratung, Kompetenz und Unterstützung benötigen. Das Spektrum der Problemlagen ist dabei hochgradig komplex: familiäre und/oder partnerschaftliche Konflikte bis hin zu zerrütteten Beziehungen; Konflikte am Arbeitsplatz, drohender oder schon erfolgter Verlust des Arbeitsplatzes; finanzielle Probleme bis hin zu massiver Verschuldung; problematische Wohnverhältnisse bis hin zur Obdachlosigkeit; soziale Isolation und/oder überwiegender Kontakt zur Trinkerszene; Vernachlässigung von Aktivität und Teilhabe; Delinquenz

Erfahrungsgemäß steht bei den Rehabilitanden die Dringlichkeit zur Klärung der sozialen Problemlagen so sehr im Vordergrund des subjektiven Erlebens, dass ein psychotherapeutisches Arbeiten überhaupt erst mit vorangehender und begleitender Hilfestellung bei der Überwindung ihrer sozialen Problemlagen möglich wird. Durch gezielte sozialdienstliche Informationen, Beratung und Unterstützung sowie Interventionen lassen sich also die Voraussetzung für eine möglichst störungsfreie und effektive Teilnahme und Durchführung der Rehabilitationsleistung deutlich verbessern.

Aus diesem Grund erfolgt die klinische Sozialarbeit in der Fachklinik integrativ in Person des Bezugstherapeuten und nicht aufgabenteilig in Person eines eigenen Sozialdienstes. Der Vorteil einer Integration von sozialer und psychotherapeutischer Arbeit in Person des Bezugstherapeuten liegt auf der Hand: die Notwendigkeit der Informationsvermittlung zwischen psychotherapeutisch und sozialarbeiterisch tätigen Mitarbeitenden sowie das damit verbundene Schnittstellenproblem wie auch das Problem der Koordinierung der verschiedenen Interventionen entfällt. Vor diesem Hintergrund rekrutiert sich die Mehrzahl der Bezugstherapeuten in der Fachklinik aus der Berufsgruppe der Sozialtherapie. Auf diese Weise gelingt es, die sozial orientierten Interventionen rehabilitanden- und lösungsorientiert, zeitnah und am individuellen Bedarf orientiert und für den Rehabilitanden leicht erreichbar zu gestalten.

Zu den sozialdienstlichen Tätigkeiten der Bezugstherapeuten gehören u.a.:

- sozialrechtliche Beratung
- Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen (inkl. ggf. deren eigener Beratung)
- Beratung und Unterstützung in finanziellen Angelegenheiten, ggf. auch Vermittlung einer Schuldnerberatung
- Beratung und Unterstützung bei der Klärung und Erledigung aufgeschobener behördlicher Angelegenheiten
- Beratung und Unterstützung bei drohendem Wohnungsverlust, bzw. bei schon bestehender Obdachlosigkeit
- Koordinierung der Hilfen/Maßnahmen bei schon bestehender/erfolgter Einbeziehung von Hilfesystemen vor Rehabilitationsbeginn (z.B. Schuldnerberatung, ARGE, Bewährungshilfe, Jugendamt)
- Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung (in Zusammenarbeit mit den Klinikärzten und mit der Arbeitstherapie)
- Vorbereitung und Einleitung einer individuell angemessenen suchtspezifischen Nachsorge (ARS Nachsorge, ggf. Adaption, betreutes Wohnen)
- Motivierung und Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe

- Motivierung und Unterstützung bei weiteren notwendigen Maßnahmen zur Förderung von Teilhabe und Aktivität (z.B. Maßnahmen zur Tagesstrukturierung, Förderung der aktiven Freizeitgestaltung, Maßnahmen zur Überwindung eines sozialen Rückzugs, Maßnahmen zur Beendigung eines problematischen Kontakts zur Trinkerszene)

Unterstützt werden die Bezugstherapeuten in ihren sozialdienstlichen Tätigkeiten durch eine eigens eingerichtete Verwaltungssprechstunde. Hier erfolgt vor allem eine Beratung und Unterstützung in aktuellen finanziellen Angelegenheiten der Rehabilitanden und bei der Erstellung behördlicher Korrespondenz.

Nicht zuletzt beraten und unterstützen auch die Klinikärzte in sozialdienstlichen Belangen, wenn sie beispielsweise Fragen der beruflichen Wiedereingliederung, einer Anerkennung von Schwerbehinderung, oder eines vom Rehabilitanden in Erwägung gezogenen Rentenantrags mit ihm erörtern.

4.7.9 Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining und Ernährung

Da Abhängigkeitskranke in aller Regel einen Lebensstil mit erhöhtem Risiko für viele somatische und psychische Erkrankungen sowie mit sozialen Folgeschäden praktizierten, kommt der Gesundheitsbildung mit Schulung und Training in der Rehabilitation eine große Bedeutung zu. Gesundheitsbildung, Schulung und Beratung erfolgt in der Fachklinik einerseits in Form von psychoedukativen Therapieeinheiten (des besseren Verständnisses wegen im klinischen Sprachgebrauch als „Unterricht“ bezeichnet und mit dieser Bezeichnung auch im Wochenplan ausgewiesen), sowie andererseits in Form von Indikationsgruppen, die sich mit besonderen gesundheitlichen Fragestellungen (Rauchen, Ernährung) befassen und nicht zuletzt auch in Form von einzelfallbezogener Beratung.

Psychoedukative Therapieeinheiten erfolgen dreimal wöchentlich für jeweils 45 Minuten. Entsprechend dem weiten Feld an relevanten Themen, bei denen auch psychologische und soziale Aspekte Berücksichtigung finden, sind alle in der Fachklinik beschäftigten Berufsgruppen an der Psychoedukation beteiligt. Methodisch kommen vor allem der Vortrag und das Lehrgespräch, jedoch auch Gruppenarbeiten und Übungen zur Anwendung. Verschiedene Medien werden eingesetzt, z.B. Präsentationen, Filme, Bilder, Flipchart etc. Interaktive Methoden und Medien werden bevorzugt, um die Rehabilitanden möglichst aktiv in den Lernprozess einzubeziehen. Bei den unten beschriebenen Indikationsgruppen dominieren praktische Übungen und Aufgaben das Methodenrepertoire.

Das Curriculum der psychoedukativen Therapie umfasst

a) die Abhängigkeitserkrankung betreffende Themen wie:

- Definition und Entwicklung von Abhängigkeit
- Ursachen der Abhängigkeit (Drogen, Individuum, Umwelt)
- Alkoholwirkungen, Aufnahme in den Körper, Alkoholabbau
- Alkoholfolgeschäden
- Alkohol und Medikamente
- Alkohol im Straßenverkehr, Führerscheinwiedererwerb

- Entstehung von Rückfällen, Risikosituationen
- Möglichkeiten der Nachsorge, Adaption, Betreutes Wohnen, Selbsthilfegruppen
- Familiäre Folgen des Alkoholismus, Kinder von suchtkranken Eltern

b) allgemein gesundheitsbezogene Themen wie:

- Informationen für Raucher
- Gesunde Ernährung
- Persönliche Hygiene
- Äußeres Erscheinungsbild

c) therapiebezogene Themen wie:

- Sinn und Zweck der Rehabilitation
- Kriterien einer erfolgreichen Behandlung
- Verwaltungsfragen zur Rehabilitation
- Sicherheit in der Rehabilitations-Einrichtung

d) psychologische, soziale und gesellschaftliche Themen mit Bezug zur psychosozialen Gesundheit wie:

- Gelungene Kommunikation
- Ausdruck von Gefühlen
- Gegenseitige Wertschätzung, Respekt und Toleranz
- Integrationsprobleme
- Sexuelle Gewalt
- Körper und Seele, Psychosomatik
- Sinn- und Wertfragen

Die Darstellung und Vorstellung verschiedener Formen der suchtspezifischen Nachsorgemöglichkeiten und Anschlussbehandlungen wird ergänzt durch den ca. einmal monatlich stattfindenden „Infoabend“. Hier stellen sich verschiedene Verbände von Selbsthilfegruppen der Region vor und vermitteln den Rehabilitanden eine konkrete Vorstellung von den jeweils typischen Arbeitsweisen der Verbände (Blaues Kreuz, Freundeskreise, Kreuzbund, Anonyme Alkoholiker).

Des Weiteren wird die Psychoedukation ergänzt durch die Empfehlung zu einem Selbststudium ausgewählter Bücher, die den Rehabilitanden zu Behandlungsbeginn ausgeliehen werden (**Bibliotherapie**). Die Auswahl berücksichtigt dabei sowohl gesundheitliche wie auch psychosoziale und religiöse Themen und soll eine kritische Auseinandersetzung mit den jeweils individuell wichtigen Fragen und Themen anregen.

Vor dem Hintergrund, dass alkholabhängige Rehabilitanden zu einem sehr großen Prozentsatz auch stark abhängige Tabakraucher sind, kommt dem Thema Tabakrauchen eine besondere Bedeutung für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu. Daher wird dieses Thema nicht nur in der psychoedukativen Therapie, sondern auch in der Reha-Visite aktiv von den Klinikärzten problematisiert. Darüber hinaus wird durch ein konsequentes Rauchverbot während der Therapiezeiten und innerhalb des Klinikgebäudes einem unreflektierten, gedankenlosen Umgang mit dem eigenen Rauchverhalten entgegengesteuert.

Für entwöhnungswillige Tabakraucher wird die **Indikationsgruppe Raucherentwöhnung** angeboten. Vor dem Hintergrund eines verhaltenstherapeutisch orientierten Vorgehens werden zunächst die eigenen Motive zum Beenden (oder Reduzieren) des Rauchens analysiert. Dann wird das eigene Rauchverhalten beobachtet und registriert. Schließlich werden eigene Ziele im Hinblick auf das Beenden (oder Reduzieren) des Rauchens verbindlich festgelegt. Die zu erwartenden Schwierigkeiten (z.B. Entzugssymptome, Verlangen) werden antizipiert und Strategien im Umgang damit erarbeitet. Der vorübergehende Einsatz von Nikotinersatzstoffen, bzw. von Medikamenten zur Linderung der Entzugssymptomatik kann – insbesondere bei starker Abhängigkeit und bei wiederholt erfolglosen Entwöhnungsversuchen – mit dem Arzt besprochen und vereinbart werden.

Die Raucherentwöhnung wird von einem speziell hierfür geschulten Sozialtherapeuten durchgeführt und erfolgt nach vorangegangener Informationsveranstaltung in Form einer geschlossenen Gruppe mit 4 – 12 Teilnehmern einmal wöchentlich für 90 Minuten in einem Zyklus mit 5 Wochen.

Die **Ernährung** in der Fachklinik orientiert sich an den aktuellen ernährungsphysiologischen Erkenntnissen. Sie ist ausgewogen, abwechslungsreich, geschmackvoll, fettarm, sowie vitamin- und ballaststoffreich. Der Speiseplan folgt einem 8-Wochen-Rhythmus und enthält einmal wöchentlich ein vegetarisches, ein Fisch- sowie ein Eintopfgericht. Die Mahlzeiten werden in der hauseigenen Großküche frisch zubereitet. Den Rehabilitanden stehen Getränke (Wasser, Tee, Saft), ein mittägliches und abendliches Salatbuffet sowie Obst zur freien Verfügung. Die Zubereitung spezieller Kostformen nach ärztlicher Anordnung, gesundheitlichen Erfordernissen oder vor dem Hintergrund kultureller Identitäten erfolgt individuell und in Absprache mit den Mitarbeitenden der Hauswirtschaft.

Die **Indikationsgruppe Haushalts- und Ernährungstraining** richtet sich an Rehabilitanden, die der Unterstützung zum Erlernen einer gesundheitsbewussten Ernährung (inklusive dem dazu gehörigen Einkauf und Kochen) und zum Führen eines selbstständigen Haushaltes bedürfen. Dabei handelt es sich in der Regel um Rehabilitanden, die die Sorge um ihren Körper und um eine gesunde Ernährung vernachlässigt haben. Angesprochen sind aber auch Rehabilitanden, die starke Gewichtsprobleme haben (Unterernährung. Übergewicht). Das Haushalts- und Ernährungstraining vermittelt durch praktische Übungen und Aufgaben einerseits Kenntnisse, die zur Führung eines eigenen Haushalts hilfreich sind (z.B. Körperpflege, Hygiene, Wäschepflege). Andererseits geht es auch um Fragen der Ernährung, der Essenszubereitung und des planvollen Einkaufs unter den Bedingungen eingeschränkter finanzieller Mittel. Die Teilnehmer lernen auch, bewusst auf ihr Essverhalten und ihre Essgewohnheiten zu achten und diese – wo nötig – zu verändern. Es wird praktisches Wissen über gesunde und Gewicht reduzierende Nahrungszubereitung und Nahrungszusammensetzung, sowie über gesundes Essverhalten vermittelt.

Das Haushalts- und Ernährungstraining wird von einer in Ernährungsberatung/-training geschulten Hauswirtschafterin durchgeführt und erfolgt unter Nutzung einer eigenen Lehrküche in Form einer geschlossenen Gruppe mit 3 – 7 Teilnehmern einmal wöchentlich für 180 Minuten in einem Zyklus mit 5 Wochen. Bei entsprechendem Bedarf, bzw. Rekrutierung einer genügenden Teilnehmerzahl kann das Haushalts-

training und das Ernährungstraining auch separat in einer jeweils eigenen Gruppe durchgeführt werden.

Ergänzend zur Indikationsgruppe (Haushalts- und) Ernährungstraining erfolgen auch **einzelfallbezogene Ernährungsberatungen** durch die Klinikärzte im Rahmen der medizinischen Sprechstunde, bzw. der Reha-Visite (siehe auch Kapitel 7.4.3) sowie durch eine Ökotrophologin.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Beziehungsstörungen sind sehr häufig mit einer Abhängigkeitserkrankung assoziiert. Dabei wird die Abhängigkeitsentwicklung oft ungewollt durch ungünstige Verhaltens- und Reaktionsmuster des sozialen Umfeldes begünstigt. Umgekehrt wiederum stellt ein intaktes soziales Umfeld eine Ressource und einen wesentlichen Schutzfaktor für ein suchtmittelabstinentes Leben und eine dauerhafte psychosoziale Integration dar.

Vor diesem Hintergrund kommt der Angehörigenarbeit eine hohe Bedeutung innerhalb der Rehabilitation Abhängigkeitskranker zu. Unter Angehörigen werden alle wichtigen Bezugspersonen, insbesondere der Ehe- und Lebenspartner sowie ggf. auch Kinder und/oder Eltern verstanden. Weitere wichtige Bezugspersonen stellen ggf. aber auch Angehörige aus dem weiteren Familienkreis, Freunde, Arbeitskollegen, Arbeitgeber, Betreuer, Zuweiser und Weiterbehandler dar.

Interventionen im Rahmen der Angehörigenarbeit sind indiziert, wenn zu dem Betroffenen eine kontinuierliche Beziehung besteht, die aus Sicht des Rehabilitanden, bzw. des Therapeuten einer Bearbeitung bedarf. Die Einbeziehung wichtiger Bezugspersonen wie z.B. Arbeitgeber, Betreuer und Weiterbehandler dient hingegen mehr der gemeinsamen Klärung von Strategien und Perspektiven für die Zeit nach Beendigung der Rehabilitation.

Die wohnortnahe Rehabilitation begünstigt die Angehörigenarbeit aufgrund der leichten Erreichbarkeit der Klinik auch für Angehörige. Dieser Vorteil stellt eine wesentliche Stärke des gemeindenahen Konzeptes dar (siehe auch Kapitel 2).

Wesentliches Element der Angehörigenarbeit innerhalb der Fachklinik sind die Ehe- und Angehörigenseminare, die in ein- bis zweimonatigen Abständen für jeweils 2,5 Tage (Donnerstagmorgen bis Samstagnachmittag) durchgeführt werden. Hieran nehmen 3 bis 6 Rehabilitanden mit ihren Partnern, bzw. Angehörigen teil, die – soweit es die Kapazitäten zulassen und es gewünscht ist – innerhalb der Fachklinik in Gästeappartements mit ihren Partnern untergebracht werden. Bei entsprechender Indikation und freien Seminarplätzen kann ein Rehabilitand auch als Einzelperson teilnehmen. Geleitet wird das Seminar von zwei Bezugstherapeuten.

Der beschriebene Rahmen sorgt für eine intensive therapeutische Arbeitsatmosphäre, in der die Beziehungsgestaltung des Rehabilitanden mit der zu ihm gehörenden Bezugsperson fokussiert wird. Die Art der Beziehungsgestaltung wird durch verbale und nonverbale Interventionsformen ins Bewusstsein gehoben und reflektiert, um auf dieser Basis gemeinsam Perspektiven für die zukünftige Beziehungsgestaltung zu entwickeln. Dabei reicht das Spektrum der innerhalb des Seminars angewandten Methoden von kurzen psychoedukativen Einheiten über Gruppenübungen bis hin zu

psychotherapeutischer Paararbeit innerhalb der Gesamtgruppe. Die Arbeit im Gruppensetting erleichtert die Erreichbarkeit der sich untereinander solidarisierenden Angehörigen. Eigene Betroffenheiten werden von den Angehörigen (vielleicht erstmalig) artikuliert, um somit eine Basis für eine nunmehr offene Kommunikation zu schaffen.

Wenn eine Teilnahme am Ehe- und Angehörigenseminar für die Angehörigen aus organisatorischen Gründen nicht möglich ist, erfolgen ersatzweise Angehörigengespräche gemeinsam mit dem Rehabilitanden durch den Bezugstherapeuten. Solche therapeutischen „Paargespräche“ können im Vorfeld eines Ehe- und Angehörigenseminars auch mit dem Ziel einer Motivierung und Hinführung zur Teilnahme am Seminar, bzw. auch zu dessen Nachbereitung erfolgen. Dauer und Frequenz der Bezugspersonengespräche sind sehr variabel und orientieren sich an dem jeweils unterschiedlichen Bedarf.

Ein limitierender Faktor für die Teilnahme an Angehörigengesprächen und/oder am Ehe- und Angehörigenseminar - sowohl auf Seiten des Rehabilitanden als auch auf Seiten der Angehörigen - sind häufig (irrationale) Ängste und Vorbehalte mit der Folge einer mangelnden Bereitschaft zur Inanspruchnahme des Angebotes. Diesen Ängsten und Vorbehalten wirksam zu begegnen stellt eine große therapeutische Herausforderung dar.

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfälle bzw. Rückfallgefährdung gehören zum Wesen der Abhängigkeitserkrankung. Dennoch – oder gerade deshalb – entfaltet ein Rückfall in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker eine starke Dynamik. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, die Abläufe bei Bekanntwerden eines Rückfalls im Sinne eines Rückfallmanagements klar zu regeln.

Ein Rückfall während der Rehabilitationsmaßnahme ist in der Regel nicht primär als Ausdruck des Versagens, sondern als Hinweis auf eine situative Krise zu verstehen. Da die Befähigung zur Krisenbewältigung zentrales Ziel jeder Entwöhnungsbehandlung darstellt, erscheint es unerlässlich, den Rückfall als suchtspezifische Symptomatik in die Behandlung einzubeziehen. Somit bietet ein Rückfall eine besondere Chance für die Behandlung, weil durch ihn die noch zu erarbeitenden Fähigkeiten zur Krisenbewältigung deutlich erkennbar und therapeutisch zugänglich werden.

Bei der beschriebenen grundsätzlichen Haltung gibt es dennoch Situationen, die zum Schutz der anderen Rehabilitanden zu einer vorzeitigen Entlassung zwingen. Diese Situation ist gegeben bei:

- destruktiven oder provokativen Verhaltensweisen des rückfälligen Rehabilitanden
- Animation anderer Rehabilitanden zum gemeinschaftlichen Konsum
- gemeinschaftlicher Konsum innerhalb der Klinik

Wenn solche Ausschlusskriterien nicht vorliegen, erfolgt bei Überwachungsbedürftigkeit eine Verlegung zur Entgiftung im Sinne eines interkurrenten Krankenhausaufenthaltes. Ist eine Überwachungsbedürftigkeit nicht gegeben, werden innerhalb der Fachklinik Maßnahmen zur Sicherung der nachfolgenden Abstinenz ergriffen (fortlau-

fende Atemalkoholkontrollen, vorübergehende Ausgangsbeschränkung, Zimmerkontrolle) und die Indikation zur Fortsetzung der Rehabilitation geprüft.

Hierzu wird In einem ersten Schritt das Rückfallgeschehen in der Einzel- und Gruppentherapie analysiert und die sich aus der Analyse ergebenen Konsequenzen erarbeitet. In einem weiteren Schritt fasst der Rehabilitand die Erkenntnisse, die er aus dem Rezidiv gewonnen hat, schriftlich zusammen. Wird dabei eine offene, ehrliche und selbstkritische Auseinandersetzung mit den Hintergründen des Rückfalls und ferner eine aktive Veränderungsbereitschaft deutlich, so steht einer Fortsetzung der Rehabilitation aus therapeutischer Sicht nichts entgegen.

Um das Rückfallgeschehen innerhalb der Klinik zu enttabuisieren und um die bei dem Thema gewünschte Transparenz zu erreichen, werden die anderen Rehabilitanden (in der Regel im Rahmen der gemeinschaftlich eingenommenen Mahlzeiten) vom Betroffenen selbst über den Rückfall sowie dem Ergebnis des erfolgten Klärungsprozesses kurz informiert. Zur Vermeidung von unangemessenen und destruktiven Selbstanklagen ist hierbei der Bezugstherapeut unterstützend und ggf. auch klar stellend anwesend.

Ein weiteres Instrument, mit dem ein höheres Maß an Transparenz hergestellt wird, ist die "Rückfallkonferenz", die gesondert anlässlich des Rezidivs einberufen wird. Sie setzt sich zusammen aus einem Vertreter der Klinikleitung, dem Bezugstherapeuten des Patienten, dem zuständigen Arbeitstherapeuten, einem Mitglied des sog. Patientenbeirats (siehe auch Kapitel 4.7.7), einem vom Rehabilitanden selbst gewählten Mitpatienten des Vertrauens und dem Rehabilitanden selbst. Hier berichtet er von seinem Rückfall und den sich daraus für ihn ergebenden Konsequenzen.

Bei Fortsetzung der Behandlung nach dem Klärungsprozess stellt die Rezidivprophylaxe einen Schwerpunkt der weiteren Behandlung dar. Insbesondere vor geplanten Heimfahrten wird die Möglichkeit eines Rückfalls von therapeutischer Seite aus angesprochen. Gefährdungs- und Belastungssituationen werden erneut benannt und der Rehabilitand wird dazu angeleitet, die zum rückfälligen Trinken entworfenen alternativen Verhaltensweisen zu erproben. Ferner werden mit dem Rehabilitanden Bewältigungsstrategien erarbeitet, mit denen er im Falle eines dennoch eingetretenen Rückfalls zu dessen Beginn (nach dem "ersten Schluck") einen Übergang in das sogenannte "Abstinenzverletzungssyndrom" (Gefühl, versagt zu haben, Schuld- und Schamgefühle mit nachfolgend verstärktem Trinken) verhindern kann.

Das Thema Rückfall und Rückfallgefährdung wird grundsätzlich in die Rehabilitation einbezogen, z.B. als Teil der psychoedukativen Therapieeinheiten (siehe auch Kapitel 4.7.9). Bei eingetretenem Rezidiv jedoch stellt es einen besonderen Schwerpunkt innerhalb der individuellen Rehabilitationsplanung dar.

Die Alkohol- (und Drogen)freiheit wird durch stichprobenartig durchgeführte Atemalkoholkontrollen, sowie Urin- und Blutkontrollen (Drogenscreening, Medikamentenscreening, ETG-Bestimmung, CDT-Bestimmung) überprüft. Mit der in der Fachklinik (weitgehend) realisierten Alkohol- (und Drogen)freiheit bietet sie auch einen gewissen Schutz- und Schonraum, der - insbesondere zu Beginn der Behandlung – auch von etlichen Rehabilitanden benötigt wird, um eine persönliche Alkohol- (und Drogen)karenz zu realisieren und aufrecht zu erhalten. Insofern stellt diese kontrollieren-

de Maßnahme eine Bedingung her, die das Erreichen von darüber hinaus gehenden Rehabilitationszielen überhaupt erst möglich macht.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommt der Gesundheits- und Krankenpflege eine ergänzende und unterstützende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu, zumal die Mitarbeitenden dieser Berufsgruppe für zahlreiche Anliegen der Rehabilitanden erste Ansprechpartner sind und sie bei der gesundheitlichen Beratung, dem Gesundheitstraining sowie der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen umfassend mitwirken.

Im Einzelnen gehören zu den Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege u.a.:

- medizinisch-pflegerische Anamnese bei Aufnahme, Begleitung des Rehabilitanden auf das Zimmer, Kontrolle des mitgebrachten Eigentums
- Ansprechpartner für Rehabilitanden mit medizinischen Fragen und körperlichen Beschwerden, ggf. Vermittlung zur Arztsprechstunde
- Erste Hilfe bei medizinischen Notfällen, ggf. in Rücksprache mit Klinikarzt
- ggf. auch erster Ansprechpartner zur Krisenintervention
- Leitung des Frühstücks und Abendessens mit orientierender Anwesenheitskontrolle
- Kontrolle der Medikation, Vorbereitung und Durchführung der Medikamentenausgabe
- Behandlungspflege (z.B. Verbände, Einreibungen, Inhalationen, Bäder, Mikrowellenbehandlung, Injektionen)
- Anleitung der Rehabilitanden zur Nutzung von Biofeedback und Massageliege
- Blutdruck- und Gewichtskontrollen
- Führen der medizinischen Akten (Ablage, Verordnungen, Medikation usw.) und Dokumentation der durchgeführten Maßnahmen
- Ausarbeitung und ggf. Durchführung der ärztlichen Anordnungen
- Organisation der Arzttermine sowie ggf. der dazugehörigen Transporte
- Labortätigkeit (Blutentnahme, Auswertung der Urinproben, Atemluftkontrollen)

Das Team der Mitarbeitenden in der Gesundheits- und Krankenpflege ist an Werktagen als rotierendes Schichtsystem mit Früh-, Mittags- und Abendschicht organisiert. Am Wochenende wird - ergänzend zu einem therapeutischen Tagesdienst - eine Abendschicht vorgehalten. Eine Nachtrufbereitschaft ist unabhängig vom rotierenden Schichtsystem installiert.

Die beschriebene Organisationsform führt an Werktagen zu einer durchgehenden Präsenz für die Anliegen der Rehabilitanden. Durch gemeinsame Übergabezeiten ist die notwendige Informationsvermittlung innerhalb des Teams der Gesundheits- und Krankenpflege gewährleistet. Darüber fließen relevante Informationen durch die Teilnahme an den täglichen Teambesprechungen auch zeitnah ins therapeutische Gesamtteam.

4.7.13 Weitere Leistungen

Um den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, sind in der Regel im Anschluss an die Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich. Während der Rehabilitation werden Indikation und Notwendigkeit weiterer Maßnahmen geklärt und die individuell erforderliche Leistung schließlich vorbereitet und beantragt. Des Weiteren trägt der Bezugstherapeut dafür Sorge, dass ein nahtloser Übergang zur nachfolgenden Leistung erreicht wird. Neben den in diesem Zusammenhang nötigen logistischen Erfordernissen ist im Vorfeld therapeutischerseits häufig auch erst eine Motivation der Rehabilitanden zur Inanspruchnahme solcher Maßnahmen zu fördern. Die Indikation zur Durchführung weiterer Leistungen ergibt sich einerseits aus dem Rehabilitationsverlauf sowie andererseits aus den gegen Ende der Rehabilitation noch offen gebliebenen Rehabilitationszielen.

Grundsätzlich kommt die Durchführung folgender weiterer Leistungen im Anschluss an die Rehabilitation in Frage:

- Adaptionsmaßnahme (z.B. für Rehabilitanden, deren Chancen einer beruflichen Reintegration durch Langzeitarbeitslosigkeit und andere Hemmnisse eingeschränkt sind und die bei der beruflichen Reintegration und bei der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft noch vorübergehende Unterstützung und schützende Rahmenbedingungen benötigen)
- Ambulante Weiterbehandlung (z.B. für Rehabilitanden, die die Mehrzahl der Rehabilitationsziele noch nicht erreichen konnten wenn zugleich die Aussicht besteht, dass die Ziele durch Inanspruchnahme der Ambulanten Weiterbehandlung noch erreicht werden können)
- Ambulante Nachsorge im Sinne der ARS nachstationär (z.B. zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges unter den Bedingungen des Lebensalltags für Rehabilitanden, die die Mehrheit der Rehabilitationsziele während der stationären Maßnahme erreichen konnten)
- Niedrigschwellige Ambulante Nachsorge (z.B. für Rehabilitanden, in deren Wohnregion eine ARS nachstationär nicht vorgehalten wird)
- Ambulant betreutes Wohnen und andere soziotherapeutische Leistungen (z.B. für Rehabilitanden, für die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft die vorgenannten Maßnahmen nicht ausreichen und die insbesondere einer aufsuchenden Betreuung oder sogar einer längerfristigen stationären Wohnform bedürfen)
- Stufenweise Wiedereingliederung (z.B. für Rehabilitanden mit vorhandenem Arbeitsplatz und noch vorübergehend bestehender Arbeitsunfähigkeit)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (z.B. für Rehabilitanden, die bei vorhandenem Arbeitsplatz aus gesundheitlichen Gründen ihre letzte Tätigkeit nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausüben können)

Die Stufenweise Wiedereingliederung wird – bei Einverständnis des Rehabilitanden sowie dessen Arbeitgeber - vor Ende der Rehabilitation mit einem entsprechenden Stufenplan ärztlicherseits eingeleitet. Liegen die Voraussetzungen zur Überprüfung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben vor, wird noch während der Rehabilitation die Inanspruchnahme eines Erstgesprächs mit dem regional zuständigen Reha-Fachberater der Rentenversicherung angestrebt. Grundlage der Beratung ist die vorläufige sozialmedizinische Einschätzung, die dem Rehabilitanden in Schriftform vor dem Beratungsgespräch mitgegeben wird.

4.7.13 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Gemäß der oben beschriebenen Rehabilitationsplanung (siehe Kapitel 4.5) dient die Entlassungsphase innerhalb der Rehabilitation der Vorbereitung auf die nachstationären Lebens- und Alltagsbedingungen des Rehabilitanden. Die Einleitung der hierbei unterstützend wirkenden nachstationären Leistungen wurde bereits beschrieben (siehe Kapitel 4.7.12).

Ergänzend zu den vorbeschriebenen formalen Leistungen werden den Rehabilitanden in der Entlassungsphase weitere informelle Maßnahmen als Hilfe und Unterstützung angeboten, bzw. empfohlen. Bei noch nicht vorhandenen Kontakten zu einer Selbsthilfegruppe werden die Rehabilitanden motiviert, entsprechende Kontakte möglichst noch während der Rehabilitation aufzunehmen. Idealerweise erfolgt bereits ein erster Besuch einer wohnortnahen Selbsthilfegruppe während einer Heimfahrt gegen Ende der Rehabilitation.

Darüber hinaus werden alle Rehabilitanden bereits bei der Entlassung (und nachfolgend nochmals postalisch) zu einem alljährlich stattfindenden Begegnungstag der Fachklinik eingeladen. Bei entsprechendem Wunsch erhalten die Rehabilitanden darüber hinaus zweimal jährlich das sog. „Mitteilungsheft“ der Fachklinik. Hierin sind einerseits Informationen über besondere Ereignisse der Fachklinik sowie andererseits Erfahrungsberichte von ehemaligen Rehabilitanden oder deren Angehörigen enthalten. Nicht zuletzt wird den Rehabilitanden bei Entlassung angeboten, auch eigeninitiativ den Kontakt zur Fachklinik durch gelegentliche Besuche, Telefonate oder Korrespondenz aufrecht zu erhalten. Diese Maßnahmen haben zum Ziel, das gewachsene Vertrauensverhältnis zur Einrichtung, bzw. zum Behandlungsteam auch prospektiv zur psychosozialen Stabilisierung zu nutzen. Erfahrungsgemäß können auch gelegentliche Kontakte und sporadische Impulse (wie z.B. ein zweimal jährlich zugesandtes Mitteilungsheft der Fachklinik) dazu beitragen, dass positive Erfahrungen einer Rehabilitationsmaßnahme lebendig und wach gehalten werden und somit nachhaltig wirken.

Die formalen Abläufe der Entlassung entsprechen den einschlägigen Vorgaben der Rehabilitationsträger:

- Unmittelbar vor der Entlassung erfolgt eine ärztliche Abschlussuntersuchung, bei der das Rehabilitationsergebnis (aus medizinischer Sicht) zusammenfassend festgestellt wird.
- Der Entlassungsbericht wird nach den Vorgaben der DRV gemäß des „Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung“ unter ärztlicher Leitung innerhalb einer Woche (nach Entlassung) erstellt.
- Die Beendigungskriterien entsprechen den Darstellungen in Kapitel 4.4.
- Es werden unterschiedliche Entlassungsformen differenziert. Vorzeitige Entlassungen können ärztlich veranlasst, mit oder ohne ärztliches Einverständnis erfolgen. Die ärztlich festgelegte Entlassungsform richtet sich nach den gültigen Definitionen der DRV.

5. Personelle Ausstattung

Das für die Umsetzung des abgestimmten Rehabilitationskonzeptes notwendige Personal ist zwischen dem Träger der Einrichtung und dem federführenden Leistungsträger vereinbart. Aus dem Personalstandsplan ist die abgestimmte Zuordnung der Mitarbeitenden zu den Funktionen erkennbar. Die im Personalplan vereinbarte personelle Mindestbesetzung wird eingehalten. Der Personalstand wird den Leistungsträgern regelmäßig vorgelegt und überprüft.

Der aktuelle Personalstandsplan benennt alle Mitarbeitenden im medizinisch-therapeutischen Bereich inklusive des Beginns ihrer Tätigkeit innerhalb der Einrichtung und der Funktion, in welcher sie eingesetzt sind. Nachweise über die berufliche Qualifikation und Praxis der Mitarbeitenden werden dem (federführenden) Rehabilitationsträger vorgelegt.

Eine orientierende Übersicht über den vereinbarten Personalstand gibt die nachfolgende Tabelle. Der Übersichtlichkeit halber wurde dabei auf eine Differenzierung zwischen vollstationärer und ganztägig ambulanter Rehabilitation verzichtet. Somit beziehen sich die Kennzahlen auf 38 Rehabilitanden.

Berufsgruppen	**Stellenanteil (gerundet)**
Ärzte	1,3
Dipl.-Psychologen	1,3
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagogen	3,5
Gesundheits- und Krankenpfleger	2,9
Dipl.-Sportlehrer/in (+ Physiotherapeut als externe Dienstleistung)	0,7 (+ 0,3)
Ergo- und Arbeitstherapeuten (inkl. Hauswirtschaft und Ernährungsberatung) sowie Haustechnik und -reinigung	5,0 0,4
Verwaltungskräfte	2,5
Bundesfreiwilligendienste	2,0
Sonderdienste (z.B. Supervision)	0,1

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Einrichtung verfügt über 21 Doppel- und 13 Einzelzimmer. Alle Zimmer sind mit angegliedertem Sanitärbereich (Dusche, WC) individuell ausgestattet und weisen eine durchschnittliche Größe von 21 m^2 auf. Einige Einzelzimmer sind so ausgestattet, dass dort bei Bedarf (z.B. bei Wochenendbesuchen, Ehe- und Angehörigenseminaren) auch die nächsten Angehörigen des Rehabilitanden zusätzlich untergebracht werden können.

Neben den Funktionsräumen (Küche, Speisesaal, Hauswirtschaft, haustechnische Werkstatt, Werk- und Büroräume der Ergotherapie, Töpferei, PC-Übungsraum, physikalische Therapie, Untersuchungs- und Behandlungsräume der medizinischen Abteilung, Übungsraum für berufliches Training, Büros für Mitarbeitende in Verwaltung und Therapie, Mitarbeiterbesprechungsraum) stehen fünf große Aufenthaltsräume (mit bis zu 50 m^2) und ein Mehrzwecksaal (110 m^2) für therapeutische Veranstaltungen und Freizeitaktivitäten zur Verfügung. Für die Freizeitgestaltung werden des Weiteren ein „Raum der Stille“, eine Sauna, ein Fitnessraum sowie ein Billard- und Tischkickerraum vorgehalten. Darüber hinaus können Rehabilitanden und ihre Gäste die klinikeigene Cafeteria benutzen.

Das Gebäude der Klinik weist eine Grundfläche von ca. 500 m^2 auf und verteilt sich auf 5 Etagen in einer Hanglage mit einer Gesamtnutzungsfläche von ca. 2.500 m^2. Im Erdgeschoss befinden sich die Verwaltung, Räume der Medizinischen Abteilung sowie ein Großteil der Büros der Mitarbeitenden. Das Untergeschoss besteht aus Speisesaal, Küche, Cafeteria, Ergotherapie und etlichen Funktionsräumen. Im Kellergeschoss sind hauswirtschaftliche und haustechnische Funktionsräume sowie Räume der Freizeitgestaltung untergebracht. Erstes und zweites Obergeschoss bestehen im Wesentlichen aus den Einzel- und Doppelzimmern sowie einigen Aufenthaltsräumen. Dem Klinikgebäude angegliedert ist eine Dienstwohnung mit separatem Eingang, in der die „Hauseltern“ (siehe auch Kapitel 4.7.7) wohnen.

Der Klinik zugehörig ist ein 15.000 m^2 großer Garten, der sowohl Nutz- als auch Freizeitflächen aufweist. Zum Gartenbereich gehören zwei Gewächshäuser (200 und 150 m^2), ein Folientunnel (200 m^2), eine Holzwerkstatt, eine große Voliere, Maschinen- und Lagerräume sowie weitere Büro- und Funktionsräume für Arbeitstherapeuten und Rehabilitanden. Des Weiteren werden 7 Boxen zur artgerechten Unterbringung von Hunden vorgehalten. Für die Freizeitgestaltung stehen eine Grillhütte, ein Outdoor-Volleyballfeld, eine große Rasenfläche fürs Bogenschießen, eine Minigolfanlage sowie ein Schachfeld und Boulebahnen zur Verfügung.

Der Haupteingang ist barrierefrei. Innerhalb der Einrichtung besteht allerdings keine vollständige Barrierefreiheit, da die im Verlauf der Klinikgeschichte durchgeführten Anbauten auf manchen Etagen Niveauunterschiede aufweisen, die jeweils durch Stufen ausgeglichen wurden. Ein Personenaufzug verbindet 4 der 5 Etagen (Kellergeschoss bis 1. Obergeschoss).

Ein Grundriss des Gebäudes ist den Anlagen (Kapitel 13) zu entnehmen.

7. Kooperation und Vernetzung

Kooperationen im medizinischen Bereich wurden bereits dargestellt (siehe Kapitel 4.7.3)

Im Folgenden wird die für die gemeindenahe Rehabilitation von Abhängigkeitskranken erforderliche Kooperation und Vernetzung mit den regionalen Akteuren der Suchthilfe dargestellt.

Kooperationsverträge zur Durchführung ambulant/stationärer Kombinationsbehandlungen bestehen mit:

- Caritas Suchthilfe des Oberbergischen Kreises
- Fachstelle für Suchtberatung und ambulante Behandlung, Blaues Kreuz Köln

Eine bewährte Zusammenarbeit besteht darüber hinaus mit folgenden Partnern der Suchthilfe und des sozialen Hilfesystems der Region:

- Suchtberatungs- und psychosoziale Behandlungsstellen (Oberbergischer Kreis, Rheinisch-Bergischer Kreis, Wuppertal, Remscheid, Solingen, Schwelm, Ennepetal, Hagen, Köln, südöstliches Ruhrgebiet)
- Adaptionseinrichtungen (z.B. in Duisburg, Köln, Bad Salzuflen)
- Soziotherapeutische Wohnheime und Ambulant Betreutes Wohnen (Oberbergischer Kreis, Wuppertal, Remscheid)
- Selbsthilfegruppen der verschiedenen Verbände (z.B. auch Vorstellung verschiedener Selbsthilfegruppen der Region im Rahmen von Infoabenden wie unter 4.7.9 dargestellt)
- Gesundheitsämter (Gummersbach, Wipperfürth, Remscheid, Ennepetal, Hagen)
- Arbeitsagenturen (Radevormwald, Remscheid, Wipperfürth, Bergisch-Gladbach, Schwelm, Hagen)
- Betriebliche Suchtkrankenhilfe

Im Verbund des Blauen Kreuzes besteht darüber hinaus auch eine bundesweite Vernetzung mit verbandseigenen Beratungsstellen und Begegnungsgruppen.

Die Fachklinik arbeitet seit vielen Jahren in diversen regionalen Gremien und Fachgruppen mit und bemüht sich auf diese Weise, die regionale Vernetzung von Hilfs- und Informationsangeboten, sowie von fachspezifisch erforderlicher Zusammenarbeit zu fördern. Klinikleitung und Mitarbeitende nehmen regelmäßig an folgenden Gremien teil:

- Arbeitskreis der NRW-Kliniken des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“)
- Qualitätszirkel „Akutversorgung“ (innerhalb des „buss“)
- Qualitätszirkel „Tageskliniken“ (innerhalb des „buss“)
- Arbeitskreis Sucht des Diakonischen Werkes des Kirchenkreises Remscheid-Lennep
- Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft des Oberbergischen Kreises
- Gemeindepsychiatrischer Verbund im Oberbergischen Kreis (in beratender Mitgliedschaft)

Kooperation und Vernetzung

- Konferenz der Diakonischen Einrichtungen im Evangelischen Kirchenkreis Lennep (Remscheid)
- Mitarbeit im Vorstand des Evangelischen Fachverbandes Sucht Rheinland Westfalen-Lippe

Die Fachklinik ist Mitglied im Bundesverband der stationären Suchtkrankenhilfe e.V. („buss“) sowie über den Träger im Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. (GVS).

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Fachklinik nimmt seit dessen Einführung am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung teil und zeigt Bereitschaft, an dessen Weiterentwicklung mitzuwirken. Das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglichen eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

Seit Februar 2011 ist die Fachklinik nach DIN-ISO- und DEGEMED-Standards BAR-anerkannt zertifiziert. Wichtige Prozesse sind in ihren Abläufen beschrieben und festgelegt. Alle Dokumente werden gelenkt. Qualitätsrelevante Verbesserungsmaßnahmen sowie Korrektur- und Vorbeugemaßnahmen werden kontinuierlich und systematisch in einer Maßnahmeplanung in Bezug auf den Status der Umsetzung und die überprüfte Wirksamkeit verfolgt. Fortlaufende interne und externe Audits gewähren die Fortschreibung der Qualitätsoptimierungen.

Die Fachklinik führt eine Basisdokumentation nach den Anforderungen des Deutschen Kerndatensatzes durch und stellt die Erhebungen zur bundesweiten Auswertung der Deutschen Suchthilfestatistik zur Verfügung. Darüber hinaus führt sie Katamneseerhebungen nach den einschlägigen Standards des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) durch.

Einrichtungsinterne Rehabilitandenbefragungen werden (ebenfalls) nach den Standards des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe („buss“) durchgeführt und dem Bundesverband zur vergleichenden Auswertung (Benchmarking) zur Verfügung gestellt.

Bezüglich der Erstellung des Entlassungsberichts nach vorgegebenen Qualitätsstandards siehe unter 4.7.13.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Klinikleitung besteht aus dem Klinikleiter, der Psychologin als stellvertretende Klinikleitung und dem Verwaltungsleiter. Das Klinikleitungsteam tagt in monatlichem Rhythmus zur Besprechung leitungsrelevanter Fragen und bei aktuellem Bedarf. Die Struktur des Leitungsteams sowie dessen Aufgaben und Kompetenzen sind in einer entsprechenden Verfahrensanweisung klar definiert.

Das Behandlungsteam führt werktags täglich für 25 Minuten eine morgendliche Teambesprechung durch. Hier werden tagesrelevante Informationen weitergegeben und organisatorische Fragen besprochen. Des Weiteren werden aktuelle Informationen über Rehabilitanden ausgetauscht und hieraus resultierende Fragestellungen erörtert. Dokumentiert werden die Inhalte der Teambesprechung in einem elektronischen Dienstbuch.

Alle Mitarbeitenden verfügen über einen eigenen PC-Arbeitsplatz und haben einen Internet-Zugang. Verlaufsdokumentationen zu Rehabilitanden werden innerhalb einer Kliniksoftware durchgeführt, zu der jeder Mitarbeitende (mit unterschiedlichen Rechten) Zugang hat. Tagesaktuell wichtige Informationen werden – wie auch die Inhalte der Teambesprechungen – in das elektronische Dienstbuch eingetragen. Die Kommunikation der Mitarbeitenden untereinander erfolgt – neben der Möglichkeit des Telefonates oder des unmittelbaren Gesprächs - via Intranet-Mitteilungen.

Neben den täglichen Teambesprechungen erfolgt ca. einmal monatlich ein QM-Zirkel des Gesamtteams. Hier werden übergeordnete qualitätsrelevante Themen besprochen. U.a. fließen die bei der Beschwerdestelle eingegangenen Anliegen der Rehabilitanden in die Besprechung ein und die Klinikleitung informiert über Ergebnisse der Leitungsteambesprechungen. Ggf. werden Maßnahmen eingeleitet, die in der Maßnahmeplanung weiter verfolgt werden. Die Ergebnisse werden protokolliert und stehen jedem Mitarbeitenden elektronisch zur Einsicht zur Verfügung.

Weitere Besprechungen finden in unterschiedlicher Frequenz innerhalb des Teams der Bezugstherapeuten, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Ergo- und Arbeitstherapie statt. Projektbezogen werden bei Bedarf zu einzelnen Maßnahmen auch unterschiedlich zusammengesetzte Arbeitsgruppen gebildet.

Einmal wöchentlich erfolgen 90-minütige Fallkonferenzen unter Verantwortung und Supervision des ärztlichen Leiters (siehe auch unter Kapitel 4.5). Hier werden durch das multiprofessionelle Behandlungsteam Informationen zu den Rehabilitanden zusammengetragen, Behandlungsverläufe reflektiert und fallbezogene Fragestellungen erörtert, um daraus Entscheidungen für die individuelle Behandlungsplanung sowie notwendige und hilfreiche therapeutische Interventionen abzuleiten. Die Ergebnisse der Fallkonferenzen werden protokolliert.

Jeder Mitarbeitende verpflichtet sich zu Beginn seines Arbeitsverhältnisses zur Einhaltung der Schweigepflicht sowie zur Beachtung der einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften. In angemessener Wiederholung und bei aktuellem Bedarf werden die einzuhaltenden Regeln und Vorschriften in Form von Unterweisungen erneut ins Bewusstsein gehoben.

10. Notfallmanagement

Die Zimmer der Rehabilitanden sind mit einem Notruftelefon ausgestattet, mit dem jederzeit Hilfe angefordert werden kann. Nachts (22 Uhr bis 6:45 Uhr) ist die Telefonanlage auf die Dienstwohnung der Klinik umgeschaltet, in der der Mitarbeitende der Nachtrufbereitschaft nächtigt und unmittelbar auf Hilfebedarf reagieren kann. Tagsüber (6:45 Uhr bis 22 Uhr) erreicht der Notruf den Mitarbeitenden im zentralen Empfangsbereich der Klinik, bzw. (bei nicht besetztem Empfang) den diensthabenden Mitarbeitenden der Gesundheits- und Krankenpflege (siehe auch Kapitel 4.7.12). Am Wochenende ist tagsüber der dienstplanmäßig eingeteilte therapeutische Mitarbeiter (sog. Tagesdienst) anwesend und erreichbar, abends ist wieder eine Mitarbeitende der Gesundheits- und Krankenpflege präsent.

Alle Mitarbeitenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den Tagesdiensten werden fortlaufend in Erster Hilfe geschult. Für medizinische Notfälle mit Herz-Kreislaufstillstand steht ein automatischer Defibrillator (AED) zur Verfügung, der zentral und leicht zugänglich in der Klinik deponiert ist. Alle Mitarbeitenden in der Gesundheits- und Krankenpflege und in den Tagesdiensten werden regelmäßig im Gebrauch des AED unterwiesen.

Darüber hinaus enthält der Koffer des AED einschlägige Notfallmaterialien und -medikamente, die von den Klinikärzten eingesetzt werden können. Der Kooperationsvertrag mit dem benachbarten örtlichen Krankenhaus (1 km entfernt) beinhaltet die Option, Patienten der Fachklinik jederzeit dort notfallmäßig vorstellen, bzw. verlegen zu können.

Im Klinikgebäude sind die geltenden Brandschutzbestimmungen umgesetzt. Neue Anforderungen an den Brandschutz werden zeitnah umgesetzt. Es existiert ein Fluchtwegeplan. Fluchtwege sind den Anforderungen entsprechend markiert und werden frei gehalten. Das Gebäude ist den Anforderungen entsprechend mit Rauchmeldern und Feuerlöschern ausgestattet. Die Mitarbeitenden werden regelmäßig zum Thema Brandschutz unterwiesen.

Das Vorgehen in Krisensituationen ist als Prozess beschrieben und im zentralen Qualitätshandbuch hinterlegt. Als zusätzliche Hilfe ist ein Krisenplan erstellt worden, der den Umgang mit hochgradig bedrohlichen Situationen (z.B. Brand, Amoklauf, Naturkatastrophen) regelt. Dieser Plan ist an mehreren zentralen Zugängen hinterlegt, so dass er für Mitarbeitende im Notfall schnell zur Verfügung steht. Dabei ist auch geregelt, welche Personen/Institutionen in welchen Fällen unmittelbar einzubeziehen sind.

11. Fortbildung

Regelmäßige Fortbildung der Mitarbeitenden ist zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der professionellen Kompetenz unerlässlich und stellt eine qualitätssichernde und –fördernde Maßname dar. Darüber hinaus stellt die Gewährung von Fortbildungen auch ein probates Mittel der Leitung zur individuellen Förderung und zur Wertschätzung der Mitarbeitenden dar.

Eine besondere Bedeutung haben Fortbildungen bei der Entwicklung, Vorbereitung und Umsetzung neuer konzeptioneller Angebote sowie bei veränderten Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtungen seitens der Rehabilitationsträger.

Der Fortbildungsbedarf der Mitarbeitenden wird individuell in den jährlich erfolgenden Mitarbeiterentwicklungsgesprächen ermittelt. Dabei gehen in die Fortbildungsplanung sowohl die Wünsche der Mitarbeitenden als auch die Interessen der Klinik ein. Die Zufriedenheit mit der in Anspruch genommenen Fortbildung und insbesondere der Nutzen für die konkrete klinische Tätigkeit der Mitarbeitenden werden ebenso in den Mitarbeiterentwicklungsgesprächen erfragt.

12. Supervision

Supervision dient der Reflexion und Verbesserung des professionellen Handelns und ist als qualitätssichernde und –fördernde Beratung in Rehabilitationseinrichtungen Abhängigkeitskranker unerlässlich.

Interne Fallsupervision erfolgt regelmäßig und kontinuierlich durch den leitenden Arzt in den täglichen Teambesprechungen und vorrangig in den wöchentlich statt findenden Fallkonferenzen (siehe hierzu auch Kapitel 9).

Die externe Supervision beinhaltet Fall- und Teamsupervision. Teamsupervision zielt dabei auf Verbesserung der Kommunikationsprozesse in der Rehabilitationseinrichtung und befasst sich mit Rollenverhalten und Zusammenarbeit im Rehabilitationsteam.

Externe Supervision erfolgt an 10 Terminen im Jahr für jeweils 120 Minuten. Die Qualifikation des Supervisors ist durch entsprechenden Nachweis belegt und vom federführenden Rehabilitationsträger anerkannt. Für alle Mitarbeitenden in der Fachklinik ist intern festgelegt, wer zur Teilnahme verpflichtet ist und für wen die Supervision ein freiwilliges Angebot darstellt. Einmal jährlich gibt der Supervisor der Klinikleitung einen zusammenfassenden Bericht über den zurückliegenden Supervisionsprozess.

Bei Bedarf können für einzelne Mitarbeitende oder auch für kleinere Teams zusätzliche Supervisionsstunden vereinbart werden.

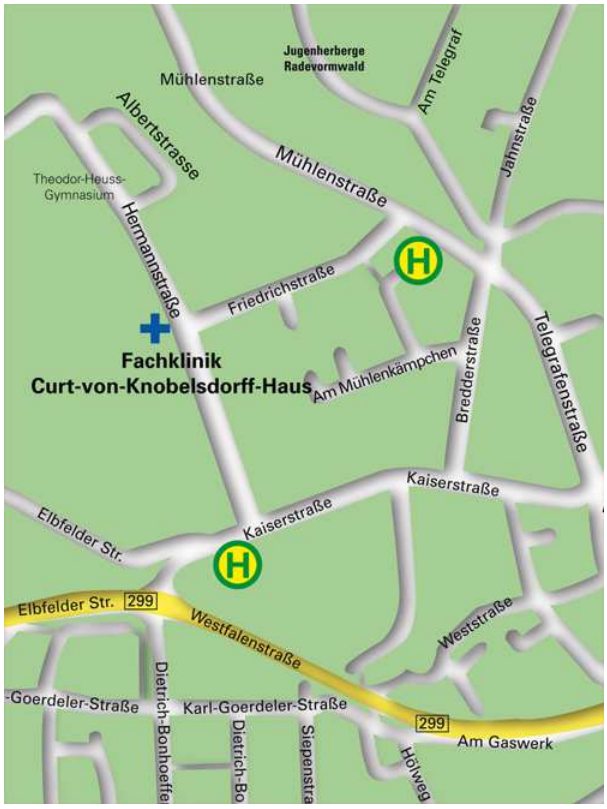
13. Anlagen

- Wegbeschreibung
- Haus- und Therapieordnung
- Gebäudegrundriss
- Behandlungsvertrag
- Wochenplan stationäre Rehabilitation
- Wochenplan ganztägig ambulante Rehabilitation

Wegbeschreibung:

Für Bahnreisende:

- Vom Bahnhof Wuppertal-Oberbarmen mit Buslinie 626 bis Haltestelle Hermannstraße bzw. Turnhalle, von dort 2 Min Fußweg.
- Vom Bahnhof Remscheid-Lennep mit Buslinie 671 bis Haltestelle Hermannstraße, von dort 2 Min. Fußweg.



Für Autofahrer:

- Von der A1 Dortmund-Leverkusen kommend Ausfahrt Remscheid, links auf die B229 Richtung Radevormwald, ca. 2 km nach Ortsbeginn Hinweisschild folgend.
- Von der A45 kommend Ausfahrt Meinerzhagen, auf der B54 und B229 über Kierspe und Halver, Richtung Radevormwald bis Stadtmitte, dann dem Hinweisschild folgend.

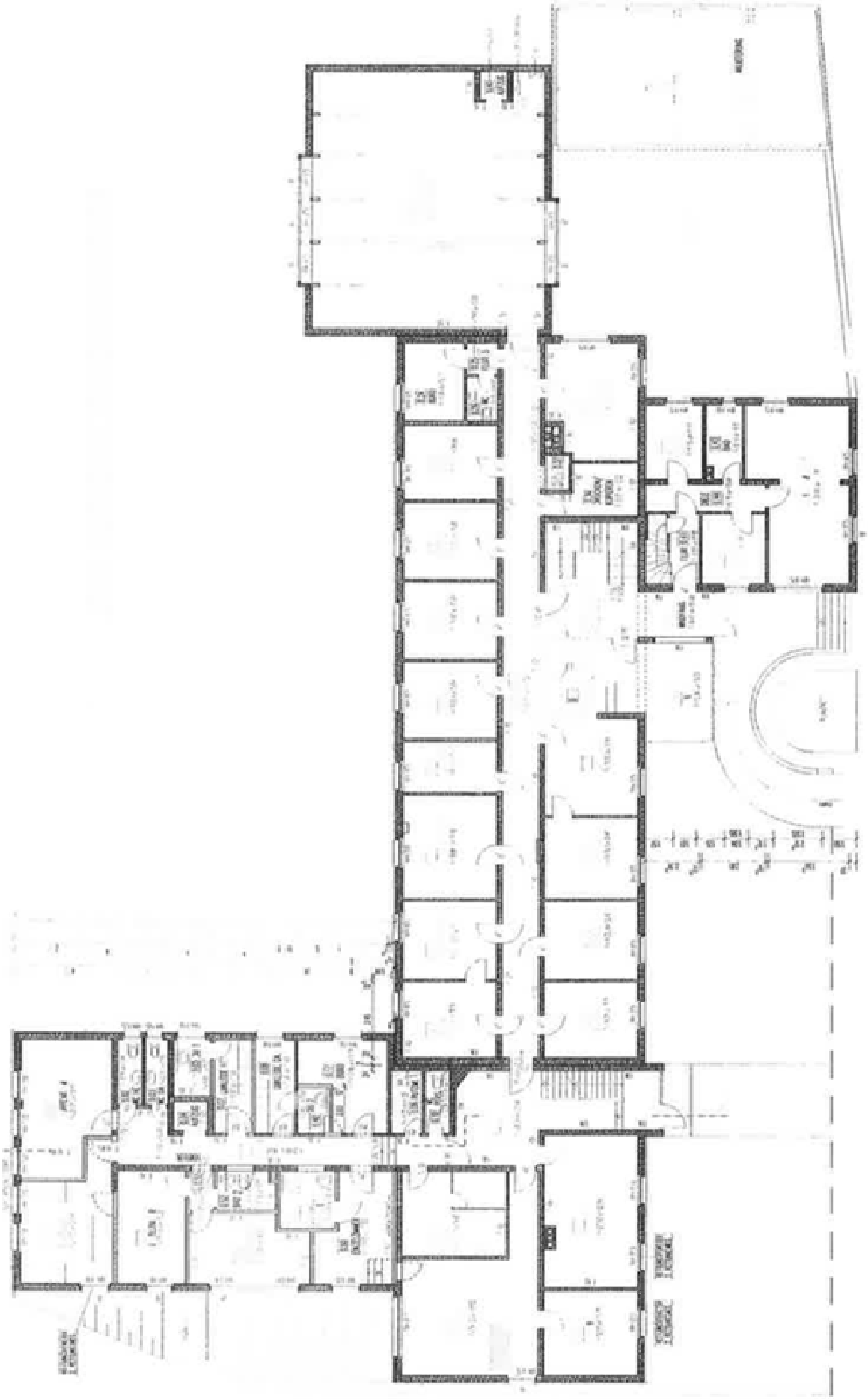
Haus- und Therapieordnung:

Die Haus- und Therapieordnung wird laufend und zeitnah aktualisiert. Die aktuell geltende Fassung kann auf der Homepage der Fachklinik unter dem Menüpunkt „Hausordnung“ eingesehen werden:

http://www.curt-von-knobelsdorff-haus.de/seiten/2_das-haus_hausordnung.html

Anlagen

Gebäudegrundriss:



Fachklinik
Curt-von-Knobelsdorff-Haus
Blaues Kreuz Diakoniewerk mildtätige GmbH

Behandlungsvertrag

Name des Rehabilitanden: _____

Zwischen der Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus und dem oben genannten Rehabilitanden wird folgender Behandlungsvertrag geschlossen:

1. Die Fachklinik bietet dem Rehabilitanden die notwendigen und geeigneten Behandlungsmaßnahmen an, mit denen er die gemeinsam zu besprechenden Behandlungsziele erreichen kann. Dabei verpflichten sich die Mitarbeitenden der Fachklinik, dem Rehabilitanden ihre Erfahrungen und Fähigkeiten zukommen zu lassen und ihm Entscheidungen, die ihn betreffen, zu begründen.

2. Voraussetzung für die Behandlung ist die Vorlage einer gültigen Kostenzusage durch den zuständigen Leistungsträger. Die Behandlung erfolgt auf Grundlage des mit dem Leistungsträger abgestimmten Behandlungskonzeptes.

3. Der Rehabilitand wird nur dann im Curt-von-Knobelsdorff-Haus aufgenommen, wenn er körperlich entgiftet ist und seit der Entgiftung keinen Alkohol mehr getrunken hat.

4. Der Rehabilitand ist bereit, sich **freiwillig** einer Alkohol-Entwöhnungsbehandlung zu unterziehen und er wird an allen therapeutischen Maßnahmen teilnehmen. Er weiß und erkennt an, dass von ihm **aktive Mitarbeit** gefordert wird, und dass eine zu starke Zurückhaltung eine vorzeitige Behandlungs-Beendigung gemäß §§ 60 ff SGB I durch seinen Kostenträger zur Folge haben kann.

5. Die **Haus- und Therapieordnung** des Curt-von-Knobelsdorff-Hauses sowie die dazugehörenden Anmerkungen und Zusatzinformationen sind verbindlich.

6. Das **Rauchen** ist tagsüber nur im Innenhofbereich gestattet. Ab 22 Uhr steht der Raucherraum zur Verfügung. Rauchen innerhalb des Klinikgeländes (mit Ausnahme des Raucherraums) kann zur sofortigen Entlassung führen.

Fachklinik
Curt-von-Knobelsdorff-Haus
Blaues Kreuz Diakoniewerk mildtätige GmbH

7. Der Rehabilitand bestätigt, dass gegen ihn zur Zeit keine Gerichtsverfahren laufen bzw. zu erwarten sind. (Sollte dies doch der Fall sein, bitte streichen und auf einem Extrabogen genaue Angaben über die Verfahren und Termine machen).

8. Die Fachklinik übernimmt keine Haftung bei Verlust oder Beschädigung von persönlichen Gegenstände (z.B. Wertgegenstände, Bargeld, Dokumente, Fahrrad) des Rehabilitanden, wenn diese nicht von ihm in Verwahrung gegeben wurden.

9. Der Rehabilitand verzichtet auf die Rückgabe der von ihm bei der Aufnahme abgegebenen sowie auf dem Zimmer hinterlassenen persönlichen Gegenstände, wenn sie nicht bei der Entlassung bzw. bis spätestens vier Wochen nach Beendigung der Therapie von ihm zurückgefordert werden. Die Fachklinik haftet nicht für mögliche Schäden, die während des Transportes und der Lagerung dieser persönlichen Gegenstände nach Entlassung entstehen können.

10. Der Rehabilitand ist damit einverstanden, dass sein Vor- und Zuname am Türschild seines Zimmers angebracht wird.

11. Die Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus ist durch entsprechende Gesetze dem Datenschutz verpflichtet. Daten und Angaben werden daher ohne Zustimmung des Betroffenen nicht an Dritte weitergegeben. Die Verwendung von vertraulichen Informationen ist ausschließlich im Rahmen der vereinbarten Arbeitsaufgabe gestattet.
Informationen über Mitpatienten, die in der Behandlungszeit bekannt werden, sind vertraulich und dürfen durch den Rehabilitanden ebenfalls nicht an Dritte weitergegeben werden.

Bitte sorgfältig lesen und bei Unklarheiten oder Verständnisschwierigkeiten den zuständigen Mitarbeitenden vor der Unterzeichnung fragen!

_____, den _____ _____
Ort Datum Unterschrift Rehabilitand

Radevormwald, den _____ _____
Unterschrift Mitarbeiter/in Fachklinik

Wochenplan der Abteilung REHA (vollstationär im C.v.K.-Haus)

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
6.15 Uhr Tagesbeginn					7.45 Uhr Tagesbeginn	
7.00 Uhr Frühstück					**8.30 Uhr Frühstück**	
7.30 - 8.30 Uhr Haus- und Zimmerreinigung und andere Gemeinschaftsdienste						
8.30 - 11.45 Uhr Gruppentherapie	8.30 - 11.45 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie	8.30 - 11.45 Uhr Gruppentherapie	8.30 - 11.45 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie	*8.30 - 9.15 Uhr Hockergymnastik ** 8.30 - 11.00 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie 11.15 - 12.00 Uhr Groß- o. Kleinforum *(im Wechsel)*	*10.00 - 12.00 Uhr* **Sport *** *Wassergymnastik oder Halle/Outdoor*	9.00 - 12.15 Uhr Ausgang . 9.00 - 21.30 Uhr Besuchszeit
11.45 - 12.30 Uhr Haus- und Zimmerreinigung und andere Gemeinschaftsdienste						
12.30 Uhr Mittagessen						
13.00 - 14.00 Uhr Ausgang / Mittagsruhe					13.00 - 18.15 Uhr Ausgang . 13.00 - 21.30 Uhr Besuchszeit	13.00 - 18.15 Uhr Ausgang
14.00 - 14.45 Uhr Unterricht	*14.00 - 15.00 Uhr Nordic-Walken **	**14.00 - 14.45 Uhr Unterricht**	*14.00 - 16.00 Uhr Wassergymnastik **	**14.00 - 15.30 Uhr Unterricht / Lebenskunde (nach Aushang)**		
15.00 - 17.00 Uhr Themengruppen nach Einteilung	14.00 - 17.00 Uhr . Ergotherapie / Arbeitstherapie	15.00 - 17.00 Uhr Themengruppe Freizeitgestaltung <u>oder</u> Themengruppen nach Einteilung	14.00 - 17.00 Uhr . Ergotherapie / Arbeitstherapie 17.15 Uhr Hausreinigung	*15.45 - 17.00 Uhr* **Sport *** *WS + LG - Gruppe (Sporthalle Hermannstr.)*		
17.00 - 18.15 Uhr Ausgang						
18.30 Uhr Abendessen						
ab 19.00 Uhr: ab der 3. Behandlungswoche Ausgang bis 21.30 Uhr (wenn keine Abendveranstaltung)						
*Sport ** *19.30 Uhr WS-Gruppe* *20.30 Uhr LG-Gruppe*		1 x im Monat Info-Abend der Abstinenzverbände (Extra-Aushang)				

***) nach Einteilung**

SR-CvK-06-204

Stand: Dezember 2015

Wochenplan für ganztägig ambulante Rehabilitation im C.v.K.-Haus

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
8.00 Uhr Eintragen in Anwesenheitsliste				
8.30 - 11.45 Uhr Gruppentherapie	8.30 - 11.45 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie	8.30 - 11.45 Uhr Gruppentherapie	8.30 - 11.45 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie	8.30 - 9.15 Uhr Hockergymnastik * 8.30 - 11.00 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie 11.15 - 12.00 Uhr Groß- o. Kleinforum *(im Wechsel)*
11.45 - 12.30 Uhr Hausreinigung und andere Gemeinschaftsdienste				
12.30 Uhr Mittagessen				
13.00 - 14.00 Uhr Ausgang / Mittagsruhe				
14.00 - 14.45 Uhr Unterricht	14.00 - 15.00 Uhr Nordic-Walken *	**14.00 - 14.45 Uhr Unterricht**	14.00 - 16.00 Uhr Wassergymnastik *	*13.15 - 14.00 Uhr* *Reinigung GTA-Räume* **14.00 - 15.30 Uhr Unterricht / Lebenskunde (nach Aushang)**
15.00 - 17.00 Uhr Themengruppen nach Einteilung	14.00 - 17.00 Uhr Ergotherapie / Arbeitstherapie	15.00 - 17.00 Uhr Themengruppe Freizeitgestaltung oder Themengruppen nach Einteilung	14.00 - 17.00 Uhr . Ergotherapie / Arbeitstherapie	*15.45 - 17.00 Uhr* *Sport ** *WS + LG - Gruppe* *(Sporthalle Hermannstr.)*

***) nach Einteilung**

SR-CvK-05-206

Stand: Dezember 2015

Fachklinik Curt-von-Knobelsdorff-Haus

Postfach 1140, 42460 Radevormwald
Hermannstraße 17, 42477 Radevormwald
Tel.: 02195 / 672- 0
Fax: 02195 / 672-199
info@curt-von-knobelsdorff-haus.de
curt-von-knobelsdorff-haus.de

IK: 510 535 938 (Reha-Abtg.)
IK: 260 531 115 (Akut Abtg.)

SR-CvK-05-203