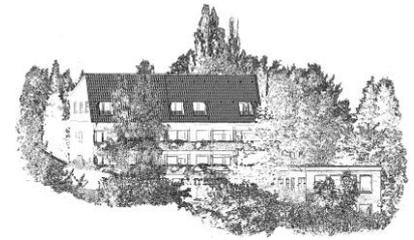


Fachklinik Haus Germerode Eichenweg 7 37290 Meißner-Germerode



Haus Germerode

Fachklinik zur Rehabilitation von
Abhängigkeitserkrankungen
und angrenzenden psychosomati-
schen Störungen



Wissenschaftliches

Konzept

Verfasser: Team der Fachklinik Haus Germerode

Stand: November 2024

Fachklinik Haus Germerode GmbH
Eichenweg 7, 37290 Meißner
Geschäftsführer: Kim Wolfgang Kalk & Valerie Philipp
Registergericht: Amtsgericht Eschwege
HRB: 3444

Telefon: 05657/7404
Telefax: 056577516
hausgermerode@t-online.de

Sparkasse Werra-Meißner
DE10 5225 0030 0000 0540 07
HELADEF1ESW
Fachklinik Haus Germerode GmbH

P:\public\userdics040914\QM Handbuch\Master-Handbuch\Dokumente\gültige, gelenkte Dokumente\74 wissensch. Konzept4.0.docx

Inhaltsverzeichnis

- 0. Vorwort
- 1. Einleitung
- 2. Allgemeines
- 3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
 - 3.1 Geschichte des Hauses
 - 3.2 Besonderheiten der Einrichtung
 - 3.3 Zielgruppen, der aufzunehmende Personenkreis und Behandlungsziele (Indikation)
 - 3.4 Grundstück und Gebäude
- 4. Rehabilitationskonzept
 - 4.1 Theoretische Grundlagen
 - 4.1.1 Einleitung
 - 4.1.2 Epidemiologie
 - 4.1.3 Krankheitsmodelle
 - 4.1.4 Besonders schwerwiegende Krankheitsbilder
 - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen
 - 4.3 Rehabilitationsziele
 - 4.4 Rehabilitationsdauer
 - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung
 - 4.6 Rehabilitationsprogramm
 - 4.7 Rehabilitationselemente
 - 4.7.1 Aufnahmeverfahren
 - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
 - 4.7.2.1 Medizinische und allgemeine psychiatrische Diagnostik einschließlich Sozialmedizin
 - 4.7.2.2 Psychodynamische Diagnostik
 - 4.7.2.3 Psychologische Diagnostik (phänomenologisches Erscheinungsbild, Testdiagnostik, systemische Diagnostik)
 - 4.7.3 Medizinische Therapie
 - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote
 - 4.7.5 Angebote für die berufliche Teilhabe
 - 4.7.5.1 Ergänzungskonzept BORA
 - 4.7.5.2 Arbeitsbezogene Interventionen
 - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
 - 4.7.7 Freizeitangebote
 - 4.7.8 Sozialdienst
 - 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung
 - 4.7.10 Angehörigenarbeit
 - 4.7.11 Paartherapie
 - 4.7.12 Rückfallmanagement
 - 4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege
 - 4.7.14 Weitere Leistungen
 - 4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- 5. Personelle Ausstattung
- 6. Räumliche Gegebenheiten
- 7. Kooperation und Vernetzung

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation
10. Notfallmanagement
11. Fortbildung
12. Supervision
13. Hausordnung / Therapievertrag
14. Literaturliste

1. Einleitung

Unser wissenschaftliches Konzept orientiert sich am bio-psycho-sozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodell der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie es in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurde. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider.

Wichtige Grundlagen für die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind:

- die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001
- das gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.2011
- die BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (Heft 12)
- die Anforderungen des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung nach § 20 Abs. 2 a SGB IX
- der gemeinsame Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, vom 23.09.2011.
- die Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung – stationäre medizinische Reha-Einrichtungen vom Mai 2010

Behandlungskonzepte und Settings

Kernaufgabe unserer Arbeit ist die stationäre Rehabilitation von drogenabhängigen Menschen. Die Hauptbelegung durch die DRV Bund und vielfältige Zuweisungen durch die unterschiedlichen Rentenversicherungsträger und Krankenkassen sind bedingt durch bundesweite Herkunft der Rehabilitanden. So wird in der Regel eine „heimatferne“ Behandlung durchgeführt. Viele Rehabilitanden besitzen jedoch aufgrund ihrer Entwurzelung keinen Lebensmittelpunkt mehr oder sind bei der Rückkehr in das bisherige Umfeld stark rückfallgefährdet, weshalb mit (gegebenenfalls auch ohne) anschließender Adaption und/oder ambulanter Suchtnachsorge häufig eine örtliche Neuorientierung, u. a. auch in der Region unserer Klinik, stattfindet. Wir bieten Krisengespräche für ehemalige Rehabilitanden und Angehörige sowie Auffangbehandlungen bei Rückfälligkeit an.

Stationäre Therapie

Die stationäre Therapie richtet sich an Rehabilitanden aus dem gesamten Bundesgebiet und an diejenigen, deren persönliche und soziale Bedingungen dieses Setting erforderlich machen, wenn über die psychotherapeutische Auseinandersetzung mit der

Abhängigkeit hinaus soziale und berufliche Kontextfaktoren ebenfalls einer Klärung und Veränderung, bzw. Entwicklung bedürfen.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach der Schwere der Erkrankung und kann bis maximal 22 Wochen dauern.

Nach der Festlegung der auf Anamnese, Befunderhebung und Testung gestützten und mit dem Rehabilitanden entwickelten Behandlungsziele, wird auf Grundlage des tiefenpsychologisch-systemischen Ansatzes eine sozial- und psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung durchgeführt. Diese wird gegebenenfalls aufgrund spezifischer Symptomatik (z. B. Angststörungen, Zwänge) durch verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen ergänzt. Außerdem nimmt der Rehabilitand an einer geschlechtsspezifischen Therapiegruppe teil. Im Rahmen eines integrativen Ansatzes werden übende und psychoedukative Therapiebausteine ergänzt, um die Selbstregulationsfähigkeit (Identifikation und Bewältigung von rückfallgefährdenden Krisen, Suchtinformation) und das Salutogeneseverständnis als Grundlage eines gesundheitsbewussten Verhaltens (Psychohygiene, Infektionskrankheiten, Ernährung, Bewegung, Genussfähigkeit) zu fördern.

In der Ergotherapie wird in der ersten Woche ein Assessment durchgeführt, um Fähigkeiten und Defizite zu erheben und geeignete Arbeitsfelder zur Förderung der Fähigkeiten zu bestimmen. Im letzten Drittel der Behandlung können Praxiserprobungsphasen in Form von Praktika und Projektarbeiten durchgeführt werden, um berufliche Belastungserprobungen zu ermöglichen (siehe Ergänzungskonzept BORA). Dies kann im Einzelfall in der Fachklinik Haus Germerode erfolgen, allerdings vorzugsweise in der Therapiephase II (Adaption).

Weiterer Bestandteil der Rehabilitation sind Schulungen im Bereich Sozialkompetenz, und die Teilnahme an selbstorganisierten Themen- und allgemeinen Selbsthilfegruppen, wie Gruppe für Therapiejüngere und -ältere, Befindlichkeitsrunde in der Gemeinschaft, Ethikrat, Selbstorganisation und Kontrolle der Hausdienste und der Freizeitaktivitäten der Rehabilitandengemeinschaft. Außerdem werden ATLS in der Pflege des persönlichen Bereiches geübt. Die Rehabilitanden werden bezüglich ihrer Ansprüche und Pflichten in Verbindung mit dem Bezug von Sozialleistungen, berufsfördernden Leistungen, Leistungen zur Teilhabe, Krankenversicherung, Schuldenregulation, Jugendamt und Justizangelegenheiten beraten bzw. in eine Beratung vermittelt. Die Rehabilitanden werden gefördert, um die notwendigen Schritte zur Erledigung ihrer Angelegenheiten angehen zu können.

Weiterer Bestandteil der Rehabilitationsbehandlung ist die Teilnahme an der Sporttherapie und an der Bewegungs- und Entspannungstherapie in Gruppenbehandlung. Es erfolgen Schulungen in wirbelsäulengerechtem Arbeiten.

Im letzten Drittel der Behandlung wird die weitere Lebensplanung mit Festlegung des zukünftigen Lebensmittelpunktes in Abstimmung mit weiteren Nachsorgemaßnahmen, Möglichkeiten der beruflichen Förderung und einer Adaption individuell ausgearbeitet.

2. Allgemeines

Haus Germerode ist eine Fachklinik zur Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen mit angrenzenden psychosomatischen Störungen.

Name und Anschrift:
Fachklinik Haus Germerode GmbH
Eichenweg 7
37290 Meißner
Tel.: 05651 913390 oder 913391
Fax: 05657 7516
E-Mail: hausgermerode@t-online.de
Internet: www.hausgermerode.de
Institutionskennzeichen: 510 660 145

Der Träger der Einrichtung ist die Fachklinik Haus Germerode GmbH.

Klinikleitung:

Die Klinikleitung wird ausgeführt von der ärztlichen Leitung, Frau Sonja Kühnemuth, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und der Geschäftsleitung, Frau Valerie Philipp.

Stellvertretend für die ärztliche Leiterin ist Herr Detlev Pfender, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Therapeutischer Leiter ist Herr Kim Wolfgang Kalk.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Geschichte des Hauses

Aufgrund der sehr langen Erfahrungen mit der Therapie Drogenabhängiger haben die Gründer der Klinik eine Langzeitentwöhnungseinrichtung für Mehrfachabhängige aufgebaut, die es erlaubt, sehr individuell auf die jeweiligen Schwierigkeiten der Rehabilitanden eingehen zu können, um damit indikativ den geforderten Rehabilitationszielen Abstinenz und (Wieder-) Herstellung der Teilhabefähigkeit im Berufsleben und am Leben in der Gesellschaft Rechnung tragen zu können.

Seitens des therapeutischen Ansatzes kam ein Stufenmodell mit einer Menge an Regelungen „Regeltherapie“ nicht in Frage. Es galt vielmehr, individuell die Ursachen der Erkrankung zu erkennen und diesen ganzheitlich im milieutherapeutischen Ansatz mit Ergo-, Psycho- und Soziotherapie zu begegnen.

Zudem sollte die Einrichtung so überschaubar bleiben, dass jeder Mitarbeiter des therapeutischen Teams persönlich für alle Rehabilitanden als Bezugspartner im therapeutischen Prozess angefragt werden kann und jeder jeden kennen lernen kann.

Da in der Aufbauzeit (1987) keinerlei Unterstützung vom Land Hessen zu erwarten war, wurde eine private Fachklinik konzipiert. So entstanden zunächst 28 (heute 32) Therapieplätze zur Langzeitentwöhnungsbehandlung für drogen- und mehrfachabhängige Frauen und Männer, wobei auch die Möglichkeit besteht, Kinder mit in die Therapie zu nehmen (maximal 3 Plätze). Die Klinik ist für insgesamt 36 Behandlungsplätze konzesioniert.

Aufgrund der spezifischen Qualifikation und langjährigen Erfahrung der Mitarbeiter behandeln wir auch Rehabilitanden, die außer einer Suchtkrankheit noch eine andere

psychische Erkrankung besitzen. Bei diesen Menschen mit Doppeldiagnosen handelt es sich um Rehabilitanden, bei denen neben der Suchterkrankung eine Persönlichkeitsstörung bzw. eine Psychose, die nicht mehr im akuten Stadium ist, oder eine andere, wesentliche behandlungsbedürftige psychische Störung diagnostiziert worden ist. Viele Rehabilitanden suchen deshalb therapeutische Hilfe bei uns, weil wir neben der stationären Entwöhnungsbehandlung mit der Möglichkeit einer anschließenden Adaption, eine ambulante Suchtnachsorge nach den Vorgaben der DRV, sowie Einzel- und Gruppengespräche anbieten.

Obwohl wir schwerpunktmäßig, bedingt durch die DRV Bund als federführender Belegungsträger, Rehabilitanden überregionaler Herkunft behandeln, bieten wir eine Kooperation mit den Suchthilfeeinrichtungen, Beratungsstellen und Initiativen der Region, um unseren Teil zu einem regionalen suchtmmedizinischen Behandlungskonzept beitragen zu können.

3.2 Besonderheiten der Einrichtung

In den letzten Jahren ist neben einer Veränderung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ein Wandel der Konsummuster (Polytoxikomanie, bei spezifischen Gruppen zunehmende Gewichtung auf Methamphetamin und Alkohol) und der psychischen Zweiterkrankungen zu verzeichnen. Es ist zu einer weiten Spreizung der psychosozialen Ressourcen und der Psychopathologie der Klientel von eher neurotischen Grundstörungen mit nur noch teils gut verfügbaren sozialen und beruflichen Ressourcen und Strukturen bis hin zu schweren dissozialen Persönlichkeitsstörungen mit psychosozialer Desintegration gekommen. Diese Entwicklung erforderte eine über den Bereich der rein stationären Entwöhnung hinausgehende Erweiterung des Behandlungskonzeptes.

Die stärkere Gewichtung der Berücksichtigung persönlicher Ressourcen und (individueller) Kontextfaktoren findet sich in der Entwicklung der Rehabilitationsziele wieder, die ICF-basiert und teilhabeorientiert ausgerichtet werden. Die ursprüngliche ICD-Klassifikation wird erweitert um die Miteinbeziehung des gesamten persönlichen Hintergrundes und bietet somit das Konzept der funktionalen Gesundheit mit seinen Implikationen für eine individuelle Gestaltung des Rehabilitationsprozesses.

Es besteht eine regionale Anbindung an die Fachklinik Haus Germerode durch Kooperation mit psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen.

Rehabilitanden, bei denen eine Notwendigkeit besteht, das alte verbrauchte Umfeld zu verlassen, bieten wir in unmittelbarer Nähe zur Fachklinik über Adaption und ambulanten Suchtnachsorge eine Neuorientierung zur Integration an. Zusätzlich zur medizinischen Rehabilitation (Therapiephase I) bestehende Angebote im Überblick:

- Aufgrund der Differenzierung des stationären Entwöhnungsangebotes seitens der Kostenträger in zwei aufeinander folgende Phasen mit unterschiedlichen Gewichtungen (Therapiephase I und Therapiephase II bzw. Adaption), bieten wir seit Oktober 2010 neben der stationären Entwöhnungsbehandlung bis zu 7 Plätze für die Adaption in unserer ca. 25 km von der Klinik entfernt gelegenen Adaptionseinrichtung (Großburschla). Hier wird der begonnene Ansatz weiter begleitet und es erfolgen Hilfestellungen für die jetzt anstehende berufliche und soziale Integration.

- Unser Angebot wird durch eine ambulante Suchtnachsorge, die nach den Vorgaben der DRV durchgeführt wird, ergänzt. Rehabilitanden, die in Beziehungen und Strukturen leben, die Abhängigkeit fördern und die zum Ausstieg aus der Sucht auch einen Wechsel der Wohn- und Arbeitsumgebung suchen, kann so eine Sicherheit und Begleitung in neuer Umgebung geboten werden.
- Durch eine breite fachliche Qualifizierung der medizinischen und psychotherapeutischen Mitarbeiter können Rehabilitanden mit einem weiten Spektrum an komorbiden Erkrankungen aus dem somatischen und psychiatrischen Bereich betreut werden.
- Es werden suchtmittelabhängige Paare zur Behandlung aufgenommen.
- Die Fachklinik ist nach §§ 35, 36 BtMG staatlich anerkannt.

Mitaufnahme von Begleitkindern

Kinder bis zum Alter von 12 Jahren können mit Müttern und/oder Vätern, die eine Entwöhnungsbehandlung durchführen, mit aufgenommen werden.

Der Umfang der externen fachkundigen Betreuung/Versorgung kann je nach Bedarf für Vorschulkinder bis in den frühen Nachmittag (14.00 Uhr – kann im Bedarfsfall bis 16.00 Uhr erweitert werden) individuell vereinbart werden. Hierbei sind die persönlichen Bedingungen sowohl der Kinder, wie auch der Eltern(teile), zu berücksichtigen. Für schulpflichtige Kinder kann ebenfalls im Einzelfall eine Betreuung über die Schulzeit hinaus vereinbart werden.

Die verbleibende Zeit ab nachmittags gehört den Eltern mit ihren Kindern – auch um den Eltern ein Setting vorzuhalten, eventuelle Störungen oder eigene Probleme mit Erziehungsfragen angemessen wahrnehmen und (bei Bedarf mit Hilfestellung) bewältigen zu lernen.

Diesen Bereich erachten wir als unerlässlich im Rahmen der Gesamtrehabilitation betroffener Elternteile.

Falls Auffälligkeiten oder Störungen bei den Kindern über ein nicht bewältigbares Ausmaß für die zuständigen Eltern auftreten sollten, wird parallel eine externe fachkundige Hilfestellung mit einbezogen.

Ein kindgerechtes, gut ausgestattetes Spielzimmer, sowie Spielmöglichkeiten (Sandkasten, Schaukel, Roller, Fahrräder, etc.) sind vorhanden.

Hilfestellung für die Eltern bei Fragestellungen mit Jugendämtern (u. a. Fragen zum Sorgerecht) ist durch uns gewährleistet.

Insgesamt liegen viele positive Erfahrungen der Kinder (und Eltern) mit der guten Integration über die Zeiten mit der Tagesmutter, bzw. der reinen Kindergarten- und Schulzeit hinaus vor, wobei sicher unsere dörflichen und kleinstädtischen Strukturen hilfreich sind.

3.3 Zielgruppen, der aufzunehmende Personenkreis und Behandlungsziele

(Indikation)

Es können 32 Frauen und Männer aufgenommen werden, die drogen-, alkohol- bzw. mehrfachabhängig sind.

Unser Angebot richtet sich sowohl an Rehabilitanden, die erstmalig eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchführen, wie an diejenigen, die eine tiefer greifende Behandlung bzw. eine Auffangtherapie benötigen und an Rehabilitanden nach abgeschlossener Entgiftung, die eine Orientierung hinsichtlich eines weiteren Umgangs mit ihrer Abhängigkeitserkrankung suchen.

Es können Rehabilitanden mit einer sog. Doppeldiagnose, bei denen neben der Abhängigkeitserkrankung eine schwere Persönlichkeitsstörung bzw. eine Psychose (die nicht mehr im akuten Stadium ist) oder eine andere, wesentliche behandlungsbedürftige psychische Störung oder psychosomatische Störungen, wie u. a. eine Essstörung, diagnostiziert worden ist, aufgenommen werden.

Zu Beginn der Therapie ist die Integration in die therapeutische Gemeinschaft der Einrichtung vorrangig, um ein inhaltliches Einlassen auf psychotherapeutische Themen zu ermöglichen und eine aktive Rückfallprophylaxe zu ermitteln.

Mittelfristige Behandlungsziele sind das Erreichen einer persönlichen und sozialen Stabilität und Autonomie, die ein abstinentes Leben ermöglichen können, sowie die Verbesserung der Aktivitäts- und Teilhabefähigkeit und die Integration in stabilisierende gesellschaftliche Strukturen.

Kontraindikation:

Eine Kontraindikation zur Behandlung liegt bei Personen mit einer akuten Psychose und bei Personen, deren körperliche Erkrankung eine Pflegebedürftigkeit erfordert oder die Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus notwendig macht, vor.

3.4 Grundstück und Gebäude

Die Einrichtung befindet sich auf einem 5.500 m² großen, bepflanzten Gelände am Ortsrand, bestehend aus zwei Gebäuden, dem Wohngebäude und dem Funktionsgebäude, die untereinander mit einem Durchgangsgebäude im Erdgeschoss verbunden sind. Die Gebäude sind in Hangbauweise gebaut, so dass sich insgesamt sechs Ebenen ergeben. Von Untergeschoss -2 bis hinauf zur 3. Etage.

Jeweils an Vorder- und Rückseite des Wohngebäudes ist eine Terrasse angelegt. Hinter dem Gebäude gibt es eine Fahrradüberdachung für 12 Fahrräder, einen Sportplatz für Tennis, Volleyball, Basketball, eine Teichanlage und einen Grillplatz, außerdem Gewächs- und Gerätehaus sowie Materiallagerplatz und Parkplätze. Die Klinik bewirtschaftet außerdem einen großen Garten und einen Obstbaumbestand.

Germerode, mit ca. 900 Einwohnern, ist ein Ortsteil der Gemeinde Meißner im Werra-Meißner-Kreis in Hessen und liegt am Südostrand des Naturparks Meißner-Kaufunger Wald im südöstlichen Vorland des Hohen Meißners, ca. 12 km von Eschwege und ca. 45 km von Kassel, Eisenach und Göttingen entfernt.

Die umliegenden Orte und Städte sind mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar, eine Bushaltestelle befindet sich in unmittelbarer Nähe zur Fachklinik. In besonderen Fällen steht auch ein Fahrdienst zur Verfügung.

Kooperationseinrichtungen, wie z. B. das Klinikum Werra-Meißner, Job-Center und Beratungsstellen befinden sich in Eschwege.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Einleitung

In unserer langjährigen Erfahrung in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Rehabilitanden sehen wir die der Abhängigkeit zugrundeliegende Problemstellungen und Persönlichkeitsstörungen als einen wesentlichen Teil unserer therapeutischen Arbeit an. Die jeweilige Präferenz des Suchtmittels erfahren wir als nachrangig gegenüber den persönlichen und sozialen Fragestellungen und Schwierigkeiten. Allerdings kann die Wahl des jeweiligen Suchtmittels durchaus Rückschlüsse auf die psychische Struktur und die gesuchte pharmakologische Wirkung geben. Ähnlich sehen wir dies bei nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten (z. B. pathologisches Glücksspiel, Mediensucht).

In den sich ändernden Schwerpunkten in der ‚Drogen- und Suchtpolitik‘ verändert sich ebenso der Blick von der reinen Substanzabhängigkeit hin zu schädlichem und riskantem Konsumverhalten zu einem neuen Verständnis von Gesundheit für substanz- und nicht substanzbezogene Süchte, Risiken und Störungen. So erhalten ressourcenorientierte Ansätze in der Therapie einen hohen Stellenwert.

Dieses Verständnis von Suchterkrankungen findet sich in den bio-psycho-sozialen Modellvorstellungen der ICF wieder, die Grundlage dieses Rehabilitationskonzeptes sind.

4.1.2 Epidemiologie

Die Drogen- und Suchtpolitik hat in den letzten Jahren ein stärkeres Gesundheitsbewusstsein angeregt, das einen deutlichen Rückgang an Rauchern bewirkt hat. Andere substanzgebundene Abhängigkeiten sind nahezu konstant geblieben, geändert haben sich Konsummuster und Konsumpräferenzen, vor allem in Richtung synthetischer Suchtmittel und Cannabinoide, wobei letzteres in der Dauereinnahme noch unterschätzt wird. Die Verfügbarkeit synthetischer Drogen ist zudem in den letzten 15 Jahren einfacher geworden. Darüber hinaus verzeichnen wir eine Zunahme nicht stoffgebundener Abhängigkeiten.

Man rechnet in Deutschland mit ca. 1,6 Millionen akut Alkoholabhängigen, bis zu etwa 2,3 Millionen Medikamentenabhängigen und etwa 600.000 Drogenabhängigen, wozu wir auch die Personen rechnen, die von Cannabis abhängig sind. Die Zahl der Substitutionspatienten ist von 2002 bis 2010 auf 77.400 stetig gestiegen, 2011 geringfügig rückgängig auf 76.200. Auch bei der exzessiven Internetnutzung ist ein Anstieg festzustellen (Schätzungsweise 560.000). Ein Trend ist in den letzten Jahren beim

Konsumverhalten von Antidepressiva, Analgetika, Sedativa und leistungssteigernden Medikamenten (Doping) zu verzeichnen.

Die Todesfälle infolge Nikotinabusus schätzt man auf bis zu 140.000, die auf Grund von Alkoholabhängigkeit auf ca. 74.000 und die im Gefolge der Drogenabhängigkeit auf etwa 1.600 Personen pro Jahr. Politisch wird der Drogenabhängigkeit insgesamt jedoch wesentlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den anderen Suchtformen. Dies hängt damit zusammen, dass die Betroffenen sich häufig durch Konsum und Beschaffung in der Illegalität bewegen, als soziale Randgruppe der Gesellschaft stigmatisiert werden und der gesamte Kontext als „spektakulär“ wahrgenommen wird. Außerdem geschehen Todesfälle häufig in der Öffentlichkeit und fallen meist ganz direkt mit der Drogeneinnahme zusammen. Zudem befürchtet man, über die Drogenabhängigen eine Zunahme der Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Hepatitis und der HIV-Infektionen.

Neben den stoffgebundenen Abhängigkeiten gibt es auch süchtiges Verhalten ohne Substanzmissbrauch, z. B. die Spiel- und Mediensucht, die erst in letzter Zeit im öffentlichen Bewusstsein als ernstzunehmende Erkrankung beachtet wird.

4.1.3 Krankheitsmodelle

Zur Abhängigkeit führen die über die eigene Familien- und Entwicklungsgeschichte erfahrenen Prägungen, die entwickelte Persönlichkeitsstruktur, genetische Faktoren, individuelle Lebenserfahrungen und das soziale Umfeld mit dem Vorhandensein von Suchtmitteln.

Neurobiologisches Modell

Das heute entwickelte neurophysiologische Modell lässt ein tieferes Verständnis der Abhängigkeitsstörungen zu und stützt unsere Vorstellung, nach der eine psychische Grundstörung und die damit zusammenhängenden dysfunktionalen Bewältigungsstrategien wesentlich zur Entwicklung einer dauerhaften Abhängigkeit beitragen. Es ist auffällig, dass die abhängige Persönlichkeitsstörung und die dissoziale Persönlichkeitsstörung in unserer Klientel viel häufiger vorkommen, als andere psychische Grundstörungen.

Psychische Grundstörungen sind nicht nur psychodynamisch oder durch ein Verhaltensmodell zu beschreiben und zu erklären. Sie bilden sich auch morphologisch als Störung der neuronalen Netzwerke des menschlichen Hirns ab. Dabei gibt es vulnerable Phasen der frühen Entwicklung, 1. – 3. Lebensjahr und die Phase der Pubertät, in der besonders die weitere Organisation der neuronalen Netzwerke durch frühen Drogenkonsum nachhaltig gestört werden kann. Es kommt so zu Prägungen auf neurophysiologischer Ebene, die eine umfassende Störung der psychischen Selbstregulation zur Folge haben.

Zum Verständnis der neurobiologischen Grundlagen der Sucht ist es notwendig, auf ein allgemeines Verhalten aufmerksam zu machen, das für unsere Lernbereitschaft und Entwicklungsfähigkeit von zentraler Bedeutung ist.

Zum Gehirn des Menschen ziehen von der Peripherie und den Sinnesorganen etwa zwei bis drei Millionen Nervenfasern, von denen jede einzelne bis zu 300 Impulse pro Sekunde übermittelt. Unser Gehirn wird also von Millionen von Reizen in jeder Sekunde bombardiert und muss ständig filtern, was wichtig ist. Häufig wird so sortiert, dass Impulse eher angenommen werden, die eine bestimmte Vorhersage einer Handlung möglich machen. So sind für viele Handlungen die Folgerungen festgelegt und ermöglichen ein hohes Maß an unbewusster Abfolge, die wir dann insgesamt als richtig interpretieren. Neues und neue Erfahrungen setzen jedoch eine Suchhaltung in Gang, die sich besonders daran ausrichtet, ob das Neue mehr Erfolg verspricht als das Bisherige. Wenn Sie ein kleines Kind beim Laufen lernen beobachten, so werden Sie feststellen, mit welcher Energie und meist auch mit welcher Freude dies geschieht. Jede erfolgreiche neue Handlung ist mit dem Gefühl der Neugier nach Weiterentwicklung und mit einem mehr oder weniger ausgeprägten Glücksgefühl verbunden, was es in hohem Maße ermöglicht, dass diese neuen Erfahrungen im Gedächtnis gespeichert werden.

Das neurophysiologische Korrelat für diese Entwicklung ist in der Aktivierung des mesolimbischen und mesocortikalen Dopaminsystems zu sehen. Man nennt dies das ‚Belohnungssystem‘, welches zentral vom Nucleus accumbens und, vorgeschaltet, von der Area 10 gesteuert wird (M. Spitzer). Von dort führen dopaminerge Nervenfasern zum Frontalhirn, wo unter anderem auch endogene Opioide freigesetzt werden. Auf diese Weise wird neues Verhalten, das insgesamt befriedigender verläuft als das frühere, weiterverarbeitet und abgespeichert. Diese so neu erworbenen Fähigkeiten bedürfen dann nicht mehr der Anregung durch den Nucleus accumbens, sondern werden über andere neuronale Lernprozesse gefestigt und weiterverarbeitet.

Für die Sucht wurde festgestellt, dass bei Spielsüchtigen und auch bei Kokainabhängigen eine äußerst geringe Spontanaktivität im Bereich des Nucleus accumbens besteht. Erst mit dem enormen Reiz, der beim Spielen entsteht, konnte die Aktivität des Nucleus accumbens auf ein Normalmaß gebracht werden. Ähnliches konnte für die Einnahme von Kokain gefunden werden (Ch. Büchel). Ob bei allen Süchtigen eine Minderung der Spontanaktivität des Nucleus accumbens vorliegt, ist allerdings damit noch nicht geklärt worden.

Dieses niedrige Aktivitätsniveau des Nucleus accumbens wird z. T. unter genetischem Gesichtspunkt betrachtet, zumal eine gewisse genetisch bedingte Voraussetzung für Abhängigkeiten, wie überhaupt für alle psychischen Erkrankungen, über die Zwillingsforschung festgestellt wurde. Man kann die Minderaktivität im Nucleus accumbens aber auch zu einem großen Teil als erworben annehmen (wenn man bedenkt, welche Plastizität das Gehirn aufweist), indem z. B. Personen mit einer stark abhängigen Persönlichkeitsentwicklung nicht unterstützt oder ständig daran gehindert wurden, ihrem natürlichen, suchenden Bedürfnis nach befriedigender Selbstregulation und Selbstwirksamkeit zu folgen. Dies gilt für frühe Entwicklungsphasen wie auch für die Pubertät, in der nach einer eigenen Persönlichkeitsentfaltung unabhängig vom Elternhaus gesucht wird. Vermutlich (wissenschaftliche Belege liegen uns nicht vor) muss auch die typische Jugendkriminalität mit ihrem Grenzen überschreitenden Potential dazu herhalten, die Aktivität des Nucleus accumbens zu steigern oder auf ein normales Maß anzuheben.

Andere schwere psychische Störungen können selbstverständlich auch in die Sucht führen. Traumatische Erfahrungen in Kindheit und Erwachsenenalter, wie z. B.

sexualisierte Gewalt, führen zu einer gestörten psychischen Selbstregulation mit einer übersteigerten psychischen Anspannung, welche durch Suchtmittel versucht wird zu regulieren. Weil das Suchtmittel die „bessere Lösung“ (positiv euphorische Stimmung) im Vergleich zu anderen Bewältigungsmechanismen ist oder sich zur Abdämpfung unerträglicher Emotionen eignet, sind die Konsequenzen der Abhängigkeit oft leichter zu nehmen, als das, was alltäglich nüchtern ausgehalten werden muss. Dabei dient auch die Droge zur Stabilisierung der Abspaltung negativer Erinnerungen und Gefühle aus Traumatisierungen.

Generell muss man sich also vorstellen, dass ein Suchtmittel in hundertfacher Weise stärker das sog. Belohnungssystem anregt, als dies, auch bei gesunden Menschen, normalerweise geschieht. Von daher kann man nun verstehen, dass besonders Menschen, die in ihrer persönlichen Entfaltung gebremst sind (z. B. im Sinne der abhängigen Persönlichkeitsstörung) besonders anfällig für Suchtmittel sind, weil sie gewissermaßen durch die übermäßige Anregung des ‚Belohnungssystems‘ schon jene emotionalen Erwartungen erfüllt bekommen, die sie aus eigener Leistung nicht in der Lage sind, für sich zu erarbeiten.

Ergänzend muss natürlich dazu noch gesagt werden, dass die einzelnen Suchtstoffe ihre jeweils spezifische Wirkung auf das Gehirn ausüben und so zur Toleranzsteigerung und auch zu den allseits bekannten Entzugserscheinungen führen, wenn das Suchtmittel nicht zur Verfügung steht. Für die Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens ist dies dann wiederum von zentraler Bedeutung, während das ‚Belohnungssystem‘ wieder stärker für einen Rückfall nach erreichter Abstinenz verantwortlich zu machen ist, und zwar im Sinne einer gesteigerten Erwartungshaltung.

Insgesamt spielt zudem die Ausreifung des Gehirns bei der Suchtentstehung eine große Rolle. Beispielhaft kann dies bei Cannabis dargestellt werden. In der Pubertät entwickelt sich durch Neustrukturierungen im Gehirn der Ausbau der Cannabinoidrezeptoren. Ein starker Konsum von Cannabisprodukten verstärkt noch diese Rezeptorenbildung, sodass darüber ein Cannabishunger entsteht, der dann leicht zu einer Abhängigkeit führt. Erwachsene Personen sind daher für die Entwicklung einer Cannabisabhängigkeit weniger gefährdet (Schneider, U. et al.). So ist es nicht verwunderlich, dass der generelle Einstieg in die Drogensucht über Cannabis in der Pubertät zu finden ist.

Das neurophysiologische Modell lässt auch eine Erklärung für die Tatsache zu, dass Menschen unter einer Methadonsubstitution, die etwa über ein halbes Jahr hinaus führt, zu einer zunehmenden depressiven Verfassung neigen. Sind die Endorphinrezeptoren durch das Methadon abgesättigt, kann auch das natürliche Belohnungssystem nicht mehr richtig funktionieren. Adynamie, Interessen- und Initiativlosigkeit sowie eine depressive Grundstimmung resultieren daraus.

Trotz der eindrucksvollen neurophysiologischen Befunde sind damit nur die Bahnungen und Wege im Gehirn beschrieben, ohne dass damit auch nur das Geringste über die psychisch relevanten Erlebnisinhalte, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht so ausschlaggebend sind, ausgesagt wäre.

Die wesentliche Konsequenz aus dem neurophysiologischen Modell der Sucht ist, dass vermittels der Therapie die Betroffenen Selbstwirksamkeitserfahrungen ihres Handelns und positive Wertschätzung ihrer Leistungen erleben, wieder neugierig auf ihre eigene Entwicklung werden, gewissermaßen Lust auf Neues bekommen, was allerdings nur dann möglich wird, wenn sie die Entwicklung zur Eigenständigkeit nicht mehr als Verlust von alten ‚Sicherheiten‘ verbuchen.

Dazu sollen die aufeinander bezogenen therapeutischen Ansätze dienen, wie sie unten beschrieben werden.

Komorbiditätsmodell

In der Literatur der letzten 30 Jahre hat sich bei der Drogenabhängigkeit der Begriff der Komorbidität eingebürgert um anzuzeigen, dass bei Abhängigen sehr häufig eine andere psychische Erkrankung dazu anzutreffen ist. Es wird in der Literatur dabei vermieden, sich zu fragen, ob die sog. Komorbidität möglicherweise die wesentliche Ursache der Abhängigkeit ist oder nicht. Dies liegt für uns auch darin begründet, dass man im Zuge der Diagnosebeschreibung im ICD 10 auf das ursachenbezogene Erklärungsmodell zu Gunsten einer rein symptombezogenen Beschreibung der Erkrankungen verzichtet hat. Unstrittig ist jedoch, dass die Substanzabhängigkeit als einfache Lösung die psychische Störung aufrechterhält, da über die Droge keine positive Entwicklung denkbar ist.

Wir gehen allerdings davon aus, dass die psychische Komorbidität wesentliche Ursache für die Substanzabhängigkeit ist, dass also ein psychisch relativ gesunder Mensch zumindest von harten Drogen nicht so einfach abhängig wird. Hierzu scheinen uns die Erfahrungen aus dem Vietnam-Krieg bei den amerikanischen Soldaten nicht unbedeutend zu sein, von denen sehr viele Drogen nahmen, aber ein Großteil davon nach dem Krieg diese auch wieder ohne nennenswerte Besonderheiten aufgeben konnten. Sie waren also nicht dauerhaft abhängig geworden. Auch tierexperimentelle Beobachtungen sprechen ebenfalls dafür.

Erste Studien zur Komorbidität stammen u. a. von Czok; er fand eine psychische Störung bei 70% der Heroinabhängigen und zwar der sog. Achse I (der DSM IV Diagnoseschlüssels) und zwar der narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, Borderline-Störungen, Dysthyme Störungen, etc.. 1996 wurde in einem Schweizer Substitutionsprogramm bei Heroinabhängigen bei 10% eine Schizophrenie, bei 30% eine Depression und bei weiteren 30% eine Persönlichkeitsstörung und bei 3% eine Essstörung diagnostiziert. Bei letzterer Störung muss man allerdings angeben, dass der Frauenanteil bei dieser Studie nur bei 10% lag. Es muss betont werden, dass, da die Rehabilitanden substituiert waren, die eigentliche Störung prozentual noch höher liegt, da natürlich die Substanzen die Störungen überdecken und somit die Diagnosen erschweren (Institut für Suchtforschung in Zürich, Nölke 1996). Eine von Regir et al. durchgeführte repräsentative Untersuchung an 20.291 Personen in den USA ergab unter den Drogenabhängigen eine Komorbidität psychiatrischer Störungen von 65,2 %, so dass die Störungen gegenüber der Kontrollgruppe um das 6,7-fache erhöht waren. Phobien und Angststörungen gab es bei 31,6%, affektive Störungen bei 30,8%. Auch die schizophrenen Erkrankungen waren mit 11,4% hoch angesiedelt (Regir et al., Journal of American

Medical Association 1990). Zu einem ähnlichen Ergebnis kam die Studie von Kuntze, Ladewig und Stohler (Sucht Heft 2 April 98). Bei methadonsubstituierten Abhängigen hatten 70,7% aller Rehabilitanden zum Teil mehrere Diagnosen in psychiatrischer Hinsicht. Mit 45% traten die Persönlichkeitsstörungen am häufigsten auf. Daneben hatten 25% depressive, 14% schizophrene Störungen, 5% Angststörungen und 3% Essstörungen.

Dies mag als ein Hinweis auf die erhebliche Häufigkeit komorbider psychiatrischer Störungen aus der Literatur gelten.

Für unser Rehabilitandenkollektiv ergibt sich ein durchaus vergleichbares Bild. Wir meinen jedoch, dass die Störungen in einem Entwöhnungsprogramm im Laufe der Zeit noch deutlicher zutage treten, als in der methadongestützten Behandlung. Etwa 65–70% unserer Rehabilitanden leiden an einer Persönlichkeitsstörung, wobei die abhängigen und dissozialen Persönlichkeitsstörungen vorherrschen, deutlich seltener Borderlinestörungen oder narzisstische Persönlichkeitsstörungen vorkommen. Störungen nach Missbrauchserfahrungen, speziell bei Frauen, liegen bei diesen bei über 30% vor. Mit etwa 5% sind schizophrene Störungen vorhanden, Essstörungen sind mit 2–3% eher die Ausnahme, ebenso Angststörungen mit 2–3%.

Nur ein kleiner Teil hat eine leichte neurotische Störung. Dort haben wir auch am ehesten sehen können, dass die Entwöhnungsbehandlung zu einer raschen und dauerhaften Abstinenz führen kann.

4.1.4 Besonders schwerwiegende Krankheitsbilder

Bei einigen der aufgeführten psychiatrischen Erkrankungen müssen im Rahmen der Rehabilitation spezielle Behandlungsansätze zum Tragen kommen, die im Folgenden näher beschrieben werden.

Paranoid-halluzinatorische Psychose

Wir sind bereit, Rehabilitanden nach einer akuten Psychose bei uns aufzunehmen. Dies gilt für drogeninduzierte Psychosen, wie auch für solche aus dem schizophrenen Formenkreis. Dabei ist es selbstverständlich, dass die psychopharmakologische Medikation, falls notwendig, in der Klinik weitergegeben wird. Auf Grund der brüchigen Ich-Identität dieser Rehabilitanden benötigen sie wesentlich mehr Rücksicht und Vorsicht im Rahmen therapeutischer Interaktionen, um eine Überlastung zu verhindern. Hier geht es darum, auf psychoedukativer Basis mit ihnen zu erarbeiten, im Rahmen ihrer Möglichkeiten und Grenzen, Alltagsstrukturen zu entwickeln und frühzeitig Überlastungssymptome zu erkennen. Diese Rehabilitanden müssen trainieren, ihre Probleme identifizieren und verbalisieren zu können, um eine Aufarbeitung möglich zu machen. Ansonsten sind sie in der Gefahr, dass sich ein großer Berg unerledigter Probleme und damit verbundener emotionaler Belastung ansammelt. Dies führt dann häufig zu Rezidiven einer Psychose. In der Aufarbeitung psychodynamischer Aspekte ihrer Erkrankung sollte emotionale Vertiefung vermieden werden, wenn unter systemischer Sichtweise familiäre und gesellschaftliche Prägungen für den Rehabilitanden reflektierbar bearbeitet werden. Außerdem sollte die Bedeutung des Suchtmittelkonsums für die erneute Auslösung einer Psychose bzw. für die in der Vergangenheit vorgenommene

psychische Dämpfung, als Versuch einer Selbstmedikation' mit dem Rehabilitanden erarbeitet und so Alternativen zur psychischen Stabilisierung jenseits des Suchtmittelkonsums nutzbar gemacht werden.

Schwere Persönlichkeitsstörungen

Während bei der psychotischen Erkrankung die Störung auf der Ebene der Ich-Existenz liegt, finden sich bei schweren Persönlichkeitsstörungen Ich-strukturelle Störungen, die besonders in der Interaktion mit der Umwelt zu Tage treten.

Borderline-Persönlichkeitsstörung

Insbesondere bei der Borderline-Störung liegt die Genese vor allem in der Störung der Dyade - meistens zwischen Mutter und Kind. Dies spiegelt sich in Objektbeziehungsstörungen wieder, die später in charakteristischen Rollenpaarungen auftreten. Hier spielen besonders Re-Inszenierungen von Täter-Opfer-Erfahrungen eine Rolle, die zu erheblichen Konflikten im sozialen Umfeld führen und in der Rehabilitation modellhaft aufgearbeitet werden können. Bei der Aufarbeitung gilt es vor allem, diese Objekt-Beziehungsstörung aufzuzeigen und immer wieder in der Realität zu reflektieren. Außerdem ist es notwendig, die emotionale Instabilität und die erheblich autoaggressiven und auch fremdaggressiven Impulse, die zur Ich-Stabilisierung dienen und bisweilen ausagiert werden, für die Betroffenen handhabbar zu machen. Hier kommen Methoden aus der DBT (Dialektisch-Behaviorale-Therapie nach M. Linehan) zum Einsatz. Dieser Ansatz vereint psychoedukative Elemente mit Elementen des Trainings der emotionalen Selbstregulation.

Bei vielen Betroffenen mit Borderline-Störung liegt außerdem eine sich über einen längeren Zeitraum hinstreckende Traumatisierung – oft durch sexualisierte Gewalt – vor, die ebenfalls mit aufgearbeitet oder zumindest beachtet werden muss, zumal hier häufig ein Ausagieren der Täter- und Opferrollen stattfindet.

Dissoziale Persönlichkeitsstörung

Bei den dissozialen Persönlichkeitsstörungen ist eine günstige ganzheitliche Prognose nicht möglich. Einzeluntersuchungen sind hier nicht sehr ermutigend (M. H. Stone). Es sind aber immer wieder Teilaspekte erarbeitbar, die sich später in der Katamnese für die Entwicklung der Betroffenen als unerlässlich erwiesen haben. Wir sind durchaus schon oft von einer positiven Entwicklung überrascht worden, die wir nicht erwartet haben. Anscheinend haben diese Rehabilitanden aus der sehr konfrontativen Auseinandersetzung doch einiges mit in ihr Lebensumfeld genommen, so dass sie dann nicht mehr in die früher gelebte Dissozialität ausufern. Ziel ist es, eine Verantwortungsübernahme für das persönliche Handeln zu erreichen. Die Rehabilitanden haben immer wieder betont, dass sie über die Maßnahme keine persönlichen Veränderungen für sich anstrebten, dennoch das Ausleben der dissozialen/kriminellen Seite unterbrechen konnten und (so) auch clean lebten. Somit geht es in erster Linie darum, dissoziales Ausagieren zu verhindern und eine Einsichtsfähigkeit in das langfristig Schädliche ihres Verhaltens zu erlangen.

Insgesamt ist darüber hinaus dissoziales Verhalten eine Begleitstörung bei den meisten

Abhängigkeitserkrankten. Wenn dieser Anteil überwiegend ist, versuchen wir konfrontativ zu arbeiten – ohne die grundsätzlich akzeptierende Haltung der Person gegenüber aufzugeben – da diese Rehabilitanden zur Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Anteil das gesamte therapeutische Klima der Gemeinschaft und die Chance auf Entwicklung ständig in Frage stellen, um sich in der entstehenden Destruktivität mächtig und (scheinbar) erfolgreich zu etablieren (Belohnungsprinzip s. o.).

Narzisstische Persönlichkeitsstörung

Der narzisstischen Persönlichkeitsstörung liegt eine tiefgreifende Selbstwertstörung zu Grunde, bei der weitgehend über Entwertung anderer oder über Selbststilisierung mit Hilfe von Größenphantasien und Objekten der Zusammenbruch der Ich-Identität abgewehrt werden muss. Dabei treten Spaltungen in gute und schlechte Menschen auf, die das gesamte soziale Umfeld und auch das therapeutische Team betreffen. So kommt es auch immer wieder zu massiven Entwertungen von Mitarbeitern. Dies muss immer wieder angesprochen und reflektiert werden.

Die Anbindung an eine andere ‚starke‘ Person kann vorübergehend eine große Hilfe darstellen, wenn diese im therapeutischen Sinn eine Hilfs-Ich und Containment-Funktion ausübt.

Insbesondere bei schweren Persönlichkeitsstörungen und auch bei Psychosen haben wir die Erfahrung gemacht, dass ein systemischer Ansatz zum Verständnis der interpsychischen Selbstregulation zu einem profitablen Therapieergebnis führt.

Posttraumatische Störungen

Im Rahmen von Suchterkrankungen werden bei den Betroffenen häufig traumatische Erfahrungen in Kindheit (und auch im Erwachsenenalter) vorgefunden. Zum einen führen Traumatisierungen durch psychische und körperliche, insbesondere sexualisierte Gewalt, zu schweren Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, zum anderen werden beim Vorliegen dieser Gewalterfahrungen bereits früh dissoziative Bewältigungsmuster entwickelt, um das psychische Überleben zu sichern.

Diese dissoziativen Bewältigungsmuster führen zu gravierenden Störungen der emotionalen und affektiven Kontinuität und der Fähigkeit zu befriedigenden zwischenmenschlichen Kontakten.

Da Suchtmittelmissbrauch immer auch zu einer Dissoziation führt, sind diese Menschen in hohem Maße gefährdet, später mittels Suchtmittel ihre Wiedererinnerung an die traumatischen Erlebnisse zu unterdrücken. Aus diesem Grund kann ein suchtmittelfreies Leben ohne die gleichzeitige Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen in vielen Fällen nicht erreicht werden.

Besonders häufig wird der sexuelle Missbrauch bei Frauen in unserer Klientel angetroffen. Hier sind die Frauen häufig in ihrem Bindungsverhalten auf Sexualität als ‚einzige Form der Wertschätzung‘ bis hin zur ausschließlichen Ebene des ‚sozialen Kontakts‘ fixiert. Beginnen Sie also Beziehungen auf dieser Stufe, so stellt sich sehr bald eine destruktive gegenseitige Entwertung ein, bei der die Reduzierung als Sexualobjekt oft sichtbar und dann nicht mehr ausgehalten wird. Eine exzessive Ausprägung erfährt diese Thematik in der dann (häufig) praktizierten Prostitution, die jedoch nur unter Drogen ausgehalten wird.

Eine akzeptierende Offenheit, aber auch besondere Traumatherapiemethoden, wie z. B. nach Reddemann und Sachse, sind im Falle dieser Komorbidität angezeigt.

Essstörungen

In der Regel sind diese Störungen gut über die anfangs beschriebenen therapeutischen Interventionen im Rahmen der Langzeittherapie zu behandeln. Gerade hier zeigt sich die Kontinuität der Bezugspersonen (Therapeut und Mitpatienten) als große Hilfe. Es sind lediglich die medizinischen Grenzen zu beachten, falls das Gewicht zu niedrig wird. Bei entsprechender Motivation und Mitarbeit ist es meistens nicht notwendig, spezielle verhaltenstherapeutische Ansätze, die sonst in der Kurzzeittherapie angewandt werden, im Zuge der Rehabilitationsbehandlung zu benutzen.

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Aufnahmevoraussetzung sind eine persönliche Bereitschaft zur Therapie, eine abgeschlossene körperliche Entzugsbehandlung und eine gültige Kostenzusage. Ein weiteres Aufnahmekriterium ist die Volljährigkeit.

Rehabilitationsrelevante Diagnosen sind:

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit Gewichtung auf illegale Suchtmittel (F 11 – F 19).

Mitbehandelt werden weitere psychische Störungen, wie insbesondere psychotische Erkrankungen (F 20), spezifische Persönlichkeitsstörungen (F 60 – F 69), affektive Störungen (F 30 – F 39), Essstörungen (F 50 – F 59), neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F 40- F 49).

Unser Behandlungsangebot richtet sich auch an Eltern mit Kindern und an Paare.

4.3 Rehabilitationsziele

Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Zu den Zielen gehören insbesondere:

- Erreichung und Erhaltung von Abstinenz
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen
- möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Weitere wichtige Rehabilitationsziele sind der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbstständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe nach ICF bestehen häufig in den Bereichen Tagesstrukturierung, soziale Kommunikation, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Umsetzung sozialer Werte, körperliche Aktivität und Körperwahrnehmung, in Erziehungsfragen und Arbeit und Beschäftigung.

Wir fördern die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht und den Umgang mit der Erkrankung, stützen die Eigenmotivation und den Abstinenzwunsch. Gemeinsam entwickeln wir individuelle Möglichkeiten einer zufriedenstellenden und selbstbestimmten Lebensführung im Sinne eines Selbstmanagements mit Strategien zur Krisenbewältigung einschließlich einer Rückfallprophylaxe. Sinn- und Wertfragen, sowie eine gesunde Lebensführung sind ein weiterer wichtiger Bestandteil, ebenso wie die berufliche Wiedereingliederung bzw. die Rückkehr zum Arbeitsplatz.

Dies sind therapeutische Inhalte in Gruppen- und Einzelgesprächen. Die Umsetzung erfolgt im Klinikalltag und unterliegt der ständigen Reflexion und wird als Prozess über den gesamten Verlauf begleitet.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer richtet sich nach Indikation, sowie individuell nach der Schwere der psychischen Erkrankung, der Zahl der Vorbehandlungen und den Rahmenbedingungen des Leistungsträgers.

Maximal sind für eine Erstbehandlung 22 Wochen stationäre Therapie (Therapiephase I), bis zu 16 Wochen für eine Auffangbehandlung und für eine Adaption 14 Wochen (Therapiephase II) in unserer Betriebsstätte, Adaptionseinrichtung Großburschla, möglich. Im Einzelfall ist nach Absprache mit dem zuständigen Leistungsträger eine interne Adaption in der Fachklinik vereinbar.

Als zusätzliches Angebot für ehemalige Rehabilitanden halten wir ambulante Suchtnachsorge an.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Nach der Festlegung der auf Anamnese, Befunderhebung und Testung gestützten und mit dem Rehabilitanden entwickelten Behandlungsziele, wird auf Grundlage des tiefenpsychologisch-systemischen Ansatzes eine psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbehandlung (halboffene Gruppe) durchgeführt. Außerdem nimmt der Rehabilitand an einer geschlechtsspezifischen Therapiegruppe teil. Im Rahmen eines integrativen Ansatzes werden übende und psychoedukative Therapiebausteine ergänzt, um die Selbstregulationsfähigkeit (Identifikation und Bewältigung von rückfallgefährdenden Krisen, Suchtinformation) und das Salutogeneseverständnis als Grundlage eines gesundheitsbewussten Verhaltens, (Psychohygiene, Infektionskrankheiten, Ernährung, Bewegung, Genussfähigkeit) zu fördern.

Die erste Vorstellung im Rahmen der Fallbesprechung erfolgt nach 4 Wochen. Hier wird unter Berücksichtigung der vorläufigen Diagnose der individuelle und vorläufige Therapieplan festgelegt. In die Planung fließen die persönlichen und schriftlich erarbeiteten Therapieziele der Rehabilitanden ein. Je nach Krankheitsbild erfolgt neben der regelhaften Teilnahme an der Gruppen- oder Einzeltherapie eine Teilnahme an indikativen Gruppen (z. B. geschlechtsspezifische Gruppen, bei sexuellem Missbrauch, bei Impulsstörungen, bei Essstörungen) und eine stärkere Gewichtung und höhere Frequenz an Einzelgesprächen bei Rehabilitanden mit Doppeldiagnosen, wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Psychosen.

Der individuelle Therapieplan wird fortlaufend und in Rücksprache mit den verschiedenen Bereichen besprochen und festgelegt. Der Rehabilitand ist in diesem Prozess integriert und erhält Rückmeldungen. Die vorläufige Diagnose wird überprüft, im Verlauf werden die Therapiedauer und weiterführende Maßnahmen erarbeitet. Im letzten Drittel der Behandlung erfolgt die weitere Lebensplanung mit Festlegung des zukünftigen Lebensmittelpunktes in Abstimmung mit weiteren Maßnahmen, Möglichkeiten der beruflichen Förderung und stationäre oder ambulante Weiterbehandlung.

Besonderes Gewicht hat die Ermittlung des Teilhabebedarfs und die berufliche (Re-)Integration, auf dessen Grundlage Teilhabeförderungen entschieden und beantragt werden. In diesen Prozess sind mit eingebunden: Reha-Fachberater, Agentur für Arbeit und Job-Center.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Wir führen durch:

- ärztlich-medizinische Versorgung, regelmäßige Visite, Sprechstunde, Kriseninterventionen, Informationsveranstaltungen zu gesundheitsrelevanten Themen und Psychoedukation. Erfassung und Diagnostik behandlungsrelevanter körperlicher Erkrankungen und Vermittlung an Fachärzte.
- Gruppen- und Einzeltherapie, indikative Gruppen, Angehörigengespräche, Paargespräche, Elternarbeit, Sozialberatung, begleitete Gruppenausflüge mit sozial- oder psychotherapeutischen Mitarbeitern, Vorbereitung einer möglichen Adaption.
- Arbeits-, Ergo- und Beschäftigungstherapie: Training der ATLS (Hauswirtschaft), Training handwerklicher Fähigkeiten in hauseigenen Werkstätten (Holz und Metall) und zur Instandhaltung, Einführung in die Pflege von Nutzgarten mit Teichanlage, Unterstützung der Selbsterfahrung durch Angebote im Kreativraum, berufsintegrierende Maßnahmen (Bewerbungstraining, PC-Training, Praktika, Belastungserprobung) durch Arbeits- und Ergotherapeuten.
- Sporttherapie (Wirbelsäulengymnastik, Entspannung, Frühsport, Schwimmen, Ballsport, Ausdauersport) durch eine Fachkraft.
- Begleitete Freizeitaktivitäten durch Mitarbeiter.

Durchführung einer Adaption in unserer Betriebsstätte Adaptionseinrichtung Großburschla bzw. Vermittlung in andere nachbehandelnde Einrichtungen.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Die Rehabilitanden der Klinik erhalten am Aufnahmetag eine Aufnahmeuntersuchung durch den Facharzt. Diese beinhaltet ein Anamnesegespräch und eine körperliche Untersuchung. Außerdem wird die Suchtmittelfreiheit überprüft.

Als Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung wird die Rehabilitationsfähigkeit eingeschätzt und eine Erstdiagnostik erstellt. Bei Zweifeln an der Rehabilitationsfähigkeit oder akutmedizinischem Behandlungsbedarf werden weitere Behandlungsmaßnahmen eingeleitet.

Am Aufnahmetag wird der Rehabilitand seiner Therapiegruppe (halboffen) zugeteilt und erhält einen therapieälteren Paten aus seiner Gruppe.

Es erfolgt spätestens am Folgetag die anamnestische Erhebung durch die zuständigen Gruppen- und Ergotherapeuten.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

4.7.2.1 Medizinische und allgemeine psychiatrische Diagnostik einschließlich Sozialmedizin

Die medizinische Diagnostik umfasst die medizinische, sozialmedizinische und psychiatrische Anamnese sowie die körperliche Untersuchung und ergänzende Laboruntersuchungen zu den bereits durch die auswärtige Entgiftung durchgeführten Untersuchungen.

Die Laboruntersuchungen werden durch externe Labore durchgeführt. Eine besondere Aufmerksamkeit gilt den Lebererkrankungen und der HIV-Diagnostik. In beiden Fällen ergänzen wir diese von uns durchgeführten Basisuntersuchungen im Einzelfall durch eine intensive Diagnostik im Klinikum Werra-Meißner in Eschwege oder durch Fachabteilungen des Klinikums in Kassel oder Göttingen.

Medizinisch-technische Diagnostik (EKG, Sonographie, Lungenfunktion) wird bei Bedarf durch die ortsansässige allgemeinmedizinische Praxis in Kooperation durchgeführt. Bei der psychiatrischen Diagnostik geht es um die Erfassung krankheitsrelevanter psychischer Störungen.

Procedere:

Hinsichtlich der somatischen Behandlungsziele wird nach der Aufnahmeuntersuchung der unmittelbare Behandlungsbedarf festgestellt, fehlende Vorbefunde angefordert und eine entsprechende weitergehende Diagnostik und Therapie veranlasst. Hierzu zählen die notwendige Basisdiagnostik, Labordiagnostik und die Einleitung von Konsiliaruntersuchungen. Die bestehende Medikation wird indikationsspezifisch überprüft und ggf. angepasst. Da regelmäßig zahnärztlicher Behandlungsbedarf besteht, ist meist eine Vorstellung in einer kooperierenden Praxis erforderlich.

Für die sozialmedizinische Diagnostik wird nach Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese und Auswertung der Assessments das bisherige Leistungsvermögen eingeschätzt und der Rehabilitationsbedarf festgestellt. Dies beinhaltet die Überprüfung der

Teilhabefähigkeit vor dem Hintergrund eingetretener Schädigungen nach dem bio-psycho-sozialen Modell. Dies ist Grundlage für die Vereinbarung spezifischer Therapieziele. Auch wird die Notwendigkeit zur Einleitung weiterer sozialmedizinischer Maßnahmen ermittelt. Hierzu zählt neben Klärung einer bereits eingetretenen Minderung der Erwerbsfähigkeit, z. B. die Einleitung einer Rehaberatung.

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung unter Berücksichtigung der erhobenen und ausgewerteten Daten findet in den interdisziplinären Teambesprechungen (Fallbesprechung und Kurvenvisiten) statt. Die leitende Ärztin bündelt die Informationen und erstellt die Leistungsbeurteilung.

4.7.2.2 Psychodynamische Diagnostik

Die Psychodynamik versucht ein Modell der innerpsychischen Verarbeitung von frühen Erlebnissen und sonstiger Einflüsse im Laufe der Entwicklung herzustellen. Dieses Modell ist Grundlage für die weitere Therapie und wird erweitert durch testpsychologische Verfahren und durch die systemische Sichtweise.

4.7.2.3 Psychologische Diagnostik (Testdiagnostik, systemische Diagnostik)

Neben der Anamneseerhebung mit Familienanamnese und äußerer/innerer Biografie des Rehabilitanden (Datenerhebung, äußere Umstände/subjektive Bewertungen, gerade bei Traumatisierungen) ergänzt die phänomenologische Beschreibung (Fremdbeurteilung) die Erfassung psychopathologischer Merkmale.

Testdiagnostisch wenden wir übliche Verfahren zur Erfassung der Leistungsfähigkeit an (CFT 20-R, COGBAT, CFADHD, BDI-II, PSSI, MMPI-2, PPIR, SCID, Mini ICF). Zur Erfassung der Aktivitäts- und Teilhabefähigkeit führen wir den Mini-ICF-APP durch.

Zur Erfassung der Persönlichkeit dient der MMPI-2. Trotz einiger methodischer Einwände geben wir ihm den Vorzug vor dem FPI-R, da dieser die für unsere Arbeit wesentlichen individuellen psychodynamischen Zusammenhänge der Person aufweist, was der FPI-R nicht zu leisten vermag und verzichten auf die weniger aussagekräftigen Personen- und Gruppenvergleiche.

Als zusätzliches diagnostisches Mittel für die Einordnung zu einer spezifischen Persönlichkeitsstörung benutzen wir ergänzend zu der ICD-10-Checkliste Fragen zur Selbsteinschätzung hinsichtlich der jeweiligen Persönlichkeitsstörung (Beck/Freemann et al. 1999) und den ADP-IV Fragebogen. Diese werden im Laufe der ersten Wochen nach der Aufnahme bearbeitet.

Die Diagnostik wird - im Laufe der Maßnahme fortschreibend - durch die Erstellung eines ‚Familienbildes‘ über mehrere Generationen mit den zugehörigen Verzweigungen mit allen für den Rehabilitanden entwicklungsrelevanten Personen ergänzt.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die leitende Ärztin ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Sie trägt die Gesamtverantwortung für die medizinische Rehabilitation sowie für alle medizinischen und therapeutischen Teilprozesse der Klinik und ist verantwortlich für die Ausarbeitung der allgemeinen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungspläne. Zum Team

gehört ein weiterer Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und eine Ärztin auf Honorarbasis.

Mit den regionalen Fachärzten (Zahnärzte Internisten, Frauenärzte, etc.) stehen wir in enger Kooperation und vermitteln und organisieren bei Bedarf die entsprechenden Arztbesuche.

Hinsichtlich der somatischen Behandlungsziele wird nach der Aufnahmeuntersuchung der unmittelbare Behandlungsbedarf festgestellt, fehlende Vorbefunde angefordert und eine entsprechende weitergehende Diagnostik und Therapie veranlasst. Hierzu zählen die notwendige Basisdiagnostik, Labordiagnostik und die Einleitung von Konsiliaruntersuchungen. Die weitere Einnahme einer bestehenden Medikation wird mit dem Rehabilitanden besprochen. Außerdem werden erforderliche Medikamente über die Apotheke bestellt.

In den Krankenunterlagen werden die Anamnese, der Aufnahmebefund und die notwendigen Untersuchungen, sowie Medikation und sonstige medizinische Behandlungsmaßnahmen dokumentiert.

Wichtige Informationen über den Gesundheitsstand des Rehabilitanden sowie Risikofaktoren werden dem Behandlungsteam in regelmäßigen Fallbesprechungen mitgeteilt. Externe ärztliche Behandlungen werden mit der leitenden Ärztin abgestimmt. Ebenso erfolgt jede Medikamenteneinnahme in Rücksprache mit den behandelnden Ärzten der Fachklinik.

Täglich wird eine Bedarfssprechstunde angeboten. Jeder Rehabilitand wird mindestens einmal wöchentlich visitiert. Die ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter nehmen an den regelmäßigen Fallvorstellungen im Team teil. Sie informieren sich über das Notfallmanagement. Außerdem finden Schulungen in Erster Hilfe und zur Reanimation sowie Schulungen zu Arbeitssicherheit und Brandschutz statt.

Es ist eine ärztliche 24-stündige Rufbereitschaft sichergestellt, zu der über die diensthabenden Mitarbeiter, als auch über Rehabilitanden, im Notfall Kontakt aufgenommen werden kann. In Notfällen und Krisensituationen ist Rücksprache mit dem Arzt oder dessen Vertretung zu halten.

Darüber hinaus ist im medizinischen Bereich 24/7 eine Pflegefachkraft anwesend, welche über ein mobiles Telefon verfügt, dass von jedem Hausteleson über eine Notrufnummer und extern über eine Mobiltelefonnummer, zu erreichen ist. Ebenso ist die ärztliche Rufbereitschaft jederzeit über Haus- und Mobiltelefon zu erreichen. Die Mitarbeiter sind in die Handhabung des Notfallrucksackes und des AED-Defibrillators eingewiesen. Bei Notfällen wird umgehend der ärztliche Notdienst bzw. Notarzt/Rettungsdienst und die ärztliche Leitung der Fachklinik telefonisch verständigt. Entsprechende Anweisungen und Informationen sind im Notfallablaufplan gefasst und hängen in allen Etagen und öffentlichen Bereichen neben jedem Hausteleson aus.

Regelmäßige Informationsveranstaltungen zu den Abläufen erfolgen für die Rehabilitanden.

Es finden regelmäßige Vorträge zur Gesundheitsinformation statt, weiterhin Patientenschulungen bei Suchtmittelabhängigkeit und –missbrauch, Veranstaltungen zur Förderung der Motivation, Informationsveranstaltungen zu chronischen Lebererkrankungen und HIV-Erkrankungen. Außerdem wird auf Wunsch ein Raucherentwöhnungsprogramm durchgeführt.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Grundsätze unserer Behandlungsstrategie

Unsere therapeutische Grundhaltung ist einerseits tiefenpsychologisch ausgerichtet (psychodynamische Psychotherapie) und andererseits systemisch (Heidelberger Modell nach Stierlin und ergänzt nach Johnson).

Die Umsetzung erfolgt in den nachfolgend aufgelisteten Ansätzen in Form von indikativen Gruppen und individuellen Interventionen, um die o. g. Therapieziele (Abstinenz und Verbesserung der Aktivitäts- und Teilhabefähigkeit) zu erreichen.

Der tiefenpsychologische Ansatz

Im Wesentlichen werden wir uns daher bei der psychotherapeutischen Behandlung auf die Persönlichkeitsstörungen der Rehabilitanden ausrichten müssen.

Für die Behandlung der Persönlichkeitsstörungen haben uns vor allem Kernberg sowie Masterson und andere sehr gute Ideen an die Hand gegeben. Dabei wird noch einmal deutlich, dass keiner der Fachleute davon ausgeht, dass eine Persönlichkeitsstörung in kurzer Zeit auch nur annähernd zu heilen sei. Selbst bei stationärem und auch anschließend intensivem ambulanten psychotherapeutischem Setting sind Therapiezeiten von mehreren Jahren überhaupt keine Seltenheit, so dass wir eine längerfristige Nachsorge für unumgänglich halten.

Dabei kann man von einer langsamen Integration ausgehen - wobei im beruflichen Bereich persönliche und soziale Aspekte zusammenkommen. Erst später ist eine weitgehende Stabilisierung zu erwarten - ohne jedoch annehmen zu dürfen, dass eine Heilung entstanden ist, die das kindliche Verlangen an Zuwendung und Sicherheit zu stillen vermag. Wir finden dieses Problem bei den meisten Störungen.

In der Arbeit von Masterson werden insbesondere die Partnerschaftskonflikte bei Persönlichkeitsstörungen beschrieben, die wir auch bei unseren Rehabilitanden wieder finden. Auch wenn dies eine sehr anstrengende Arbeit ist, liegt es nahe, dass Männer und Frauen in einer suchtherapeutischen Einrichtung gemeinsam behandelt werden sollten.

Auf unsere Arbeit mit Drogenabhängigen bezogen heißt dies: Wir müssen von einer langjährigen Therapie ausgehen, wobei der stationäre Teil nur der Anfang ist, der es dem Rehabilitanden ermöglichen soll, die Droge nicht mehr als einzige Möglichkeit zur Bekämpfung seiner Not einzusetzen, sondern sich im therapeutischen Rahmen Hilfe zu holen. Die nachfolgenden ambulanten Maßnahmen sind dann eine jahrelange Begleitung dieser Rehabilitanden.

Von daher haben wir die ambulante Arbeit in der Region so in unser Gesamtkonzept integriert, dass den Rehabilitanden eine Kontinuität der Bezugspersonen gesichert bleibt.

Der systemische Ansatz

Zu unseren oben dargestellten tiefenpsychologisch orientierten Annahmen zur Ätiologie, Symptomatik, aber auch Behandlung von schweren Krankheitsbildern und Fragen

zur Komorbidität, vervollständigt der systemische Ansatz aus unserer Sicht das Verständnis der Erkrankung als komplexes Bedingungsgefüge und vermag vor allem in der praktikablen Umsetzung einiger Techniken einen wesentlichen Beitrag in Richtung auf ressourcenorientiertes Self-Management und Psychoedukation zu leisten.

Im Unterschied zu den meisten familientherapeutischen Ansätzen steht hier weniger das familiäre Beziehungsgefüge mit dem Rehabilitanden als Symptomträger im Mittelpunkt der Analyse, sondern der Rehabilitand selbst, als Produkt oder Ergebnis einer nicht gelungenen Synthese aus überlieferten ‚Eltern- und Großelternprogrammen‘ und den eigenen Erfahrungen aus der Anwendung dieser ‚Programme‘ in seiner Umgebung. Die Person selbst repräsentiert die Gesamtheit der historischen ‚Programme‘ der relevanten familiären Einzelpersonen mit all ihren ‚Defekten‘ und Ressourcen. Unter Programm verstehen wir die Gesamtheit der (Über-) Lebenserfahrungen der Vorgenerationen, die über die Eltern und erziehungsrelevanten Personen weitergegeben werden. Somit stellt dies einen vorgegebenen Teil des Identifikationsprozesses - mit verschiedenen, teils antagonistischen Inhalten und Wertvorstellungen - als Grundlage der Ausbildung einer eigenen Persönlichkeit dar.

Jedes einzelne (überlieferte) Programm steht für eine vollständige Verhaltensorganisation der Person in ihrer Interaktion mit der Umwelt. Die Folge ist, dass sich jede Person in einem ständigen Entscheidungskonflikt zwischen gleichzeitigen und/oder gleichwertigen und/oder sich gegenseitig ausschließenden Programmen befindet. Erst eine gelungene Synthese der Programme - wobei dieser synthetische Prozess nicht statisch ist, sondern ‚fortgeschrieben‘ dynamisch wird - schafft eine neue Qualität, in der die Programme der Vorgenerationen zwar wieder zu finden sind, aber sich in einer weiter entwickelten Persönlichkeit repräsentieren.

Bei Abhängigkeitserkrankungen und schwerwiegenden Krankheitsbildern, wie Persönlichkeitsstörungen, haben wir durchgängig eine unzureichende bis nicht vorhandene ‚Synthetisierung‘ der vorgegebenen Programme erfahren.

Stattdessen zeigen sich die Programme antagonistisch und wirken so symptombildend: Die Identitätsinhalte und -merkmale unterliegen einem Entweder-Oder, blockieren somit Entwicklung (im Unterschied zur entwicklungsfördernden Synthese) bis hin zur vollständigen Auflösung und Auslöschung von Inhalten und Merkmalen, was in letzter Konsequenz die Auflösung der Persönlichkeit und somit der Person als eigenverantwortlich handelndes Subjekt in seiner Umgebung bewirken kann.

Dies tritt dann ein, wenn existentiell widersprüchliche Programme einer erziehungsrelevanten Person und/oder diese als konträre Gegensätze zwischen den Eltern von jenen weitergegeben werden.

Das betroffene Kind wird sich nicht mehr ganzheitlich und entwicklungsorientiert erleben und verhalten, sondern ist nur noch ambivalent fixiert. Es kann sich als Individuum jetzt nicht mehr auf programmatische, überlieferte Inhalte beziehen, da diese Inhalte seiner jeweiligen Beziehung zu Vater und Mutter sind. Wenn beide jeweils positive Resonanz vom Kind hierauf erwarten, führt dies zu einem ständigen Widerspruch. Dies erzwingt eine existentielle Verleugnung der eigenen Persönlichkeitsanteile mit den dazugehörigen Autonomiebedürfnissen.

Die destruktive Wirksamkeit dieser Antagonismen steigt mit zunehmender Abstraktion der überlieferten Inhalte und Personen (die ‚liebe‘ Oma, die ‚böse‘ Stiefmutter) oder im häufigsten Fall der Tabuisierungen (Familiengeheimnisse, Kaiser 1989) innerhalb der

Familie bis zum ‚Vergessen‘ jener antagonistischen Inhalte. Übrig bleiben Klischees ohne substantiellen Hintergrund, für die betroffene Person nicht nachvollziehbare eigene Wertesysteme, irrationale Handlungen oder Handlungsabsichten (heimliche Familienaufträge), Vermeidung jeglicher Weiterentwicklung, stattdessen: Ausprägung psychosomatischer Folgeerscheinungen, Verleugnung eigener Persönlichkeitsanteile bis zum Versuch der völligen Löschung (Drogen) - auch auf Kosten der eigenen Existenz (Aufgabe jeglicher psychosozialer und beruflicher Entwicklung). In der Entwicklung der Person werden mit der Pubertät diese Antagonismen im Erleben und Verhalten wirksam.

Wenn überlieferte Programme oder Inhalte antagonistisch wirken, zeigen sich unterschiedliche Reaktionen bei den betroffenen Personen:

- Ausstieg aus der Authentizität eigener Identität, eine Scheinidentität wird vorgestellt
- Umstieg/Wechsel der Identitäten über ‚zu Hilfenahme‘ von Suchtmitteln
- Auslöschung von Identität/Existenz (Ziel des Drogenmissbrauchs)

Beim Ausstieg finden wir Formen der Identifikation über geeignet erscheinende Objekte oder Strukturen (häufig bei Heranwachsenden z. B. über Idole, hierarchische, faschistoid anmutende Strukturen etc.).

Der Umstieg/Wechsel ist bei Suchtmittelabhängigen paradigmatisch, besonders typisch bei Alkoholabhängigen (z. B. Überangepasstheit vs. Querulanz), wobei das Suchtmittel den Umstieg fördert.

Schwerstabhängige, deren bevorzugtes Suchtmittel bereits lebensgefährdendes Potential in sich birgt und deswegen konsumiert wird, aber auch Personen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (incl. Borderline-Störung) verfolgen das Ziel der Löschung von Identität, bis hin zum Suizid.

Zur Erfassung der überlieferten Programme erstellen wir gemeinsam mit dem Rehabilitanden ein Familienbild, in dem die psychodynamischen Bezugssysteme der wesentlichen Personen dargestellt werden. Erfasst werden hierbei alle relevanten Daten und Inhalte hinsichtlich von Identitätsbrüchen bereits in der Vorgeschichte, Antagonismen aber auch Ressourcen – wobei das Erkennen und Auflösen von Widersprüchen erst die Nutzbarkeit von Ressourcen ermöglicht (Stierlin, H., 2001).

Diese Informationssuche mit anschließender entwicklungsorientierter Verarbeitung begleitet den gesamten therapeutischen Prozess.

Als nützlich hat sich dieser Ansatz zudem bei der Rückfallprophylaxe und der Bearbeitung von Rückfällen erwiesen. Antagonismen, die entwicklungshemmend bzw. blockierend wirken, können ursächlich als Auslöser identifiziert, ‚umgedeutet‘ (Stierlin) und somit bearbeitet werden. Besonders wirksam ist er gerade in Situationen außerordentlicher emotionaler Anspannung, weil er dem Betroffenen zu einer emotional distanzierteren Sicht verhilft und ressourcenmobilisierend wirkt.

Die Anwendung beider Ansätze in unserer Arbeit

Das therapeutische Setting basiert auf psychodynamischen und systemischen Sichtweisen. Psychodynamisch wird die Reflektion der individuellen Identitätsbildung und die Differenzierung von Persönlichkeitsanteilen beachtet und eine diesbezügliche

Entwicklung gefördert. In dieser Sichtweise setzt der Abhängige affektiv Sucht zur Erhaltung seiner Existenz ein und spaltet die kognitive Erfahrung der Selbstschädigung aus seinem Gefühl ab. Die Begleitung und Anregung einer ganzheitlicheren Selbstwahrnehmung - sich aushalten und gehalten werden - und die Verantwortung für diesen Prozess zu übernehmen, stellt einen Prozess der Individuation dar, der meist die Lösung aus schädigenden Primärbeziehungsmustern erfordert und der mit den Rehabilitanden entwickelt wird. Das ‚Wie und Wohin‘ der persönlichen Entwicklung wird von systemischen Ansätzen geprägt.

Neben den zusätzlich eingebrachten therapeutischen Schwerpunkten der einzelnen Psychotherapeuten gibt uns der systemische Ansatz insbesondere bei zwei häufig auftretenden Aspekten unserer Arbeit effektive Interventionsmöglichkeiten: Zum Einen gelingt es mit einer weiter gefassten, ressourcen- und nicht ausschließlich pathologisch und ‚defektorientierten‘ Betrachtungsweise der Abhängigkeit zirkuläre Kausalketten - Sucht als regressive und einzige Lösung komplizierter Störungen, die die Störungen fixiert und wiederum sich in der Aufrechterhaltung der Störungen begründet - zu durchbrechen; zum anderen kann diese Sicht die regressiven, auf Sicherheit ausgerichteten Überlebensstrategien lockern. Der systemische Ansatz bietet ebenfalls die Möglichkeit im sozialen Kontext der Rehabilitandengemeinschaft entstehende soziale Bedingungsgefüge zu analysieren und mit den Rehabilitanden Modifikationen und Erweiterungen ihrer bisher reduzierten Sozialkompetenz zu erarbeiten. Hierbei wird Wert auf eine selbstverantwortliche soziale Regulation innerhalb der Rehabilitandengemeinschaft im Sinne einer ‚Therapeutischen Gemeinschaft‘ mit ihren gebräuchlichen Standards, wie Vollversammlungen, Transparenz der Personen (Jones 1976), Selbsthilfegruppen, Ethikrat und persönliche Verantwortungen für Gemeinschaftsangelegenheiten, gelegt.

Psychoedukative und verhaltenstherapeutische Ansätze

Bei Komorbidität mit weiteren psychischen Störungen ist ein besonderes Behandlungssetting erforderlich. So profitieren psychotisch Erkrankte beispielsweise von einer psychoedukativen Schulung bezüglich der Erkennung von Frühsymptomen und der Notwendigkeit psychopharmakologischer Langzeitbehandlungen. Zudem sind im Bereich der Ergotherapie kognitive Trainingseinheiten von Bedeutung, um Arbeitsaufgaben erfassen und umsetzen zu können. Bei Rehabilitanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen und bei posttraumatischen Störungen ist das Erlernen von Selbststabilisierungstechniken und von Techniken zur emotionalen Selbstregulation die Grundbedingung für die weiterführende Reflektion ihrer Suchterkrankung und das Erlernen suchtmittelfreier Lösungen in der Bewältigung ihrer Lebensprobleme.

Bewährt haben sich hier Ansätze aus der kognitiv-behavioralen Therapie nach Linehan (Skill-Training) und der Traumatherapie nach Reddemann und Sachsse.

Behandlungsschritte im Einzelnen

Grundlage unseres therapeutischen Angebots ist ein milieutherapeutischer Ansatz, der es ermöglicht, eigenes entwicklungs- und integrationsstörendes, bzw. ver hinderndes Verhalten angemessen zu identifizieren, bewusst zu arbeiten und ein tragfähiges Sozialverhalten zu trainieren.

Dazu gehören die Wahrnehmung und das gegenseitige Ansprechen des Verhaltens eines Rehabilitanden in allen Bereichen.

Wenn z. B. einige Feiertage hintereinander anstehen, so müssen wir immer wieder die

Erfahrung machen, dass starke regressive Tendenzen und Wünsche bei vielen Rehabilitanden entstehen, denen wir alle mit einer mit den Rehabilitanden ausgearbeiteten Struktur entgegensteuern.

Die, die dieses Training nicht ausreichend vollzogen haben, erfahren oft nach Beendigung der Rehabilitation, dass bei mangelnder Anforderung bzw. nicht kompensierbarer Überforderung regressive und depressive Tendenzen auftreten, die die Rückfallgefahr erhöhen.

Wenn diese Gefahr besteht, resultiert für viele eine Dominanz des Lustprinzips (Dietrich 1991), auch beschreibbar als Mangel an Belohnungsprinzip (s. o.), die direkt zum Rückfall animiert.

Das tägliche Erfahrungsfeld wird mit psychodynamischen und systemischen Sichtweisen übersetzt und in Einzel- und Gruppenarbeit mit den prägenden Faktoren der individuellen Entwicklung zusammengebracht, damit der Rehabilitand sein Verhalten in der Konfrontation von Realität und Prägung verstehen kann und damit Grundlagen der Erkenntnis bilden kann, was er wie und warum verändern muss, um erfolgreicher und erträglicher sein Leben gestalten zu können.

Diese entwicklungsfördernden Ansätze werden indikativ auf die Therapieziele (Erwerbsfähigkeit, Abstinenz, Integration) abgestimmt.

Ziel für die meisten Rehabilitanden ist eine vorher nicht gelebte Autonomie, die lange begleitet werden muss, damit diese nicht wieder durch Regressionen in alte Sicherheiten (gelernte Überlebensstrategien) mit dem dazugehörigen Verhalten, einschließlich Substanzmissbrauch, aufgegeben wird.

Die wesentlichen Probleme des Selbst spiegeln sich in den Beziehungen zwischen den Geschlechtern. Der Abhängige stellt das familiäre System in pathologischer Art und Weise wieder her und wiederholt häufig in der Übertragung pathologische Bezüge.

Für alle teilnehmenden Rehabilitanden gibt es einen deutlichen Zuwachs an Selbsterkenntnis, wenn wir eine systemische Sicht über das Mehrgenerationenmodell gemeinsam erarbeiten. Dabei können Aspekte der eigenen Persönlichkeit, die zunächst sehr widersprüchlich erscheinen, in diesem erweiterten familiären Bezugsrahmen wiedererkannt werden. Die Akzeptanz öffnet den Zugang zu den blockierten Ressourcen, der zuvor abgewehrten Persönlichkeitsanteile.

Diese müssen in einer sozialverträglichen Weise im Leben integriert werden können. Im Rahmen der systemischen Arbeit haben sich Gespräche mit Eltern und Geschwistern oder auch Partnern hier im Haus als hilfreich erwiesen. Dabei geht es um Klärung der Rollen, der Positionen, aber nicht um eine Zuweisung von Schuld, auch wenn diese ängstlich befürchtet wird.

Wenn diese grundsätzlichen Überlegungen zur psychodynamischen Therapie in Verbindung mit dem systemischen Ansatz zum Zuge gekommen sind, ist es den einzelnen Therapeuten selbstverständlich möglich, die im Rahmen der persönlichen Weiterbildung angeeigneten therapeutischen Methoden (kognitive Verhaltenstherapie, DBT) und auch die der humanistischen Psychotherapie, anzuwenden, als da sind Gestalt-, Trauma- und Körpertherapie.

Dort, wo die Anwesenheit der Gruppenmitglieder eine Realitätskontrolle und Spiegelung ermöglicht, ist der Druck zur effektiven Verhaltensänderung am größten.

Die regelmäßigen Einzelgespräche schaffen einen persönlichen Schutzraum, in dem schambesetzte Themen und individuelle Therapieschritte behandelt werden können, z. B. bei Vorliegen bestimmter Indikationen, wie Traumatisierungen, psychotischen

Störungen und Angststörungen.

Sozial- und psychotherapeutische, sozialmedizinische Angebote

Therapiegruppen

Es bestehen vier halboffene Therapiegruppen mit gemischtgeschlechtlicher Besetzung von bis zu acht Rehabilitanden. Jeder Rehabilitand nimmt pro Woche bis zu 8 Stunden an der psycho- und sozialtherapeutischen Gruppenarbeit (tiefenpsychologisch-systemisch orientiert mit verhaltenstherapeutischem Anteil) teil.

Diese Einheiten werden durch störungsspezifische und indikative Gruppenangebote ergänzt.

Der/Die Gruppentherapeut/-in ist die Bezugsperson für die Gruppenmitglieder. Hier laufen sämtliche Informationen aus allen Therapiebereichen zusammen und sind somit jederzeit auf dem aktuellen Stand abrufbar.

Je nach Indikation finden Gruppen im Co-Therapeutensystem statt.

Indikative Gruppen

Wir bieten u. a. folgende Gruppen an:

- Frauengruppe
- Männergruppe
- Elterngruppe
- Paargruppe
- Gruppe zur Förderung von sozialer Kompetenz
- Stabilisierungsgruppe/Skilltraining/Fertigkeitentraining der emotionalen Selbstregulation
- Raucherentwöhnungsgruppe
- Psychosegruppe

Je nach Indikation und Personenzahl werden weitere Gruppen angeboten.

Einzelgespräche

Neben den im Team, in der Fallbesprechung, im Rahmen der Diagnostik und Therapieplanung hinsichtlich der individuellen Problemstellungen vereinbarten wöchentlichen Einzelgespräche besteht für den Rehabilitanden zusätzlich die Möglichkeit, von ihm ausgewählte Therapeuten anzusprechen und weitere Einzelgespräche zu vereinbaren. Einzelgespräche haben auch vorbereitenden und vertiefenden Charakter für Inhalte, die für den Rehabilitanden in der Gruppenarbeit noch nicht leistbar sind und finden in Krisensituationen gehäuft statt.

Die regelmäßigen Einzelgespräche schaffen einen persönlichen Schutzraum, in dem schambesetzte Themen und individuelle Therapieschritte behandelt werden können, z.B. bei Vorliegen bestimmter Indikationen wie Traumatisierungen, psychotischen Störungen und Angststörungen.

Psychoedukative Maßnahmen

Die Maßnahmen dienen dem Abbau von Informationsdefiziten und der Erhöhung der

Compliance (Linden 1986) bei Rehabilitanden und Angehörigen und bewirken somit eine höhere Fähigkeit zur Selbstregulation (Freiberger, H. et al. 1996).

Wir bieten an:

Rehabilitandeninformationen zu unterschiedlichen Themen (Sucht, Abhängigkeit, Therapieprozess, Entwicklungspsychologie, Gesundheitsberatung, Ernährungsschulung, Lebererkrankungen etc.) in Einzelgesprächen, Therapie- und Großgruppen und Angehörigengesprächen.

Anleitung zur Durchführung von Gesprächskreisen

Zu festen Terminen organisieren die Rehabilitanden selbständig (Selbsthilfegedanke und Förderung der sozialen Teilhabe) zu bestimmten Fragestellungen die Gesprächskreise auch am Abend:

- Wochenrückblick
- Teelicht (ausgewählte Themen und Fragestellungen zur Therapie auf Wunsch mit Begleitung durch psychotherapeutische Mitarbeiter)
- Vorstellungsrunden
- Jüngeren- und Älterengruppe
- Ethikrat (gewählter Rehabilitandenrat als Mediationsforum)

4.7.5 Angebote für die berufliche Teilhabe

4.7.5.1 Ergänzungskonzept BORA

Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für die BORA-Zielgruppen

0. November 2024 / Verfasser

Hans-Joachim Schmidt, Kim W. Kalk und Valerie Philipp, unter Mitwirkung der Mitarbeiter der Arbeits- und Ergotherapie, der Sozialarbeit, der Verwaltung, des medizinischen sowie sozial- und psychotherapeutischen Bereichs.

1. Einführung

Traditionell hat die Auseinandersetzung mit der beruflichen Situation einen hohen Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Ausgangspunkt sind hierbei die mit der Abhängigkeitserkrankung in Zusammenhang stehenden spezifischen (persönlichen) Bedingungen, die besondere erwerbsbezogene Problemlagen (s. BBPL) als Regelfall wahrscheinlicher werden lassen bzw. nahezu zwangsläufig ergeben.

Eine nochmalige Verschärfung erfahren wir in den (suchtmittel-)spezifischen Entwicklungsverläufen bei Abhängigkeitserkrankungen mit illegalen Drogen gegenüber alkohol- bzw. medikamentenabhängigen Rehabilitanden.

Einhergehend mit der Ausprägung einer Abhängigkeitserkrankung mit Präferenz illegaler Suchtmittel im Verlauf der Pubertät – in Einzelfällen noch früher – ist spätestens ab diesem Zeitpunkt eine sozial positive Entwicklung mit dem Ziel einer möglichst eigenverantwortlichen Selbststeuerung hinsichtlich gesellschaftlicher und beruflicher Aktivität und Teilhabe zumindest empfindlich gestört, wenn nicht sogar abrupt beendet. Häufig weisen Biografien Betroffener einen Einbruch in den schulischen Leistungen mit der beginnenden (Suchtmittel-) Abhängigkeit auf, bis hin zur vorzeitigen Beendigung der schulischen Ausbildung ohne Abschluss.

Die Folgen für Aktivität und Teilhabe bereits im jungen Erwachsenenalter sind gravierend, zumal zu den Entwicklungsbeeinträchtigungen, als Spezifikum illegaler Suchtmittel, häufig eine nicht unerhebliche und belastende strafrechtliche Situation hinzukommt. Im Ergebnis siedeln sich Abhängigkeitskranke mit derartiger Vita häufig am Rand der Gesellschaft an - dann selten noch mit Möglichkeiten, Vorstellungen hinsichtlich einer Teilnahme, geschweige denn Teilhabe entwickeln zu können. Bei näherer Betrachtung unserer Rehabilitandenstruktur zeichnen sich deutliche Defizite - oder positiv formuliert Entwicklungspotentiale - in den arbeitsbezogenen Basisfähigkeiten, wie Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit und Disziplin ab. Dies spiegelt das Ergebnis der Umfrage einer Studie (15.000 Betriebe) anlässlich des Deutschen Industrie- und Handelstages (DIHK, 2013) mit 15.000 Befragungen bei Schulabgängern vor Aufnahme einer Ausbildung wieder, was im Ergebnis den Konkurrenzdruck bei zusätzlicher Beeinträchtigung durch eine Abhängigkeitserkrankung erhöht.

Auch aufgrund unserer geografischen Lage (Fachklinik in Hessen an der Landesgrenze zu Thüringen, Adaptionseinrichtung in Thüringen) hat sich in den vergangenen Jahren die Zusammensetzung der Rehabilitandengemeinschaft hinsichtlich der Suchtmittelpräferenzen zu Gunsten von Methamphetamin verschoben (aktuell 30 - 50%) - einhergehend mit einem bekanntermaßen erforderlichen, wesentlich aufwendigeren Prozess der therapeutischen Begleitung. Unter anderem bringt diese Form der Abhängigkeit deutlich höhere Beeinträchtigungen, wie Konzentrationsstörungen, eingeschränkte Gedächtnisleistungen, Störungen im Erinnerungsvermögen und allgemein im kognitiven Leistungsvermögen mit, die bei günstigem Verlauf nicht nachhaltig bestehen bleiben müssen, aber eine deutliche Beeinträchtigung in den ersten Wochen, z. T. Monaten, darstellen - wobei der Zugriff auf gegebene Ressourcen zunächst kaum möglich ist. Hier setzen bedarfsadaptierte kognitive Trainingseinheiten sowie beispielsweise eine Anleitung zur Alltagsbewältigung ein.

Weitere klinikspezifische Parameter, die besonderer Berücksichtigung bedürfen, sind: suchtmittelbezogene psychische Störungen und Doppeldiagnosen, u.a. häufig Zustand

nach drogeninduzierter Psychose, aber auch Essstörungen, bei einem insgesamt relativ hohen Anteil von Persönlichkeitsstörungen (50-70%).

Unter den aufgeführten konsum- und klinikspezifischen Variablen ergibt die Zielgruppenanalyse (Daten der letzten beiden Jahre) mit über 90% eine deutliche Konzentration in der BORA-Zielgruppe 4. Die übrigen knapp 20% verteilen sich nahezu gleich auf die übrigen BORA-Zielgruppen, wobei sich auch hier berufliche Problemlagen abzeichnen, z. B. häufige krankheitsbedingte Fehlzeiten, häufige Arbeitsstellenwechsel oder übermäßige Konfliktkonstellationen am Arbeitsplatz.

- **Definition der BORA-Zielgruppen**

Grundlage für die individuelle Therapieplanung bilden die unterschiedlichen BORA-Zielgruppen. Es erfolgt im interdisziplinären Team, neben den individuellen suchtspezifischen und therapeutischen Zielvereinbarungen, eine mit dem Rehabilitanden vereinbarte Zielsetzung analog seiner BORA-Einstufung.

Rehabilitanden in Arbeit

Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Selbständige, Beamte, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (LTA)

BORA-Zielgruppe 1 - Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere Problemlagen

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

Rehabilitanden ohne Arbeit

BORA-Zielgruppe 3 – Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (Bezug von ALG I), bei Arbeitsplatzverlust während der Krankschreibung und bei Langzeitarbeitsunfähigkeit nach Aussteuerung

BORA-Zielgruppe 4 – Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (Bezug von ALG II)

Nicht-Erwerbstätige

BORA-Zielgruppe 5 – Nicht-Erwerbsrehabilitanden, die eine (Re)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, u.a. Schüler, Studenten, bei zeitlich befristeten Berentungen

- **Kontraindikation**

Grundsätzlich muss eine Rehabilitationsfähigkeit gegeben sein. Bei starken körperlichen (Folge)Schäden, u. a. starke Einschränkung der Mobilität aufgrund langjähriger Suchtmittelabhängigkeit, sowie bei geistigen Abbauprozessen und

intellektueller Minderbegabung, die eine aktive Teilnahme nicht mehr zulassen, ist diese Behandlung nicht (mehr) geeignet. Eine Kontraindikation ist ebenfalls bei schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen, wie akuten Psychosen oder akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung gegeben.

- Therapieziele allgemein

Allgemeines Ziel der medizinischen Rehabilitation (s. wiss. Konzept) ist es, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Aktivität und der Teilhabe am Arbeitsleben und/oder Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern.

Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder/erstmalig) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für ihn als 'normal' (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden. Zum Realisieren der Zielvorstellungen gehören insbesondere: Erreichung und Erhaltung von Abstinenz als wichtige Grundvoraussetzung für die weiteren Zielvorstellungen, Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen und möglichst dauerhafte Erhaltung bzw. Erreichung der Eingliederung in Arbeit (Beruf) und Gesellschaft.

Weitere Rehabilitationsziele sind der weitestgehende Erhalt oder das Erreichen einer selbständigen Lebensführung und die Verhinderung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit. Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe bestehen häufig in den Bereichen Tagesstrukturierung, soziale Kommunikation, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, Umsetzung sozialer Werte, körperliche Aktivität und Körperwahrnehmung, in Erziehungsfragen und aktiver wie sinnvoller Freizeitgestaltung.

Wir fördern die Fähigkeit zur Krankheitseinsicht und den Umgang mit der Erkrankung. Gemeinsam entwickeln wir individuelle Möglichkeiten einer zufriedenstellenden und selbstbestimmten Lebensführung im Sinne eines Selbstmanagements mit Strategien zur Krisenbewältigung einschließlich einer Rückfallprophylaxe.

- Darstellung der Integration in das Gesamtkonzept

Das Konzept für die BORA-Zielgruppen erweitert den Punkt 4.7.5 (Ergo- und Arbeitstherapie, Arbeitsbezogene Interventionen) unseres wissenschaftlichen Konzeptes.

2. Einrichtungsbezogene Struktur

- Größe der Abteilung Abhängigkeitserkrankungen indikationsbezogen

Es können 32 Frauen und Männer aufgenommen werden, die drogen-, alkohol- und mehrfachabhängig sind.

Unser Angebot richtet sich an alle Rehabilitanden, an sowohl diejenigen, die erstmalig eine stationäre Entwöhnungsbehandlung durchführen, wie an diejenigen, die eine tiefergehende Behandlung bzw. eine Auffangtherapie benötigen und an Rehabilitanden, die nach abgeschlossener Entgiftung eine Orientierung hinsichtlich eines weiteren Umgangs mit ihrer Abhängigkeitserkrankung suchen (s. Pkt. 3.3 wiss. Konzept).

Die Differenzierung entlang der individuell unterschiedlichen sozialen und beruflichen Ausgangsbedingungen erfolgt, insbesondere mit dem Fokus einer Verbesserung der Befähigung zur Aktivität und Teilhabe, in den ersten zwei Wochen auf dem Hintergrund der BORA-Eingruppierung mit individuellen Zielvereinbarungen. Häufig sehen wir uns hier einer deutlichen Diskrepanz in der Eigen- und Fremdwahrnehmung, z. B. hinsichtlich Leistungsbereitschaft, Ausdauer oder Übersicht gegenüber - bei durchaus überzeugend formulierten Darstellungen hinsichtlich einer zukünftigen oder in der Vergangenheit geleisteten Tätigkeit.

Parallel und fortlaufend in wechselseitiger Ergänzung erfolgt die Therapieplanung entlang der Diagnosen und Indikationen.

- Personalausstattung – Veränderungen durch Einführung der „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014“

Folgende, für die indikationsbasierte Diagnostik, Therapieplanung und -durchführung, zuständige Mitarbeiter sind parallel an dem Prozess der BORA-relevanten Therapieplanung und Umsetzung beteiligt:

Hauptverantwortlich für den Prozess sind drei qualifizierte Ergo- und Arbeitstherapeuten.

Dieser erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der leitenden Ärztin, mit therapeutischen Mitarbeitern (Testungen, Schulungen) sowie Sozialarbeitern (Bewerbungstraining, Entlassmanagement).

- Spezifische Ausstattung von Räumen

Es stehen eine Werkstatt mit Lager, eine Holzwerkstatt mit Maschinen zur Holzbearbeitung, eine kleine Metallwerkstatt und ein Brennofen für Töpferei zur Verfügung. Darüber hinaus ein Raum für die Ergo- und Arbeitstherapie für Rehabilitanden mit gestalterischen Interessen bzw. zum Erlernen/Trainieren eines

Umgangs mit unterschiedlichen Materialien. Der PC-Raum mit fünf Arbeitsplätzen bietet einen Bereich für das Bewerbungstraining. Der Raum steht ebenfalls zur privaten Nutzung in der Freizeit zur Verfügung.

Weitere Projekt- und Betätigungsfelder sind der klinikeigene Obst- und Gemüsegarten, die Außenanlagen, die Hauswirtschaft mit Küche und Waschküche.

Bei Interesse können Grundfähigkeiten in Reparatur- und Instandhaltungsarbeiten vermittelt werden, die Möglichkeit zu gemeinnützigen Tätigkeiten außerhalb der Einrichtung kann vereinbart werden.

- Spezifischer Aus- und Fortbildungsstand bei Mitarbeiter*innen

Die drei qualifizierten Arbeits- und Ergotherapeuten verfügen zusätzlich über abgeschlossene Berufsausbildungen (Tischler, Elektro-Meister) und Qualifizierungen in der Bedienung holzverarbeitender Maschinen sowie der Feldenkrais-Methode verfügen.

Die leitende Ärztin ist für die somatische und sozialmedizinische Diagnostik verantwortlich sowie für sozialmedizinische Fragestellungen und Beurteilungen der Rehabilitanden.

3. Einrichtungsbezogene Organisation für BORA-Zielgruppen

- Spezifiziertes Assessment zum Erwerbsbezug vor Aufnahme im Einladungsschreiben

Vor Aufnahme der Rehabilitanden erfolgt anhand der im Einladungsschreiben angeforderten Bewerbungsunterlagen (i. d. R. Lebenslauf, beruflicher Werdegang, Sozialbericht und ärztliche Befunde) eine BORA-Eingruppierung („Screening“). Diese wird in den ersten zwei Wochen nach Aufnahme über eine detaillierte allgemeine und berufliche Anamnese verifiziert, ggfs. angepasst.

- Zusammensetzung und Organisation des BORA-Zielgruppen zugeordneten Teams

An der anamnestischen Erhebung sind alle zuständigen Berufsgruppen (Medizin, Pflege, Psychotherapie, Sozialarbeit) beteiligt. Die berufliche Erhebung, sowie die Überprüfung der vereinbarten BORA-Ziele obliegt den zuständigen Ergo- und Arbeitstherapeuten.

Es erfolgt zu Beginn die ärztliche Aufnahme mit umgehender Rückmeldung an die zuständigen Ergo- und Arbeitstherapeuten über zu berücksichtigende Besonderheiten/Beeinträchtigungen hinsichtlich des Erreichens der BORA-Ziele.

Auswertungen von Fragebögen und Testungen werden von Ergo- und Arbeitstherapeuten und Psychologen zu Beginn, falls erforderlich im Verlauf und zur Endbefundung, durchgeführt.

Zu Beginn finden einführende Schulungen statt. Diese werden im weiteren Verlauf durch Vorträge und zielspezifische Schulungen für die jeweiligen Eingruppierungen ergänzt. Schulungen und Vorträge werden von allen zuständigen Mitarbeitern entlang ihrer Qualifikation hinsichtlich der Inhalte angeboten; die wesentlichen, arbeitsbezogenen, von den Ergo- und Arbeitstherapeuten, die auch die Gesamtorganisation übernehmen.

Zwei Wochen nach Aufnahme erfolgt nach gemeinsamer Vereinbarung der BORA-Ziele eine Patientenvorstellung im interdisziplinären Team.

- Organisation und Inhalt der interdisziplinären Fallbesprechungen

Fortlaufend bei den turnusmäßigen Patientenvorstellungen in den Fallbesprechungen/Patientenkonferenzen nach vier Wochen, zur ‚Halbzeit‘ und vor Entlassung, erfolgen Bilanzierung und eine weitere Planung für die nachstationäre Zeit durch die zuständigen Ergo- und Arbeitstherapeuten.

- Zusammenarbeit mit externen Institutionen / Organisationen der Belastungserprobung

In Einzelfällen können für Rehabilitanden aus den BORA-Gruppierungen 1 und 2, bei denen eine weitere stationäre Maßnahme nicht indiziert ist, im letzten Drittel der Therapiephase I externe Praktika durchgeführt werden, die den anschließenden Einstieg in den Berufsalltag erleichtern sollen.

Im Einzelfall werden Rehabilitanden aus diesen Gruppen nach Abschluss der Therapiephase I keine weiteren stationären Hilfestellungen benötigen/in Anspruch nehmen wollen, so dass für diese eine weitere Unterstützung arbeitsplatzfokussiert bleibt, z. B. Gespräche mit dem Arbeitgeber, unterstützende Fortbildungsmaßnahmen zum Erhalt des Arbeitsplatzes, BEM, etc.

4. Medizinisch-beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

- Darstellung der multiprofessionellen Eingangsdiagnostik

Die Anamneseerhebung erfolgt aus medizinischer, ergo- und arbeitstherapeutischer sowie sozial- und psychotherapeutischer Perspektive zu Beginn der Behandlung in den jeweiligen Abteilungen und wird sowohl in den jeweiligen Patientenakten, wie auch in der Datenbank erfasst.

Die erstmalige Patientenvorstellung nach zwei Wochen durch die Ergo- und Arbeitstherapie (mit BORA-Eingruppierung und übergeordneten BORA-Zielvereinbarungen, diese erfahren im Verlauf ggfs. notwendige Anpassungen) erfolgt anschließend mit allen beteiligten Mitarbeitern.

Die **ärztliche Eingangsdiagnostik** umfasst die körperliche Untersuchung, die sozialmedizinische und psychiatrische Anamnese (ergänzend Labordiagnostik und ggfs. Einleitung von Konsiliaruntersuchungen) mit Krankheitsverlauf. Berücksichtigung finden Vorbefunde, fehlende Vorbefunde werden angefordert. Die bestehende Medikation wird gegebenenfalls angepasst. Zur berufsbezogenen Anamnese gehören die Erfassung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, körperlichen Funktionseinschränkungen sowie subjektiven Einschränkungen und Beschwerden im Berufsleben und Alltag.

In der **psychologischen Eingangsdiagnostik** erfolgt eine systematische Erfassung der Familien- und Eigenanamnese hinsichtlich der reharelevanten Bedingungen und Entwicklungen, der psychischen Beschwerden und Störungen (differentialdiagnostisch im Verlauf), der allgemeinen Lebenssituation mit (sozialen) Belastungen und Einschränkungen sowie vorhandener (evtl. aktuell nicht verfügbarer) Ressourcen. Es wird eine ausführliche Psychodynamik und/oder Verhaltensanalyse erstellt. Testdiagnostisch kommen der d2-R, ZVT, BDI-II, im Einzelfall der IST 2000R oder ein vergleichbares Instrument zur Anwendung. Zur Erfassung der Persönlichkeit(sstruktur) dienen der MMPI-2, das PSSI, bei besonderen Fragestellungen der STAI.

Die allgemeine Anamnese wird ergänzt durch die **sozialanamnestische Erhebung** mit Erfassung der Kontextfaktoren, der allgemeinen Lebenssituation, wie die existentielle Sicherung, Beziehungsstatus, Kinder, Schulden, Führerschein (Mobilität) und Minderung der Erwerbsfähigkeit.

- der arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik

In der **arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik** erfolgt eine ausführliche Erhebung der Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese. Falls gegeben, erfolgt eine ausführliche Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes. Es werden Schulbildung, erreichter Schulabschluss (bei Abbruch Hintergründe), Berufswünsche (ggfs. Verhinderung dieser), Berufsausbildung(en), Gründe für nicht abgeschlossene Ausbildungen ebenso für Berufswechsel bzw. Umschulungen erfasst. Etwaige schulische und berufliche Probleme, sowie psychische und physische Belastungen während der Ausbildung(en)

werden aufgenommen. Die jetzige (letzte) Tätigkeit wird u.a. hinsichtlich Arbeitsinhalten, Umfang, Belastung, Atmosphäre, Hemmnissen und sozialen Faktoren konkret erfasst. Bei Arbeitslosigkeit erfolgt eine genaue Analyse einschließlich der hieraus resultierenden (psychischen) Belastungen und Folgen (u. a. Suchtmittelkonsum). Es ergeben sich weitere Fragestellungen hinsichtlich des Umgangs hiermit, bei Vorhandensein eines Arbeitsplatzes Fragen zur sozialen Integration am Arbeitsplatz (Anforderungen, Kontakt, Durchsetzungsvermögen, Entscheidungsspielräume, etc.). Falls erforderlich werden zusätzlich psychodiagnostische Untersuchungen durchgeführt.

Es wird das Würzburger Screening durchgeführt. Ergänzend hierzu finden der SIMBO-C, der Mini-ICF-APP sowie der Anamnese- und Selbsteinschätzungsbogen Eingang in die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik. Dieser Bogen wurde in Anlehnung an Ausbildungsfähigkeitsbögen für Schüler und Auszubildende erstellt und erfasst die Grundarbeitsfähigkeiten, die (körperliche) Belastbarkeit, das Sozialverhalten, soziale Integration, etc. Die Bögen werden auch hinsichtlich der Eigen- und Fremdeinschätzung ausgewertet. Bei Verdacht auf kognitive Beeinträchtigungen erfolgen Testungen über den psychologischen Bereich.

Die arbeits- und berufsbezogene Diagnostik verstehen wir als einen wesentlichen Teil des **Assessments**, das in den ersten beiden Wochen zusätzlich durch spezifisch hierfür eingerichtete Arbeitsplätze (Probearbeitsplätze) fundiert wird. Unter arbeitsplatzähnlichen Bedingungen werden Parameter aus den Bereichen körperliche Belastbarkeit, Sozialverhalten, emotionaler und kognitiver Zustand (u. a. Integrations- und Kritikfähigkeit, Ängste, Stress, Frustrationstoleranz, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit) erhoben.

Die Ergebnisse werden gebündelt und in den anschließend folgenden Zielvereinbarungen entlang der BORA-Gruppierung operationalisiert.

- der Arbeitsplatzanalyse

In Bezug auf den Aufwand werden die Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie am stärksten beansprucht. Ihnen obliegt die Einhaltung der im **Qualitätsmanagement** festgehaltenen Abläufe, die Organisation der hierzu notwendigen interdisziplinären Fallbesprechungen, die Fassung der vereinbarten Zielvorstellungen und deren Begleitung, sowie die abschließende Bewertung, auch, um bei Notwendigkeit, gemeinsam sozialmedizinische **Folgemaßnahmen** einzuleiten.

Die zum Teil notwendige sehr intensive Begleitung der Klientel, die um die 90% der BORA-Gruppe 4 zuzuordnen sind, findet auch auf dem Hintergrund statt, dass neben der Abwesenheit eines Arbeitsplatzes, z. B. letzte Tätigkeiten über 10 Jahre zurückliegen, diese zum Teil nicht steuerpflichtig gemeldet waren oder dass immer nur kurzfristige wöchentliche Beschäftigungen erfolgten, die häufig aufgrund massiver Suchtmittelabhängigkeit und/oder in Folge von Straffälligkeit nicht mehr

aufrechterhalten worden sind. Diese außerordentlichen Problemlagen können häufig mit sozialer Randständigkeit verknüpft sein, mit eingeschränkten basalen Sozialkompetenzen und aktuell nicht abrufbarer Ressourcen. Diese Rehabilitanden benötigen ein höheres Maß an Begleitung und Förderung/Forderung, altersangemessene und alltagsrelevante Kompetenzen zu erwerben. Es gelingt ihnen beispielsweise nicht zeitangemessen aufzustehen, mehr als eine halbe Stunde konzentriert zu bleiben scheint unmöglich, bis dahin, dass es ein verbesserungswürdiges Empfinden für die Körperhygiene gibt. Dies ist keine pauschale Beschreibung, sondern soll nur beispielhaft darstellen, dass zu Beginn der Maßnahme häufig die Voraussetzungen für die Zielerreichungen zur Teilhabeverbesserung fehlen, und somit erst einmal basale Grundfertigkeiten reaktualisiert oder gelernt werden müssen. Dies gelingt in der Regel im Verlauf, braucht aber einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand.

Die Umsetzung der vereinbarten Therapieziele erfolgt in den klinikinternen Arbeits- und Trainingsfeldern. Ziele können eine zeitliche/inhaltliche Aufgliederung in einzelne Projekte enthalten, um z. B. eine bessere Übersicht für Rehabilitanden mit Problemen bezüglich Konzentration und Durchhaltevermögen zu ermöglichen. Es erfolgt eine kontinuierliche Verhaltensbeobachtung und bei Notwendigkeit Begleitung mit täglichen Rückmeldungen an den Rehabilitanden durch den zuständigen Ergo- und Arbeitstherapeuten.

Als Tätigkeits- und Trainingsfelder stehen Hauswirtschaft (Küche, Waschküche), Holz- und Metallwerkstatt, Töpferei, Seidenmalerei, Arbeiten mit Materialien (u.a. Speckstein, Holz, Papier), Erlernen von Grundfertigkeiten in der Renovierung, Pflege der Außenanlagen incl. Teich sowie des Obst- und Gemüsegartens zur Verfügung.

Diese Bereiche werden für alle Rehabilitanden angeboten, die Einteilung erfolgt unter Berücksichtigung der individuellen Bedingungen und Wünsche der Rehabilitanden.

- Abgleich des Anforderungs- und Fähigkeitsprofils

Ab der dritten Woche werden die Erfahrungen und Verhaltensbeobachtungen in den vereinbarten Tätigkeitsfeldern zusammengefasst und in jedem folgenden Projekt mit den Zielvereinbarungen und den Anforderungen der gewünschten zukünftigen Arbeits- und Ausbildungsplätze abgeglichen. Eingeschätzt und bewertet werden hier zunächst arbeitsbezogene Grundfähigkeiten (u. a. physische und psychische Belastbarkeit, Ausdauer, Kontinuität, Zuverlässigkeit, Arbeitstempo, Gründlichkeit, Kontaktfähigkeit, Kritikfähigkeit).

Die Gestaltung der Folgeprojekte erfolgt in sukzessiver Angleichung an die Entwicklung.

Für die Rehabilitanden aus den Gruppen 3, 4 und 5 bleiben die nach Entwicklungsstand angepassten Projekte in der Regel über einen längeren Zeitraum bestehen, um die

Anforderungen hinsichtlich der Verbesserung der arbeitsbezogenen Grundfähigkeiten tragfähiger werden zu lassen. Es erfolgen Auseinandersetzungen mit berufsbezogenen Ängsten, ebenso Motivationsgruppen und Bewerbungstrainings. Häufiger liegen in der Vita schlechte oder keine Schulabschlüsse vor, so dass vor allem bei jüngeren Rehabilitanden eine Fortsetzung der schulischen Bildung sinnvoll ist.

Grundlage derartiger Maßnahmen oder auch Vorbereitungen zu einer (überbetrieblichen) Ausbildung beinhalten die Auseinandersetzung mit der Notwendigkeit, sich für anschließende stationäre Maßnahmen (u. a. Adaption, Betreutes Wohnen) entscheiden zu können, um eine weitere Stabilisierung und Erweiterung von Fähigkeiten dauerhaft zu erreichen. Die Planung und Vorbereitung findet interdisziplinär gemeinsam mit dem Rehabilitanden statt.

5. Medizinisch-berufliche, BORA-Zielgruppen orientierte Beratung und Therapie

- Inhalt, Methodik und Zielsetzung der medizinisch-beruflich orientierten Basis- und Kernmaßnahmen

Die wesentlichen Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Teilhabe bestehen in dem Zustand: Arbeitsplatz vorhanden, längerfristig kein Arbeitsplatz gegeben und Erwerblosigkeit. Entsprechend unterschiedlich erfolgen die BORA-Zielvereinbarungen.

Therapieziele für Rehabilitanden im Arbeitsverhältnis sind auf Erhalt des Arbeitsplatzes (BORA 1), Reduzierung der bestehenden besonderen beruflichen Problemlagen (BORA 2), die für Rehabilitanden ohne Beschäftigungsverhältnis (BORA 3 - 5) auf Erhöhung des beruflichen (Wieder-)eingliederungspotentials, auch unter Reduzierung bestehender Hemmnisse, ausgerichtet.

Gleichwohl haben für die BORA 3- bis einschließlich der BORA 5-Gruppierung folgende Kriterien (mit unterschiedlichem Umfang und Grad der Ausprägung) Bedeutung und Auswirkung und fließen somit in den Behandlungsplan mit ein.

Vermittlungshemmnisse: Langzeitarbeitslosigkeit, Suchtmittelabhängigkeit (Kündigung in der Vergangenheit), eigene Kündigung(en) ohne Beschäftigungsperspektive, auffällige Lücken im Berufslebenslauf, geringe Flexibilität (u. a. keine Schichtarbeit möglich), keine Anstellung über Zeitarbeitsfirma, außergewöhnliche häusliche Belastungssituation (Pflege), mangelnde Sprachkenntnisse, Lese- und Schreibschwäche, problematische/äußere Erscheinung (Zahnsanierung, 'Körperschmuck'), Probleme im Umgang mit Kollegen und Vorgesetzten, fehlende berufliche Motivation, physische/psychische Beeinträchtigungen, eingeschränkte Mobilität.

Für die BORA 2-Eingruppierung (und auch für die Gruppen 3 - 5):

Besondere berufliche Problemlagen: keine qualifizierte Ausbildung, gefährdeter Arbeitsplatz, bisheriger Beruf kann nicht mehr ausgeübt werden, eingeschränkte zeitliche Flexibilität (Schichtarbeit), Verweis auf Abschluss der Reha (Arbeitgeber), Umgang mit Diagnosen am Arbeitsplatz, fehlende berufliche Motivation, Wohnortwechsel, mangelnde Sprachkenntnisse, Lese- und Schreibschwäche und Dyskalkulie, problematische äußere Erscheinung, eingeschränkte Mobilität (Führerscheinverlust), hohe Schuldentilgung/finanzielle Belastungen.

Ausgenommen hiervon ist die BORA-Gruppe 1.

Nach Zuordnung in eine Zielgruppe wird gemeinsam mit jedem Rehabilitanden eine individuelle Therapieplanung mit zielgruppenspezifischen individuellen Therapiezielen festgelegt bzw. entwickelt.

Zielgruppenorientierte Leistungen:

BORA 1 – Insbesondere prophylaktische Leistungen u. a. Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber, BEM (§ 84 SGB IX), stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Kommunikations- und Konflikttraining, Umgang mit Abhängigkeitsthematik am Arbeitsplatz, Ergo- und Arbeitstherapie.

BORA 2 – Maßnahmen analog BORA 1, zusätzlich u. a. Problembewältigung am Arbeitsplatz, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, Sozialberatung, Ergo- und Arbeitstherapie.

BORA 3 – für arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit u. a. Angebote zum Umgang mit Ängsten und Konflikten, Bewerbungstraining, Sozialberatung, Gespräche mit Reha-Fachberater, Fallmanagement, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, PC-Schulungskurse, Ergo- und Arbeitstherapie.

BORA 4 – Maßnahmen analog BORA 3, darüber hinaus u. a. Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, interne Belastungserprobungen/Praktika, externe Belastungserprobungen und Einleitung weiterer Maßnahmen wie Adaption.

BORA 5 – analog BORA 3 und 4, darüber hinaus akzentuierte psychosoziale Unterstützung mit besonderer Gewichtung der Entwicklung/Stabilisierung oben aufgeführter basaler Fähigkeiten (Grundarbeitsfähigkeiten, soziale Fähigkeiten und Selbstbild).

- Ärztliche Aufgaben

Bei dem großen Anteil komorbider somatischer und psychischer Störungen bei Abhängigkeitserkrankten umfassen die ärztlichen Leistungen weitere, über die bereits

aufgeführten Aufgabenbereiche hinausgehende Bedarfe. Je nach Indikation sollte eine Akzeptanz hinsichtlich gegebener Einschränkungen (somatisch, psychisch) erreicht werden, ebenso der Notwendigkeit und/oder Nützlichkeit einer Maßnahme, um mögliche Verbesserungen zu erreichen. Hierzu gehören die Vermittlung eines umfassenden Krankheitsverständnisses, Aufbau gesundheitsfördernder Einstellungen, Motivation zur Änderung gesundheitsschädlichen Verhaltens.

Indikationsabhängig ist ebenfalls eine weitere somatische Diagnostik (u. a. Labordiagnostik, EKG), Medikamentenverordnung, fachärztliche Konsiliaruntersuchungen, im Einzelfall interkurrente Maßnahmen (wenn der Gesamtrehabilitationsprozess nicht unangemessen gestört wird).

- Vorträge / Seminare

Vorträge und Schulungen ergänzen den Gesamtrehabilitationsprozess und beinhalten zu Beginn eine Einführung in die teilhabeorientierten Aspekte der Rehabilitation einschließlich der vereinbarten Ziele und der zugrundeliegenden Diagnostik und BORA-Eingruppierung (Ergo- und Arbeitstherapie).

Schulungen zu Arbeitssicherheit, Bewerbungstraining, Förderung der sprachlichen und schriftlichen Kompetenzen (Ergo- und Arbeitstherapie, Sozialarbeit).

Es erfolgt ein **Seminar** zu den Möglichkeiten und sozialrechtlichen Voraussetzungen beruflicher Wiedereingliederungsmaßnahmen, den arbeitsrechtlichen Bedingungen bei krankheitsbedingten Problemlagen und/oder Konflikten am Arbeitsplatz, Unterstützungsmöglichkeiten durch den Sozialdienst der Klinik (Sozialarbeit).

Vortrag zur medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Arzt).

- Berufs- und Sozialberatung

Neben den regelhaften Testungen können bei Notwendigkeit, z. B. Unkonzentriertheit, kognitive Probleme, Antriebslosigkeit oder Stressreaktionen, weitere Testungen durchgeführt werden und indikative Therapieeinheiten (Gruppe oder einzeln) vereinbart werden.

Insbesondere Hintergründe für Vermittlungshemmnisse und die besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen sind Gegenstand der sozial- und psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelarbeit.

Weitere Unterstützung erhalten die Rehabilitanden durch den **Sozialdienst** in beruflichen und berufsrechtlichen (auch strafrechtlichen) Problemen, sowie bei Fragestellungen zu Führerschein, Schuldenregulierung, Erziehungsangelegenheiten (Jugendamt).

Unterstützung bei kognitiven Problemen erhalten Rehabilitanden durch ein standardisiertes **kognitives Trainingsprogramm** durch eine ausgebildete **Fachkraft**. Bei Bedarf findet dieses Trainingsprogramm auch in Form von Einzelsettings statt.

- Konzeption berufsbezogener Gruppen, z.B. Psychotherapie/Ergotherapie/Sozialarbeit

Entlang der berufsspezifischen Qualifikation werden nach der ersten interdisziplinären Fallbesprechung indikative Angebote und Maßnahmen besprochen und zugeordnet.

- Berufsbezogene Darlegung spezieller therapeutischer Ansätze

Ausgehend von Vorbefunden und der umfassenden Anamnese mit resultierender Diagnostik werden mit den zuständigen Berufsgruppen indikative Therapieeinheiten vereinbart.

Psychotherapeutische Angebote beziehen sich auf erwerbsbezogene Problemlagen bis hin zu einschränkender Komorbidität. Diese können z.B. Konfliktlösestrategien, Umgang mit eigenen Ansprüchen und Ängsten, etc. beinhalten. Der Umgang mit der eigenen Suchtmittelabhängigkeit grundsätzlich und am Arbeitsplatz ist verbindlicher Inhalt für alle Rehabilitanden. Gewünschte und notwendig erscheinende Gespräche mit dem Arbeitgeber werden vereinbart.

Ergotherapeutische Angebote sind ebenfalls entlang der Anamnese und Diagnostik abgestuft z.B. von angemessener Einschätzung eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten, Anspruchsverhalten, sowie entsprechender Umsetzung. Häufig zeigen sich Über- oder Unterschätzungen, eine schlechte Wahrnehmung eigener Belastungsgrenzen, nachlassende Motivation im Arbeitsalltag bis hin zu mehr oder weniger stark ausgeprägten Defiziten in Grundarbeitsfähigkeiten.

Die Sozialarbeit bietet u.a. Unterstützung im Erlernen eines effektiven Umgangs mit schriftlichen und behördlichen/institutionellen Angelegenheiten, berufsbezogen hinsichtlich Bewerbungs- und Vorstellungstraining. Vermittlungshemmnisse werden aufgenommen und gemeinsam mit den psychotherapeutischen Mitarbeitern als indikativer Inhalt vereinbart.

- Beteiligte Berufsgruppen

Die beteiligten Berufsgruppen sind unter dem Punkt Zusammensetzung und Organisation des BORA-Zielgruppen zugeordneten Teams ausführlich dargestellt.

- Beendigung der Maßnahme und Nachsorge

Im letzten Drittel der Maßnahme erfolgt eine interdisziplinäre Fallbesprechung mit Bewertung des BORA-Verlaufsprozesses.

Allen Rehabilitanden wird nach Abschluss der stationären Maßnahme eine ambulante Nachsorge empfohlen, wenn gewünscht eingeleitet von der Fachklinik. Die zusätzliche Empfehlung beinhaltet die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe, dies auch auf dem Hintergrund des Zugangs zur gesellschaftlichen Teilhabe.

Für den Hauptanteil unserer Klientel (BORA 4-Eingruppierung) ist eine weiterführende stationäre Maßnahme, sinnvoll eine Adaptionsbehandlung, dringend empfohlen. Hier können berufsfindende Praktika angeboten und durchgeführt werden, die gleichzeitig eine stabilisierende Wirkung im Hinblick auf eine dauerhafte Berufstätigkeit (Leistungsfähigkeit, Durchhaltevermögen, positives Selbsterleben) leisten können.

Im Einzelfall werden Maßnahmen und Leistungen zur beruflichen Teilhabe am Arbeitsleben vorbereitende besprochen.

Es finden Wiedereingliederungsgespräche, Gespräche mit der Rehaberatung und wenn möglich und gewünscht, Vorbereitungen zu einem BEM bei entsprechender Indikation statt.

Die sozialmedizinische Beurteilung würdigt im Ergebnis den teilhabeorientierten Verlauf der Gesamtrehabilitation.

6. Dokumentation, KTL-Codierung

Die Basisdokumentation aller Fachbereiche erfolgt in der Datenbank mit Zugriff von jedem berechtigten und zuständigen Arbeitsplatz. Die Daten sind Grundlage für die Therapieplanung (wird ebenso hier festgehalten) und die Erstellung des Reha-Entlassungsberichts. Die erbrachten Leistungen werden ebenso KTL-codiert in der Datenbank gespeichert.

Darüber hinaus verwaltet jeder zuständige Fachbereich eine eigene Handakte für jeden Rehabilitanden, in dem alle wesentlichen Parameter und Verläufe chronologisch aufgeführt werden.

KTL-Codierung Ergo- und Arbeitstherapie: E551, E552, E554, E559, E561, E564, E569, E571, E574, E579 E580, E590, E602, E612, E651, E659, E660, E680, E670, E720

KTL-Codierung Schulung, Sozialberatung: C611, D552, D553, D561, D562, D563, D564, D569, D573, D579

KTL-Codierung Problembereich Arbeitslosigkeit: zusätzlich zu oben, D620, G552, G576, G592, G601, G605, G642, G676, H841, H842

7. Therapieplanung (Mustertherapiepläne)

Die vereinbarten Zielumsetzungen und Projekte finden innerhalb des für alle verbindlichen Wochentherapieplanes während der ergo- und arbeitstherapeutischen Gruppenzeiten statt. Bei hiervon abweichendem Bedarf können individuelle Zeiten vereinbart werden, allerdings sollten die übrigen Therapieangebote nicht zu sehr in den Hintergrund gedrängt werden. Ausnahmen bilden hierbei externe Praktika, die länger zusammenhängende Arbeitszeiten und –tage benötigen. Praktika sollten allerdings auf wenige Wochen beschränkt bleiben.

(Exemplarische Wochentherapiepläne, sh. Anhang)

8. Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung

Die Fachklinik ist nach DIN EN 9001:2015 zertifiziert.

Das BORA-Konzept ist vollständig in die externe und interne Qualitätssicherung integriert. Es werden jährlich interne und externe Audits nach DIN EN 9001:2015 durchgeführt. Die interne Qualitätssicherung ist durch die Verankerung im QM-Handbuch gewährleistet und in der Prozesssteuerung festgelegt. Hier ist der Ablauf mit Diagnostik, Indikation, Zielvereinbarungen und Würdigung der Maßnahmen beschrieben. Prozesse, die der Sicherung und der Weiterentwicklung dienen, werden regelmäßig, mindestens einmal jährlich angepasst. Es findet eine wöchentliche Rückmeldung der Mitarbeiter der Ergo- und Arbeitstherapie an den medizinischen Bereich und die zuständigen Bezugstherapeuten statt.

Die Eigenbewertung des Gesamtverlaufs fließt in die Epikrise ein und erlaubt (als konstruktive Kritik verstanden) außerdem, korrigierende Anpassungen für zukünftige indikative Angebote und Zielgestaltungen zu entwickeln.

Die Teilnahme an Qualitätssicherungsveranstaltungen der Rentenversicherungen, sowie an fachspezifischen Tagungen des Bundesverbands für stationäre Suchtkrankenhilfe (buss) dient der kontinuierlichen Abstimmung und Weiterentwicklung.

4.7.5.2 Arbeitsbezogene Interventionen

Ergo- und Arbeitstherapie

Zentrales Ziel der Rehabilitationsmaßnahme ist die Verbesserung bzw. (Wieder-) Herstellung der Erwerbsfähigkeit.

Bedingt durch die extreme Heterogenität der zugewiesenen Rehabilitanden wird zunächst ein Befähigungsstatus mittels eines Assessments erstellt. Hier werden Fähigkeiten und Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe erfasst und mit den Rehabilitanden besprochen, um geeignete Tätigkeits- und Übungsfelder zur Förderung der Fähigkeiten zu vereinbaren.

Beeinträchtigungen können bestehen:

- In der Wahrnehmung des Selbst und der Umgebung
- In der Umsetzung der ATLS
- Im Umgang mit Regeln und Abläufen
- In der Planung und Durchführung von Aufgaben
- In der Wahrnehmung und Umsetzung eigener tätigkeitsbezogener Fähigkeiten
- In der Kontinuität
- In Kritik- und Teamfähigkeit

Dieser Status wird im Ablauf der Therapie überprüft und liefert damit die Struktur für die indikativen Programme, die auf eine Verbesserung der sozialen und beruflichen Aktivität- und Teilhabefähigkeit ausgerichtet sind.

Ausgehend von individuellen Kenntnissen, Neigungen und Interessen und unter Berücksichtigung der indikativen Zielsetzung, die in Zusammenarbeit mit den zuständigen Therapeuten erarbeitet und bilanziert wird, ergeben sich unterschiedliche Betätigungsfelder:

- Hauswirtschaft
- Holz- und Metallwerkstatt
- Erhaltungs- und Instandsetzungsarbeiten
- Außenanlagenpflege
- Gemüse- und Obstgarten
- Töpfern
- Seidenmalerei
- Arbeiten mit Speckstein, Papier und Holz
- gemeinnützige Tätigkeiten
- externe Praktika

Zielsetzung der Ergo- und Arbeitstherapie

- Förderung einer angemessenen Gestaltung der eigenen Umgebung (Pflege, Ordnung, Sauberkeit).
- Vermittlung und Verbesserung von Kenntnissen über verschiedene Materialien, Werkzeuge und Techniken.
- Schulung der Sinne und Fähigkeiten.
- Förderung kreativer Aktivitäten.
- Verbesserung der Kooperationsfähigkeit durch gemeinschaftliche Projekte.
- Training von Ausdauer und Frustrationstoleranz.
- Förderung der Zusammenarbeit und des Begreifens komplexerer Prozesse durch Projektarbeiten.

- Steigerung des Selbstbewusstseins durch überschaubares und lösungsorientiertes Arbeiten.
- Erprobung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit z. B. im Rahmen von Praktika.

Weitere Angebote

- Bewerbungstraining unter angemessener Berücksichtigung eigener Fähigkeiten.
- Zum Bewerbungstraining gehört neben den schriftlichen Fertigkeiten auch das Einüben von Vorstellungsgesprächen u. a. auch als Rollenspiel.
- Individuelle Bildungs- und Berufsberatung über die VHS und das Job-Center.
- Unterstützung bei Lese- und Rechtschreibschwächen.

Durchführung und Ablauf

Ergo- und Arbeitstherapie finden zweimal pro Woche ganztägig, incl. indikative ATLS jeweils ½ Stunde täglich von Montag bis Freitag, sowie samstags 2 Stunden statt.

Es erfolgen Informationen zu Gesundheit und Hygiene sowie zur Gestaltung und Pflege der persönlichen Bereiche. Die allgemeine Pflege wird je nach inhaltlicher Fragestellung von einem Mitarbeiter aus der Ergotherapie oder vom medizinischen Pflegepersonal begleitet. Reinigungspläne werden gemeinsam erarbeitet, über Gebrauch von Reinigungs- und Hygienemitteln wird informiert und praktische Anwendung trainiert.

Das Erleben von Zuständigkeit des Rehabilitanden im Umgang mit dem persönlichen Lebensbereich und die Übernahme von sozialer Verantwortlichkeit soll hiermit zusätzlich gefördert werden.

Weiterhin werden während des Therapieprogrammes individuelle Projekte begleitet und durchgeführt.

Zu Beginn und Abschluss eines jeden Arbeitstages findet eine Tagesbesprechung statt. Hier werden Tätigkeiten bewertet und aufgetretene Schwierigkeiten mit dem Rehabilitanden besprochen, bis hin zur Rückmeldung von Effektivität, Kontinuität, Kooperation etc.

Im letzten Drittel der Behandlung werden Praxiserprobungsphasen in Form von Praktika und Projektarbeiten angeregt, um berufliche Belastungserprobungen zu ermöglichen. Maßnahmen zur beruflichen Integration erfolgen in Absprache mit dem sozialmedizinischen und sozialarbeiterischen Bereich (Reha-Fachberater, Arbeitgebergespräche, BBZ, BTZ, Adaption)

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

In der Gesamtrehabilitation werden die Sport- und Rekreationsangebote unter den zwei Schwerpunkten, dem (medizinischen) Rehabilitationsaspekt und der Entwicklung/Unterstützung der (sportlichen) Aktivitäts- und (sozialen) Teilhabefähigkeiten gesehen.

Ein Teil des wöchentlichen Sportangebots von 16 Stunden, wird von einer Fachkraft angeleitet und abgestimmt mit dem medizinischen Bereich. Zwischen den Mitarbeitern der

Sportbereiche des medizinischen und therapeutischen Bereichs findet ein regelmäßiger Austausch statt.

Wir halten als Angebot konditionsfördernde und -stabilisierende Aktivitäten vor, die gleichzeitig herz- und kreislaufstabilisierend wirksam sind. Ferner werden Wirbelsäule stabilisierende Trainingseinheiten angeboten bzw. verordnet bei häufig beklagten Rückenschmerzen und Haltungsinsuffizienzen. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Förderung der Körperwahrnehmung und Belastbarkeit.

Die einzelnen Angebote sind:

- Frühsport/Jogging
- Nordic Walking
- Schwimmen und Wassergymnastik
- Fahrradfahren
- Wandern und Laufen
- Wirbelsäulengymnastik
- Entspannungsübungen

und werden ergänzt durch:

- Tischtennis
- Ballsportarten, wie Volleyball, Basketball und Fußball (letzteres auch über den ortsansässigen Fußballverein)

Weiterhin werden die Rehabilitanden von den Mitarbeitern unterstützt, an den externen Sportangeboten von Vereinen und Institutionen teilzunehmen. Hierfür steht eine Liste der Möglichkeiten zur Verfügung:

- Tennis
- Hallensportangebote (u.a. Leichtathletik, Zumba, Jazz-Gymnastik, spezif. Gymnastik, Zirkeltraining)
- Handball
- Rudern
- Fußball (örtlicher Verein)
- Kletterwald (Förderung der Teamfähigkeit)
- Reiten

Die Einbindung von einzelnen Rehabilitanden oder kleineren Gruppen in diese Angebote erfolgt nach Rücksprache mit dem medizinischen und therapeutischen Bereich durch den Sportverantwortlichen.

Es findet ein regelmäßiger Austausch mit den externen Sportanbietern statt.

Hier entstehen vielfältige und unterschiedliche Kontakte der Rehabilitanden zu anderen Teilnehmern, die in der Region ansässig sind. Die Förderung dieser (sozialen) Teilhabe ist die Voraussetzung für einen positiven Transfer in der Zeit nach der stationären Entwöhnungsbehandlung. Oft gehen Rehabilitanden dann in Städte/Regionen, die ihnen neu sind und laufen verstärkt Gefahr, Kontakte nach früheren Mustern aufzubauen.

Durch die (soziale) Teilhabe am Sport, die in unserem differenzierten Sportprogramm einen hohen Stellenwert einnimmt, werden die Begegnungsschwellen niedriger.

Die Sportangebote in unserer Umgebung sind nicht nach unseren Ablaufplänen terminiert, so dass, sofern sie nicht in der Freizeit der Rehabilitanden liegen, eine sorgfältige Abstimmung mit dem medizinischen und therapeutischen Bereich erfordern.

Indikative Sportprogramme und individuelle Förderung werden durch die Sporttherapeutin entwickelt, angeleitet, durchgeführt und protokolliert.
Eine entsprechende Rückmeldung erfolgt an die Gruppentherapeuten im Rahmen der Fallbesprechungen.

Entspannungsverfahren

Wir bieten aktive Entspannungsverfahren an:

- progressive Muskelrelaxation (nach Jacobsen)
sowie
- bewegungsorientierte Entspannungsverfahren
- Autogenes Training
- Traumreisen

4.7.7 Freizeitangebote

Die Rehabilitanden haben in ihrem bisherigen Leben oft nicht gelernt, ihre Freizeit sozial positiv zu gestalten. So wie die berufliche und finanzielle bzw. gesundheitliche Teilhabefähigkeit während der Rehabilitation gefördert wird, so ist auch die Entwicklung der sozialen Teilhabefähigkeit eine wesentliche Grundlage für eine abstinente Lebensgestaltung. In unserer Einrichtung bieten wir hierfür eine Struktur, die es den Rehabilitanden ermöglichen soll, ihre Freizeit in sozialer Interaktion zu gestalten:

Wir begleiten und unterstützen bei der selbstverantwortlichen Organisation der Freizeitaktivitäten in Klein- und Großgruppen inner- und außerhalb des Hauses, in Form von gemeinschaftlichen Spaziergängen, Wanderungen und kulturellen Ausflügen, die von Rehabilitanden selbstorganisiert und gemeinsam mit dem therapeutischen Team beschlossen und durchgeführt werden. Die Rehabilitanden lernen, ihre Freizeit eigenverantwortlich, sinngebend und befriedigend zu gestalten. Hierzu regen wir an, indem wir Angebote machen und Vorschläge kritisch reflektieren. Die Rehabilitanden lernen ihre Neigungen und Fähigkeiten kennen, können in dieser Interaktion Ängste abbauen und soziale Beziehungen aufbauen.

Wir bieten zusätzlich regelmäßige Wanderungen, Gruppenausflüge, musikalische Projekte und gruppen- und erlebnisorientierte Projekte (z. B. Kletterwald, Kanutouren) an. Interessierte Rehabilitanden haben die Möglichkeit, über die ortsansässigen Sportvereine an Angeboten wie beispielsweise Fußballverein, Zumba und Gymnastikkurse teilzunehmen (siehe auch Sportkonzept).

Weitere Freizeitangebote sind:

- Hobbygruppen wie Fotografie, digitale Bildbearbeitung und Bastelworkshops

- kulturelle Veranstaltungen wie Theater- und Konzertbesuche, Museumsbesichtigungen, Ausflüge
- mehrtätige Freizeitaktivitäten

4.7.8 Sozialdienst

Die klinische Sozialarbeit beschäftigt sich mit zentralen organisatorischen Fragestellungen, Veränderungsprozessen der kommunikativen und sozialen Strukturen und bietet gleichermaßen einen Rahmen, in dem der Rehabilitand lernen kann, mit diesen umzugehen. Grundlage hierfür stellt die ICF und die damit verbundene Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben dar. Aus diesem Grund unterstützen wir die Rehabilitanden bei der schrittweisen Heranführung an die Gesellschaft und bieten innerhalb der Therapie einen Rahmen, indem sie ihre sozialen Fähigkeiten aufbauen und verbessern können. An dieser Stelle muss man betonen, dass Rehabilitanden, die bei uns eine stationäre Entwöhnungstherapie beginnen, ein hohes Maß an Heterogenität aufweisen und dementsprechend individuell gefördert aber auch gefordert werden müssen. Für das weitere Verständnis muss man erwähnen, dass sich folgende Ausführungen auf Rehabilitanden beziehen, die einen sehr hohen Unterstützungs- und Förderungsbedarf aufweisen und die Probleme ohne entsprechende Hilfestellung nur schwierig bewältigen können. Jedoch hängt dies mit ihren sozialen Stärken und Teilhabefähigkeiten zusammen.

Zu Beginn der Reha-Maßnahme findet eine ausführliche Aufnahmeerhebung statt (Sozialanamnese), welche die Bereiche der sozialen Kontextfaktoren und Teilhabebeeinträchtigungen miteinschließen. Hieraus ergeben sich folgende Aufgabenbereiche: Ämtergänge, Krankenkassen, Gerichte und Sozialberatung, Jugendämter, Schuldenregulierung, Bewerbungstraining, soziales Kompetenztraining, Vorbereitung der nachstationären Zeit. Die Bearbeitung dieser Auflistung ist im Sinne eines Prozesses zur Verbesserung der Teilhabe- und Aktivitätsfähigkeit angelegt.

Ämtergänge

Viele Rehabilitanden sind mit bestimmten sozialen Situationen (Ämtergänge) überfordert und reagieren mit unangemessenen Verhaltensweisen oder gar Ablehnung. Diesbezüglich wird mit ihnen innerhalb unserer Einrichtung ein soziales Kompetenztraining durchgeführt, welches die Weitergabe von sozial-gesellschaftlichen Verhaltensweisen und deren konkrete Umsetzung thematisiert. Beispiele hierfür sind:

Meldebehörde

Viele Rehabilitanden weisen zu Beginn der Rehabilitationsbehandlung keinen eingetragenen Wohnsitz auf und müssen somit während des Therapieverlaufes in unserer Einrichtung amtlich gemeldet werden. Dies bedeutet zum einen die enge Zusammenarbeit mit der ortsansässigen kommunalen Verwaltung, aber auch die begleitende Funktion der Mitarbeiter, um diesen Ummeldestatus zu erreichen. Diesbezüglich werden sie von uns dahingehend unterstützt, dass wir zusammen mit ihnen die kommunale Verwaltung aufsuchen und sie während ihres Aufenthaltes bei uns melden. In besonderen Fällen, wenn zum Beispiel der Personalausweis verloren wurde, müssen Vorbereitungen, in Form einer Verlustanzeige bei der Meldebehörde, getätigt werden, sodass ein neues

Dokument und die damit verbundene Meldung rechtswirksam wird. Während dieses Prozesses werden sie von uns beraten, unterstützt und begleitet.

Finanzielle Situation

Ab dem Zeitpunkt der amtlichen Meldung fallen die Rehabilitanden ohne Einkommen in die Zuständigkeit des Jobcenters Werra-Meißner oder die des Sozialamtes Eschwege. Diesbezüglich werden sie bei der Beantragung und Einreichung von SGB II bzw. SGB IX Leistungen und darüber hinaus bei Ansprüchen auf ALG I, Krankengeld und Übergangsgeld, welches anstelle des ALG I tritt, beraten und bei der Fertigstellung des Antrages unterstützt.

Krankenkassen

Neben der finanziellen Situation haben sich mit den gesetzlichen Änderungen einiger Krankenkassen die Schwierigkeiten (bis hin zur Verweigerung der Übernahme von gegebenen Zuständigkeiten) gerade bei Rehabilitanden mit vorausgegangenem Haftaufenthalt verschärft, so dass hier erheblicher Beratungsbedarf entsteht. Hierunter fallen die Beantragung von Behandlungskosten, Ausstellung einer Versichertenkarte, bei fehlender Karte die Erwirkung eines Abrechnungsscheines und die Befreiung von Zuzahlungen, welche die Rehabilitanden nicht ohne die Unterstützung der Mitarbeiter erwirken können. Um dies zu erreichen, nehmen wir mit den Rehabilitanden Kontakt zu der entsprechenden Krankenkasse auf und unterstützen ihn bei dem notwendigen Schriftverkehr.

Gerichte und Sozialberatung

Besonders Rehabilitanden, die über den § 35 des BtMG in unserer Einrichtung sind, benötigen nach ihrer Haftentlassung sozial- wie auch strafrechtliche Beratung. Hierbei ist wichtig, dass ihr finanzieller und versicherungsrechtlicher Status gesichert ist. In den letzten Jahren hat sich gezeigt, dass durch die Gelder, welche die Rehabilitanden in der Haft angespart haben, viele Bürgergeld-Erbringer die Zahlungen verweigern, da sie das Sparvermögen als Einnahme betrachten. Diese Festlegung hat zur Folge, dass die meisten Rehabilitanden mit Überbrückungsgeld im ersten Monat ihrer Therapie keine Sozialleistungen erhalten und somit keinen gültigen Versicherungsschutz haben. Im Falle einer sozialrechtlichen Auseinandersetzung unterstützen wir die Rehabilitanden, den notwendigen Versicherungsschutz zu erhalten und weisen gegebenenfalls auf entsprechende Fachanwälte hin. Weiterhin informieren wir die Rehabilitanden, die ihren Führerschein verloren haben, über ihre Wiedererlangungsmöglichkeiten, da die nötige Mobilität für ihre Teilhabe am Arbeitsleben geklärt werden muss. Hierzu finden Einzelsitzungen statt, in denen wir auf die nötigen amtlichen Stellen hinweisen. Eine unterstützende Antragsstellung ist gewährleistet.

Im Falle einer Betreuung und/oder Bewährungsaufgabe kooperieren wir mit dem zuständigen Mitarbeiter.

Jugendämter

Ein weiterer wichtiger Aspekt bezieht sich auf Kooperation mit Jugendämtern, wenn Rehabilitanden auf Wunsch ihre Kinder mitbringen oder sie im Rahmen einer Fremdunterbringung Unterstützung benötigen. Wir pflegen eine Vernetzung mit ortsnahen Kinderärzten, Familienhebammen, sozialpädagogischer Familienhilfe, Schulen, Kindergärten und Tagesmüttern. Hierbei beraten und begleiten wir die Rehabilitanden.

Bei der schriftlichen Beantragung der Leistungen (z. B. Kindergeld) stehen wir den Rehabilitanden Rat gebend zur Seite. Zusätzlich werden die Eltern durch eine indikative Gruppe (Elterngruppe), in denen sich die Rehabilitanden untereinander austauschen können, unterstützt. Die Gruppen finden nach Bedarf und in Kooperation mit unterschiedlichen Bereichen statt.

Schuldenregulierung

Durch den Konsum von Drogen und fehlende Selbstregulierung haben sich bei vielen Rehabilitanden Schulden angesammelt, die sie ohne Hilfe nicht regulieren können. Hierbei machen wir den Rehabilitanden ihren Umgang mit Geld bewusst und empfehlen z. B. je nach Bedarf ein Ausgabenbuch. Wenn eine Gesamtschuld reguliert werden kann bzw. abtragbar ist, werden die Rehabilitanden mithilfe von gemeinsam erstellten Stundungs- und Regulierungsanträgen beraten und unterstützt. Es ist wichtig, dass der Rehabilitand aktiv am Prozess teilnimmt, um später diese Schritte selbst erledigen zu können. Sollte eine Gesamtlast nicht durch die Mittel des Rehabilitanden abtragbar sein, so kann eine Schuldnerberatung zu Rate gezogen werden.

Bewerbungstraining

Im Zuge ihrer beruflichen Rehabilitation kooperiert die Sozialarbeit mit der Ergo- und Arbeitstherapie, um die Rehabilitanden auf ihren beruflichen (Wieder)einstieg vorzubereiten. Diesbezüglich finden Gruppentrainings und Einzelsitzungen statt, in denen mit den Rehabilitanden berufliche Perspektiven entwickelt werden. Weiterhin werden Bewerbungsmappen erstellt und entsprechende Vorstellungsgespräche trainiert.

Soziales Kompetenztraining

Die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass wir vermehrt mit Rehabilitanden zusammenarbeiten, die wenig soziale Fähigkeiten (Ressourcen) aufweisen. Wir fördern unsere Rehabilitanden in dieser Hinsicht. In einer wöchentlichen Gruppensitzung werden Aktivitäts- und Teilhabefähigkeiten gefördert, unter anderem durch Rollenspiele. Die Inhalte der Gruppenarbeit umfassen:

- Soziale Umgangsformen (u.a. Kontakt- und Gruppenfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit)
- Alltagsstrukturen (u.a. Anpassung an Regeln und Routinen, Aufgabengestaltung)
- Sauberkeit und Hygiene (u.a. Selbstfürsorge)
- Umgang mit Behörden

Vorbereitung der nachstationären Zeit

Aufgrund ihrer Abhängigkeitserkrankung können einige Rehabilitanden nicht wieder in den ausgeübten Beruf zurückkehren. Aus diesem Grund finden während der Therapiezeit monatliche Informationsveranstaltungen bezüglich einer beruflichen (Re)integration statt, in denen die Rehabilitanden über Perspektiven informiert und beraten werden. Wir arbeiten eng mit dem zuständigen Rehabilitationsberater der Deutschen Rentenversicherung zusammen. Sollten Rehabilitanden eine Reha-Maßnahme in Anspruch nehmen wollen, wird zusammen mit dem Arzt ein Antrag gestellt.

Im letzten Drittel der stationären Entwöhnungsbehandlung informieren wir die Rehabilitanden über und vermitteln sie in Nachsorgeeinrichtungen, wie anschließende Adaptionsbehandlungen, ambulant bzw. stationär betreutes Wohnen, Tageskliniken bzw. zu niedergelassenen Therapeuten, in Mutter-Kind-Einrichtungen und in Selbsthilfegruppen. Gemeinsam entscheiden wir, welche Maßnahmen zur Stabilisierung und

Weiterentwicklung in Frage kommen. Weiterhin können je nach Erfordernis Besichtigungstermine in Nachsorgeeinrichtungen vereinbart und falls nötig mit einem Mitarbeiter wahrgenommen werden.

Grundsätzlich bieten wir Hilfestellung an und arbeiten gemeinsam mit den Rehabilitanden an deren Verselbständigung, wodurch sie befähigt werden sollen, um dauerhaft am gesellschaftlichen Leben aktiver teilhaben zu können.

4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Die Ernährungsberatung durch eine Diätassistentin umfasst für jeden Rehabilitanden eine individuelle Einzelberatung, eine dreimal stattfindende Gruppenberatung und Lehrküche.

Die Ernährungstherapie in der Einzelberatung findet in Absprache mit dem medizinischen Bereich statt und richtet sich nach der Indikation des Rehabilitanden. Diese sind z. B. Essstörungen, Adipositas, arzneimittelinduzierte Gewichtsschwankungen. Falls erforderlich, können weitere Termine vereinbart werden.

In der Gruppenberatung werden grundlegende Inhalte wie eine gesunde Ernährung, normale Portionsgrößen und Essrhythmus sowie wichtige Vitamine und Mineralstoffe vorgestellt und auch zusammen erarbeitet.

Die praktische Einheit in der Lehrküche bringt den Rehabilitanden das Kochen näher, bietet die Möglichkeit, das Umfeld Küche besser kennen zu lernen und Küchenfertigkeiten werden eingeübt.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Wir bieten nach individuellem Bedarf mit Absprache Angehörigengespräche an:

- Familiengespräche finden nach Absprache auch zusammen mit den Kindern statt (Beziehungsklärung zu Familienangehörigen, Aufdecken von verborgenen und ungenutzten Ressourcen, krankheitsrelevante Beziehungsmuster, Erstellung des Familienbildes)
- Paargespräche finden in mehreren Sitzungen, die aufeinander aufbauen, statt

Gespräche mit der Herkunftsfamilie oder der eigenen Familie (mit Kindern) können stattfinden und nach Bedarf fortgesetzt werden (Beziehungsklärung zu Familienangehörigen, Aufdecken von verborgenen und ungenutzten Ressourcen, krankheitsrelevante Beziehungsmuster und Erstellung des Familienbildes).

Ist die Wohnortnähe nicht vorhanden, können am Wochenende oder in der Woche Termine in der Fachklinik (auch mehrtägige Aufenthalte mit auswärtiger Unterbringung des Angehörigen) mit dem Bezugstherapeuten vereinbart werden.

Im letzten Drittel der Entwöhnungsbehandlung können auch Gespräche mit externen Behandlern, bei denen die Therapie nach der stationären Behandlung fortgesetzt werden soll, vereinbart werden.

Paargespräche (auch mit externen Ehe- und Lebenspartnern) finden in mehreren Sitzungen in der Fachklinik, die aufeinander aufbauen, statt. (Das Gespräch über (co-) abhängige Verhaltensweisen steht im Vordergrund.)

Mitaufnahme von Begleitkindern

Angeleitet und unterstützt werden Eltern bei der Kindererziehung durch den Bezugstherapeuten. Die Krankenschwestern und die Diätassistentin geben Hilfestellung bei Ernährungs- und Hygienefragen. (Eine Familienhebamme kann bei der Beratung von Kleinkindern zusätzlich organisiert werden, bei Bedarf können Kurse für Eltern mit Kindern bei der Familienbildungsstätte in Eschwege geklärt werden.)

Eine Eltern-Kind-Gruppe findet nach Bedarf mit einem Mitarbeiter des therapeutischen Teams statt.

In der Freizeit können der nahegelegene Wildpark und ein Indoor-Spielplatz in Eschwege besucht sowie Angebote des ortsansässigen Sportvereins (Fußball, Kinderturnen) genutzt werden.

4.7.11 Paartherapie

Paarkonzept Fachklinik

Wir nehmen Paare auf, die gleichzeitig und gemeinsam ihre Rehabilitation durchführen wollen. Voraussetzung hierzu ist eine bereits länger bestehende Partnerschaft. Bei einer erst kürzlich aufgenommenen Beziehung (z.B. im Laufe einer gleichzeitigen stationären Entzugsbehandlung im Vorfeld) stehen unserer Erfahrung nach häufig zunächst abzustimmenden Inhalten im Vordergrund, die eine eigene, und auch eine gemeinsame Rehabilitation, zumindest stark beeinträchtigen könnten.

Ein Vorgespräch wäre sinnvoll, ist aber nicht zwingend erforderlich.

Wir bieten sowohl die Möglichkeit eines gemeinsamen Zimmers, wie auch die Unterbringung in verschiedenen Zimmern, an. Beides ist je nach Verlauf auf Wunsch oder Notwendigkeit (mehr Nähe oder mehr Distanz) und in Absprache mit uns natürlich änderbar.

Um der Besonderheit einer eigenen und der gemeinsamen Rehabilitation Rechnung tragen zu können, erfolgt eine Zuteilung in unterschiedliche Therapiegruppen, in der eigene Fragestellungen und Inhalte bearbeitet werden können. Parallel zur turnusmäßigen Gruppen- und Einzeltherapie bieten wir Paargespräche, vorzugsweise mit einem weiteren, nicht in die Bezugsgruppenarbeit eingebundenen, Therapeuten an. Falls gewünscht und notwendig können die Paargespräche auch von den (beiden) zuständigen Bezugstherapeuten durchgeführt werden.

Zusätzlich empfehlen wir die Teilnahme an unserer Frauen-, bzw. Männergruppe und an der bei allgemeinem Bedarf kurzfristig installierbaren Elterngruppe.

Im Verlauf der therapeutischen Aufarbeitung der substanzgebundenen Abhängigkeiten bilden sicher auch die (anzunehmenden) persönlichen Abhängigkeiten eine zentrale Thematik. Es kann, wie im üblichen Verlauf der Rehabilitation, zu Krisen kommen, die möglicherweise eine Änderung im Setting erforderlich machen (u.U. räumliche

Distanzierung, vorübergehendes Aussetzen der Paargespräche, etc.) - alle notwendigen Interventionen würden dann gemeinsam besprochen und festgelegt werden.

4.7.12 Rückfallmanagement

Bei Rückfälligkeit erfolgt sofortige Kontakt- und Ausgangssperre (für mindestens 4 Wochen, Ausnahmeregelungen bezüglich telefonischer Kontakte erfolgen in Absprache mit dem therapeutischen Team). Der Rehabilitand erhält eine Probezeit, die mindestens 4 Wochen dauert. Er wechselt umgehend in ein Zweibettzimmer.

Bei akuter Intoxikation erfolgt eine Verlegung in die Psychiatrie nach Eschwege oder Mühlhausen.

Der Rehabilitand hat ein Rückfallprotokoll zu erstellen, in dem er den Ablauf seiner Rückfälligkeit (Art des Suchtmittels, Beschaffung und Finanzierung) und der daran beteiligten Rehabilitanden darstellt.

Der Rehabilitand hat sich positiv an der Aufklärung (Ablauf und Hintergründen) zu beteiligen. Wird die eigene Rückfälligkeit geleugnet, trotz positiver Urinkontrolle, erfolgt umgehend die Entlassung. Bei Weitergabe von Suchtmitteln erfolgt ebenfalls eine sofortige Entlassung. Ausnahmen bedürfen besonderer Begründung.

Der Rehabilitand hat bei Rückfälligkeit maßgebliche Behörden zu benachrichtigen, Staatsanwaltschaft bei gerichtlicher Auflage, Jugendamt bei Vorhandensein von Begleitkindern in Therapie. Er hat zu klären, welche Angehörigen über seine Rückfälligkeit informiert werden, die für die Fortsetzung der therapeutischen Arbeit, für einen sozial positiven Kontext wichtig sind. Bei nicht sofortiger Aufklärung des Ablaufs der Rückfälligkeit und der oben genannten Bedingungen kann ein zeitlich befristetes Ultimatum erfolgen, in der er dies zu klären hat oder es erfolgt die Entlassung (disziplinarisch bei Fremdschädigung oder vorzeitig auf ärztliche Anordnung bei Selbstschädigung).

Innerhalb der 4-wöchigen Probezeit erfolgt die Auseinandersetzung mit den Ursachen (und gegebenenfalls Anlässen), die zu dem Rückfall geführt haben. Wir sehen den Rückfall in einem derartigen Kontext (persönliche Hintergrund- und Auslösebedingungen) als Ausdruck einer Krise, die jetzt vorrangig zu bearbeiten ist.

Andere Behandlungsziele werden in diesem Zeitraum nachgestellt.

Das Auseinandersetzungsetting beinhaltet Einzel- und Kleingruppengespräche, sowie eine vollständige Information im Plenum (Großgruppe) für alle Rehabilitanden und Mitarbeiter.

Bei erneuter Rückfälligkeit erfolgt die Entlassung oder ein zeitlich befristetes Ultimatum, bei der die Ernsthaftigkeit der Motivation und die Erreichbarkeit des Rehabilitanden geprüft wird, er sich zu einer stationären Weiterbehandlung nach der Therapie hier verpflichtet (Adaption, betreutes Wohnen, stationäre Nachsorge, Eltern-Kind-Einrichtung) und erneut eine schriftliche Stellungnahme abgibt, in der er sich auf Abstinenz und eine inhaltliche Klärung der schriftlich benannten Behandlungsziele festlegt. Der Rehabilitand muss damit rechnen, dass er bis zum Therapieende in seiner Freizügigkeit eingeschränkt werden kann (Außenkontakte, Einzelzimmer, Besuche, Fahrten, freier Ausgang).

Wenn behördliche Auflagen zur erfolgreichen Durchführung einer Entwöhnungsbehandlung bestehen (vornehmlich gerichtliche Auflagen, Auflagen von Jugendämtern), informieren wir die zuständigen Behörden.

4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Mitarbeiterinnen im medizinischen Pflegebereich haben folgende Aufgaben:

- Mitgestaltung des Gesundheitstrainings, Pflege, Pflegeplanung und Dokumentation
- Vor- und Nachbereitung von Blutentnahmen
- Umsetzung der Hygieneanforderungen
- Stellen und Ausgeben von Medikamenten nach ärztlicher Verordnung
- Terminmanagement
- 24/7 Pflegefachkräfteabdeckung
- Koordinieren und Umsetzung hauswirtschaftlicher Abläufe
- Suchtmittelkontrollen

4.7.14 Weitere Leistungen

Rehabilitation

Die Rehabilitation wird von den zuständigen DRV-Beratern für unsere Rehabilitanden durchgeführt.

Adaption (Therapiephase II)

Die Adaption findet in der örtlich getrennten Adaptionseinrichtung, einer Betriebsstätte der Fachklinik Haus Germerode, ca. 25 km entfernt, in Großburschla statt. Die Adaptionseinrichtung wurde im Oktober 2010 eröffnet und bietet Platz für 7 Rehabilitanden (auch Paare und Begleitkinder).

Die staatliche Anerkennung gemäß §§ 35 und 36 BtMG liegt vor.

Eine Indikation besteht bei nicht ausreichender Aktivitäts- und Teilhabefähigkeit. Voraussetzung ist die abgeschlossene Therapiephase I.

Das Konzept der Adaption ist gesondert verfügbar.

Ambulante Suchtnachsorge

Die ambulante Suchtnachsorge wird allen Rehabilitanden, bei Vorliegen folgender Indikationen, angeboten:

- Reguläre Beendigung der Therapiephase I oder II
- Vorliegen der Kostenzusage von den zuständigen Kostenträgern
- ambulante Fortsetzung der in der Therapie fundamentierten Ansätze Prävention und Krisenintervention bei Rückfallgefährdung
- Fortsetzung der Arbeit an den in der Regel ungelösten sozialen und persönlichen Beziehungen (Teil der Rückfallprophylaxe)
- Begleitung der persönlichen Entwicklung in der sozialen und beruflichen Integration

Die Durchführung richtet sich nach den Vorgaben der DRV.

4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Im letzten Drittel der Behandlung wird die weitere Lebensplanung mit Festlegung des zukünftigen Lebensmittelpunktes in Abstimmung mit weiteren Nachsorgemaßnahmen, Möglichkeiten und Notwendigkeiten der beruflichen Förderung und einer Adaption individuell ausgearbeitet. Für die berufliche Reintegration wird eine Reha-Fachberatung in Abstimmung mit unserem sozialmedizinischen Dienst hinzugezogen und bei Bedarf die Beantragung eingeleitet.

In dieser Zeit wird mit den potentiellen weiterbehandelnden Einrichtungen ein persönlicher Kontakt hergestellt (mit Vorstellung) und die notwendigen Anträge gestellt.

Für interessierte Rehabilitanden an unserer Adaptionseinrichtung bieten wir ein Kennenlernen, auch mit Übernachtungsmöglichkeit, an. Für Rehabilitanden aus unserer Fachklinik kann in diesem Rahmen eine Belastungserprobung vereinbart werden.

Eine ambulante Suchtnachsorge - nach den Vorgaben der DRV - wird von der Fachklinik angeboten. Für Rehabilitanden, die nicht im näheren Umfeld verbleiben, werden entsprechende Nachsorgemaßnahmen vorbereitet. Dies beinhaltet ebenso die Anbindung an Selbsthilfegruppen.

Das Therapiesetting gewichtet die inhaltlichen und strukturellen Fragestellungen zur nachstationären Zeit.

Es erfolgt ein abschließender zweiter Persönlichkeitstest, eine Einschätzung über den beruflichen Reha-Bedarf über eine Testung mit dem Mini ICF-APP, die Aufklärung und Teilnahme an der anonymisierten Patientenfragebogens zur Gesamtbeurteilung der Reha-Maßnahme, abschließende Gespräche im ergo- und arbeitstherapeutischen, sowie im sozial- und psychotherapeutischen Bereich statt. In der letzten Behandlungswoche findet eine ärztliche Abschlussuntersuchung mit Abschlussgespräch statt.

Mit Ablauf der Kostenzusage wird der Rehabilitand regulär entlassen.

Vorzeitige Entlassungen mit ärztlichem Einverständnis können vereinbart werden, wenn eine Kooperationsbereitschaft gegeben war, eine notwendige, aber aktuell nicht leistbare Auseinandersetzung vom Rehabilitanden nicht gewünscht oder leistbar ist.

Kriterien für vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Anordnung können (wiederholte) Rückfälligkeit, eigen- und fremdschädigendes Verhalten und Mangel an Kooperationsbereitschaft sein.

Disziplinarische Entlassungen erfolgen bei fremdschädigendem Verhalten. Dies kann die Weitergabe von Suchtmitteln (auch Medikamente, z. B. Antipsychotika) sein, wie auch massive Gewaltandrohungen.

Zur disziplinarischen Entlassung findet eine Fallbesprechung statt, ebenso ein Plenum zur Information aller Rehabilitanden.

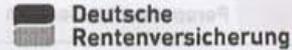
Der ärztliche Entlassungsbericht wird unter Verantwortung der leitenden Ärztin erstellt und innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Entwöhnungsbehandlung an den zuständigen Rentenversicherungsträger weitergeleitet.

5. Personelle Ausstattung

Gemeinsam mit dem federführenden Leistungsträger, DRV Bund, wird das für die Umsetzung des Rehabilitationskonzeptes notwendige Personal vereinbart. Dieser Personalstandsplan wird regelmäßig auf die personelle Mindestbesetzung geprüft. Folgender Personalsollstellenplan ist seit dem 01.04.2023 vertraglich gültig:

Deutsche Rentenversicherung Bund
Abteilung Rehabilitation - Dezernat 8022
Hohenzollerndamm 46/47, 10713 Berlin
Postanschrift: 10704 Berlin

Telefon 030 865-0, Fax 030 865-82953
Servicetelefon: 0800 100048070
drv@drv-bund.de
www.deutsche-rentenversicherung-bund.de



Name und Anschrift der Rehabilitationseinrichtung Fachklinik Germerode Meißner-Germerode
Vorschlag

Rehabilitationsplätze / Rehabilitationsbetten der Einrichtung insgesamt	32
Dieser Stellenplan gilt für die Abteilung / Fachabteilungsschlüssel	
Illegale Drogen	8502
Anzahl der Rehabilitationsplätze / Rehabilitationsbetten in der Abteilung	32

Personalsollstellenplan - Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen

Die Deutsche Rentenversicherung Bund und die Rehabilitationseinrichtung haben sich auf den folgenden Personalsollstellenplan für die genannte Abteilung verständigt.

Die Rehabilitationseinrichtung richtet die Personalbesetzung daran ab 01.04.2023 aus.

Medizinisch-therapeutisches Personal:

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
1	Leitende Ärztin / Chefärztin Leitender Arzt / Chefarzt	0,70	
2	Oberärztin / Oberarzt	0,40	Internistin o. FA/FA für Allgemeinmedizin in Kooperation
3	Assistenzärztin / Assistenzarzt	0,20	
4	davon Fachärztin / davon Facharzt (insgesamt aus Ziffern 1 bis 3)	1,10	Es muß gewährleistet sein, dass täglich von 8 - 16 Uhr ein Facharzt in der Einrichtung anwesend ist.
5	weitere Ärztin / weiterer Arzt		
6	approbierte Psychologische Psychotherapeutin / approbierter Psychologischer Psychotherapeut	1,50	davon max. 1/2 PIAs in weit fortgeschrittener Ausbildung
7	Psychologische Psychotherapeutin in Ausbildung / Psychologischer Psychotherapeut in Ausbildung		in einem Richtlinienpsychotherapieverfahr.
8	Diplom-Psychologin (nicht Ziffer 6 oder 7) / Diplom-Psychologe (nicht Ziffer 6 oder 7)	0,10	
10	Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialpädagogin, therapeutisch / Diplom-Sozialarbeiter / Diplom- Sozialpädagoge, therapeutisch	2,50	
12	weitere zuzuordnende Mitarbeiterin / weiterer zuzuordnender Mitarbeiter		
13	Gesundheitspflegerin oder Krankenpflegerin / Gesundheitspfleger oder Krankenpfleger	5,00	3j. exam. GuKs
17	Medizinische Fachangestellte im Stationsdienst / Medizinischer Fachangestellter im Stationsdienst		
18	sonstige Nachtdienste		
19	Erzieherinnen / Erzieher		
20	weitere Mitarbeiterin Pflege / weiterer Mitarbeiter Pflege		

Seite 1 von 2

G7697 FM
Forms G76971 - V002 - 04/12 - 2

Bitte nur reibend im Original
zu den anderen Seiten

Personalsollstellenplan		Vollzeitstellen Soll	Bemerkungen
21	Physiotherapeutin / Physiotherapeut		
22	Masseurin / medizinische Bademeisterin / Masseur / medizinischer Bademeister		
23	Diplom-Sportlehrerin / Diplom-Sportlehrer		
24	Gymnastiklehrerin / Gymnastiklehrer		
25	Bewegungstherapeutin / Bewegungstherapeut	0,80	
26	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter Bewegungstherapie		
27	Ergotherapeutin / Ergotherapeut	1,50	ggf. davon 1/3 Arbeits- oder Kreativtherapeutin
28	Arbeitstherapeutin / Arbeitstherapeut		
29	Kreativtherapeutin / Kreativtherapeut		
30	Musiktherapeutin / Musiktherapeut		
31	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter beschäftigungsbezogene Therapie		
37	weitere Therapeutin /weiterer Therapeut		
38	Diätassistentin / Ökotrophologin / Diätassistent / Ökotrophologe	0,20	
39	Diplom-Sozialarbeiterin / Diplom-Sozialarbeiter	0,50	
41	Medizinische Fachangestellte - Diagnostik / Medizinischer Fachangestellter - Diagnostik		
42	weitere Mitarbeiterin / weiterer Mitarbeiter		

Bei allen im Soll angegebenen Stellen handelt es sich um Vollzeitstellen, soweit nicht anders aufgeführt.

Grundlagen für den Personalsollstellenplan sind die Rahmenempfehlungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen, das medizinisch-therapeutische Konzept und / oder medizinisch-indikationsspezifische Besonderheiten der Rehabilitationseinrichtung.

07.03.2023, Sabine Moron
Datum, Deutsche Rentenversicherung Bund

06.03.2023
Datum, Name der Verwaltungsleiterin / des Verwaltungsleiters
beziehungsweise Name der Geschäftsführerin / des Geschäftsführers

Seite 2 von 2

G7697 FM
Form G76972 - V002 - 04/12 - 2

Die Klinikleitung wird von der leitenden Ärztin der Fachklinik und der Geschäftsleitung wahrgenommen.

Der verwaltungstechnische Bereich wird unterstützt durch zwei Angestellte, die verwaltungstechnische Arbeiten, wie u. a. Belegung, Neuaufnahmen, Zuarbeiten für das Steuerbüro, Verwaltung der Rehabilitandengelder und Sekretariatsarbeiten übernehmen.

Die leitende Ärztin ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und hat eine sozialmedizinische Weiterbildung. Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gehört zum Ärzteteam der Fachklinik und vertritt die leitende Ärztin. Die leitende Ärztin ist zudem zuständig für die allgemeinmedizinische Versorgung, für den Bereich der regelmäßigen medizinischen Edukation auf den Gebieten Gesundheitsvorsorge, psychische Erkrankungen, medizinische Ernährungslehre, Suchtinformation und Infektionserkrankungen.

Die Qualifikation des Arztes im medizinischen Bereich erlaubt die Behandlung zusätzlicher schwerwiegender psychischer Erkrankungen (Doppeldiagnosen), u. a. psychotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen.

Die weitere medizinische und pflegerische Versorgung, Kontrolle der Hygienebereiche (Waschküche) und in Teilen der Hauswirtschaft (bezogen auf Sauberkeit in den Rehabilitandenzimmern) übernimmt der medizinische Pflegebereich.

Für die psychotherapeutische Arbeit in den in unserer Einrichtung bestehenden vier Gruppen ist jeweils ein Gruppentherapeut (Psychologische Psychotherapeuten, Sozialarbeiter mit Zusatzausbildung) zuständig.

Die Koordination wird von einem leitenden Therapeuten (tiefenpsychologische Suchttherapie) übernommen, der auch eine der vier Gruppen leitet. Er wird in seinen Aufgaben durch eine psychologische Psychotherapeutin unterstützt.

Alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams verfügen über abgeschlossene Therapiezusatzausbildungen (Verhaltenstherapie, systemische Familientherapie, tiefenpsychologische Ausbildung).

Hilfestellung in Sozialfragen, Schuldenregulierung, Hilfe bei Behördenangelegenheiten, der Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Fortbildungsmöglichkeiten usw. werden von unseren Sozialarbeitern, zuständig auch für die Erfassung der relevanten biographischen Daten und der Vorgeschichte der Rehabilitanden, übernommen.

Im Bereich der Ergotherapie haben wir drei Teilzeitstellen.

Hier wird auch die Möglichkeit von gestalterischem Arbeiten angeboten.

Die physikalische Therapie wird über eine Kooperationspraxis durchgeführt. Leiter der Kooperationspraxis ist unser angestellter Sport- und Recreationstherapeut. Die Behandlung wird nach vorheriger Verordnung der leitenden Ärztin durchgeführt.

Sport wird von einer qualifizierten Fachkraft mit 16 Stunden wöchentlich angeleitet. Neben übungs-, spiel-, und trainingsorientierten Sporteinheiten bieten wir auch eine spezielle Wirbelsäulengymnastik an.

Zur Verpflegung der Rehabilitanden und des Personals befindet sich in unserem Haus eine Kochküche, die von einer Köchin geleitet wird. Mit in diesem Bereich arbeiten eine weitere Köchin und eine Beiköchin.

Bei speziellen Ernährungsfragen und praktischen Defiziten in der Ernährungszubereitung werden die Rehabilitanden von einer Diätassistentin beraten und angeleitet. Wöchentlich finden eine Informationsveranstaltung zu speziellen/indikativen Themen in Kleingruppen, Einzelberatung sowie eine angeleitete Kochgruppe statt.

Für den Fahrdienst steht ein weiterer Mitarbeiter zur Verfügung.

6. Räumliche Gegebenheiten

Gebäudebeschreibung

Im Erdgeschoss des Funktionsgebäudes befindet sich der Haupteingang mit Eingangsbereich, Verwaltung und großem Gruppenraum. Im Untergeschoss -1 befinden sich der Waschküchenbereich, ein PC-Raum, ein Dienstzimmer mit Bad, sowie ein Gruppenraum, das Ergotherapeutenbüro und ein Bad.

Das Untergeschoss -2 ist ausgestattet mit Holz- und Metallwerkstatt sowie Werkzeug- und Materiallager.

Im Erdgeschoss des Wohngebäudes sind der Speiseraum, die zentral gelegene Küche mit Küchenlager, Küchenbüro und Personal-WC, weiterhin eine Reinigungsmittelausgabe, zwei Toilettenräume, Heizungsraum und ein weiterer Gruppenraum. Im Treppenhaus befinden sich ein kleiner Kiosk und zusätzliche abschließbare Wertfächer für Rehabilitanden.

Die erste und zweite Etage sind reine Wohnetagen und identisch angelegt. Die Kapazität beträgt 36 Plätze (32 Rehabilitanden, 3 Kinder, 1 Krankenzimmer), aufgeteilt in 14 Zweibettzimmer und acht Einzelzimmer, mit jeweils eigener Nasszelle. Alle Zimmer und Nasszellen sind mit Notfallmeldern ausgestattet. Die Nasszellen verfügen über Handwaschbecken, Desinfektions- und Handtuchspender.

In der dritten Etage befinden sich fünf Büroräume, ein Konferenz- und Teamraum sowie ein Personal-WC mit Dusche.

Der medizinische Bereich besteht aus zwei Arztzimmern und einem Behandlungsraum mit separatem Bad.

Im Durchgangsgebäude befinden sich ein Spielzimmer für Kinder und die Räumlichkeiten der Beschäftigungstherapie.

Rehabilitandenzimmer

Die Zimmer sind eingerichtet mit einem oder zwei Betten, Kleiderschrank, Nachttisch, Sitz- und Schreibgelegenheit sowie Standregal und Pinnwand. Jedes Zimmer ist mit komplett gefliester Nasszelle ausgerüstet. Der Fußboden ist mit PVC belegt. Alle Zimmer verfügen über abschließbare Wertfächer.

Gruppen- und Aufenthaltsräume

Die Fußböden der insgesamt drei Gruppenräume sind mit einem PVC-Belag ausgelegt. Ein Großgruppenraum ist mit Couchgarnituren und Beistelltischen ausgestattet, die

variabel gestellt werden können. Ansonsten sind Gruppenräume bequem bestuhlt. Es stehen Fernseh- Video/DVD- und HiFi-Anlage sowie ein Beamer zur Verfügung. Gruppenraum sowie Speiseraum und Eingangsbereich werden außerhalb des Therapieprogramms als Aufenthaltsräume genutzt.

Der Speiseraum ist ausgestattet mit Kombinationen aus Tischen, Eckbänken und Stühlen, bietet Platz für bis zu 40 Personen.

Der Eingangsbereich ist im Bistrostil eingerichtet und verfügt über einen Münzkaffeautomaten, einen Wasserspender und ein Münztelefon.

Ergotherapeutische Bereiche

In der Holzwerkstatt befinden sich eine Standkreissäge, Abrichte mit Dickenhobel, Fräsmaschine, Bandsäge und diverse Handmaschinen. Durch aufklappbare Arbeitsflächen und drei Hobelbänke stehen bis zu fünf Arbeitsplätze zur Verfügung.

Die Metallwerkstatt, ausgerüstet mit Schweißgerät, Trennjäger, Schleifbock, Schraubstock und Kleinwerkzeug, bietet zwei Arbeitsplätze. Hier befindet sich räumlich abgetrennt ein Brennofen für Tonarbeiten. Die Ausstattung beider Werkstätten entspricht einem gehobenen Heimwerkerstandard. Ein Materiallager für Instandhaltungsarbeiten, bestückt mit Handmaschinen, Werkzeug und Materialien bieten einen Arbeitsplatz.

Der PC-Raum verfügt über drei PC-Arbeitsplätze mit Internetzugang, eingerichtet mit Arbeitsplatte und Bürostuhl.

Die PCs sind mit einem aktuellen Betriebssystem und gültigen Schulungslizenzen (Office) ausgerüstet, um entsprechende Schulungen zu ermöglichen.

Die Beschäftigungstherapie befindet sich unter einer lichtdurchlässigen Überdachung, ausgerüstet mit Spülbecken, Arbeitsflächen und höhenverstellbaren Hockern. Die BT bietet bis zu vier Arbeitsplätze.

Ein Gewächshaus auf dem Klinikgelände mit Pflanztischen bietet 1-2 Arbeitsplätze. In einem nebenstehenden Gerätehaus sind Werkzeug und Maschinen für die Arbeitsbereiche Garten- und Landschaftsgestaltung untergebracht. Der etwa 1000 m² große Garten für Obst- und Gemüseanbau bietet je nach Jahreszeit 6-8 Arbeitsplätze.

7. Kooperation und Vernetzung

Vernetzung mit unserer Adaptionseinrichtung Großburschla

Im Zuge ihrer stationären Entwöhnungsbehandlung, bieten wir Rehabilitanden bei der Auswahl notwendiger Weiterbehandlungen unsere Hilfe an und unterstützen sie, die für die Weiterentwicklung und Festigung ihre Fähigkeiten entsprechende Maßnahme zu wählen.

Zur Durchführung der Adaptionsbehandlung in Großburschla finden Informationsveranstaltungen und Besuchsfahrten für Interessierte und Rehabilitanden statt, denen wir eine stationäre Weiterbehandlung empfehlen. Belastungserprobungen können während der Therapiephase I dort durchgeführt werden.

Über eine Teambesprechung mit den Mitarbeitern der Fachklinik und der Adaptionseinrichtung wird der Übergang in die weiterführende Arbeit (Therapiephase II) vorbereitet. Zur Krisenintervention (z. B. Rückfälligkeit) ist die kurzfristige Rückverlegung in die Fachklinik möglich.

Erkenntnis- und argumentationsleitend für die Entwicklung der Vernetzung sind folgende Versorgungs- und sozialpolitische Ausgangsfragen:

- Welche Konzepte und Strategien sind geeignet, um möglichst viele Menschen mit polytoxikomanischem Verhalten, Drogen- und/oder Alkoholproblemen frühzeitig zu erkennen und ihnen ein akzeptables, bedarfsgerechtes und effizientes Hilfeangebot zu machen? Diese harmlos daherkommende Frage bietet bereits einiges an Potential – möglichst viele sollen erreicht werden und nicht nur die, die ohnehin schon kommen; möglichst frühzeitig und eben nicht erst dann, wenn sie am Boden liegen und dadurch vermeintlich motiviert sind. Akzeptabel und bedarfsgerecht soll die Hilfe sein, somit primär nutzer- und nicht anbieterorientiert; die Hilfe soll überdies nicht nur gemeint, sondern nachweisbar wirksam und wirtschaftlich sein. Hierbei ist jedoch die seitens der Kostenträger geforderte Trennung von akutmedizinischen Leistungen zu Lasten der GKV und rehabilitationsmedizinischen Leistungen zu Lasten der GKV oder der Rentenversicherungsträger zu beachten. Dies erfordert jeweils gesonderte Antragstellungen.
- Durch die Vernetzung wird die langjährig geleistete Arbeit mit ihrem Schwerpunkt auf der heimatfernen stationären Rehabilitation des Abhängigkeitskranken um eine Kooperation mit der regionalen medizinischen Primärversorgung und der psychosozialen und psychotherapeutischen Basisversorgung vervollständigt. Damit ergibt sich zusätzlich die Möglichkeit, Suchterkrankungen regional zu behandeln, um noch vorhandene Ressourcen nutzen zu können, bevor das intakte Umfeld verbraucht ist.
- Das bisherige Nebeneinander von Suchtdienstleistungen soll zu einer regional vernetzten Gesamtversorgung im Beratungs- und Rehabilitationsbereich für den Werra-Meißner-Kreis, aber auch darüber hinaus (Göttingen, Eisenach, Bad Hersfeld, Kassel), entwickelt werden. Dabei wird nicht nur eine enge Kooperation gewährleistet, sondern auch die Schaffung von Rahmenbedingungen und Inhalten für eine flexible und indikationsgeleitete Rehabilitation. Ziel dieses Vorgehens ist es, auf der Grundlage der Kooperation bisher starre Grenzen von ambulanter und stationärer Hilfe von Akut- und Rehabilitationsversorgung aufzuheben zu Gunsten eines flexiblen, indikationsgeleiteten Behandlungsprozesses. Das Ziel besteht darin, die Rehabilitation insgesamt indikationsgeleitet und rehabilitandenorientiert in einer Weise zu gestalten, dass jederzeit die jeweils erfolversprechendste und zugleich kostengünstigste Behandlungsform zum Einsatz kommt. Statt einmaliger Selektionsentscheidungen sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass bei sich verändernden Bedingungen ein problemloser Übergang zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung möglich ist. Dies könnte in Abstimmung mit den Kostenträgern evtl. im Rahmen von wissenschaftlich begleiteten Modellprojekten erprobt werden.
- Zusätzlich gab es aus der regionalen Zusammenarbeit mit Institutionen der Suchthilfe und behandelnden Kliniken und Praxen heraus Bestrebungen, Behandlungskonzepte zu entwickeln die teilstationäre Rehabilitation und ambulante Nachsorgestrukturen beinhalten. Hier kommt insbesondere unser systemischer Ansatz in der Einbeziehung des Lebensumfeldes des Rehabilitanden zum Tragen. Da jedoch erfolgreiche Suchtarbeit immer auch präventiv ausgerichtet sein muss, arbeiten wir mit Arbeitskreisen der Hessischen Landesstelle für Suchtgefahren und mit lokalen Netzwerken der Suchthilfe zusammen.

Regelmäßige Treffen der therapeutischen und medizinischen Leiter hessischer und thüringischer Langzeitentwöhnungseinrichtungen im Suchtbereich geben darüber hinaus die Möglichkeit der gegenseitigen Intervention und Kontrolle im Sinne eines Qualitätszirkels.

Über die Verbandszugehörigkeit beim bus e.V. finden regelmäßige Foren und Informationsaustausche in Form von Qualitätszirkeln und Arbeitskreisen statt.

Die therapeutischen Mitarbeiter befinden sich in unterschiedlichen Weiterbildungen oder Qualifizierungsmaßnahmen, die, neben der individuellen Qualifizierung, einen Austausch mit Kolleginnen und Kollegen aus gleichen oder benachbarten Tätigkeitsfeldern ermöglichen und Impulse für Weiterentwicklungen der Arbeit innerhalb der Einrichtung vermitteln (Regionalkonferenzen).

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Hausinterne Qualitätssicherung

Zum Zweck der Qualitätssicherung wurde in unserer Fachklinik das Qualitätsmanagementsystem implementiert. Im August 2012 erfolgte die Zertifizierung nach den Anforderungen der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie). Das Qualitätsmanagementsystem bezieht sich auf die Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX. In dem vorliegenden und stetig weiter entwickelten Qualitätsmanagement-Handbuch ist die Qualitätspolitik festgelegt und das Qualitätsmanagementsystem beschrieben.

Eine weitere hausinterne Qualitätskontrolle bezüglich des Therapieergebnisses entsteht über länger anhaltende Kontakte von Rehabilitanden zu Therapeuten, die Informationen über Langzeitentwicklungen des Rehabilitanden geben. Diese Kontakte basieren im Wesentlichen auf der Arbeit in den ambulanten Nachsorgegruppen.

Im Rahmen der Qualitätssicherung erhält jeder Rehabilitand am Ende seiner Behandlung einen anonymisierten Fragebogen (online) zur Patientenzufriedenheit und zum wahrgenommenen Behandlungserfolg incl. hauseigener Daten für das interne Qualitätsmanagement.

Die Dokumentation der Befunde wird unter der Verantwortung der ärztlichen Leitung und unter Berücksichtigung des Leitfadens zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung im Rahmen des Entlassungsberichtes erfasst und innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Rehabilitanden dem zuständigen Leistungsträger übermittelt.

Es besteht ein hausinternes Beschwerdemanagement.

Kontakte von Rehabilitanden zu Therapeuten, die über die Zeit der ambulanten Suchtnachsorge hinaus bestehen bleiben oder aber in Zeiten beruflicher oder privater Krisen

von Rehabilitanden wieder aufgenommen werden, geben katamnestische Informationen über persönliche Entwicklungen.

Eine wichtige Qualitätssicherung entsteht über die fachliche Rückmeldung von Seiten des Rentenversicherungsträgers über das Peer-Review-Verfahren, der Patientenbefragung und die Auswertungen aus Entlassungsberichten zu den therapeutischen Leistungen. Diese Auswertungen dienen als Grundlage für Qualitätszirkel im Rahmen des internen Qualitätsmanagements.

Die Klinik beteiligt sich am Strukturhebungsverfahren der DRV Bund, das die Leistungsmerkmale der Rehabilitationsbehandlung abbildet.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Für eine gute Qualität der Behandlung sind transparente und verbindliche Kommunikationsstrukturen erforderlich. Sowohl für interne wie auch für externe Kommunikation sind die Regelungen des Datenschutzes und der Datensicherheit einzuhalten.

Die Klinikleitung trägt die Gesamtverantwortung für die Einrichtung gegenüber dem Leistungsträger. Sie ist zuständig für die Budgetplanung der Klinik, für alle Verwaltungstätigkeiten und für die Dienstaufsicht über alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die Klinikleitung wird ausgeführt von der ärztlichen Leitung und der Geschäftsleitung. Im Leitungsteam sind die Verwaltungsleitung, die medizinische und therapeutische Leitung vertreten.

Die ärztliche Leiterin trägt die Gesamtverantwortung für alle medizinischen und therapeutischen Teilprozesse der Klinik. Sie ist verantwortlich für die Ausarbeitung der allgemeinen medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungspläne.

Im Rahmen der stationären Therapie werden die Rehabilitanden von Mitarbeitern in unterschiedlichen Bereichen behandelt. Daher müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht werden. Diesem Austausch dienen regelmäßige Besprechungen: wöchentliche Teambesprechungen unter Teilnahme aller Berufsgruppen, Fallbesprechungen und Mitarbeiterbesprechungen sowie tägliche Arbeitstherapiebesprechungen und Dienstübergaben. Die Besprechungen finden regelmäßig (täglich oder wöchentlich) an fest vereinbarten Terminen statt. Die Ergebnisse werden dokumentiert (Dienstbuch, Protokolle der Besprechungen, Patientenakten, Datenbank) und in Papierform in Aktenordnern verwaltet oder digitalisiert. Der für den jeweiligen Bereich Verantwortliche sorgt dafür, dass die Ergebnisse dieser Besprechungen bekannt gemacht, beachtet und dokumentiert werden.

Die wöchentlichen Besprechungen sind interdisziplinär.

Als weiteres Instrument der hausinternen Qualitätssicherung finden tägliche Teambesprechungen im zeitlichen Umfang von 20 Minuten in der Struktur einer Balintgruppe statt.

10. Notfallmanagement

Es ist eine ärztliche 24-stündige Rufbereitschaft sichergestellt, zu der über die diensthabenden Mitarbeiter, als auch über Rehabilitanden, im Notfall Kontakt aufgenommen werden kann. In Notfällen und Krisensituationen ist Rücksprache mit dem Arzt oder dessen Vertretung zu halten.

Es sind 24/7 Pflegefachkräfte in der Klinik anwesend. Während der Nachtruhe sind die Mitarbeiter des medizinischen Bereichs über ein mobiles Telefon jederzeit von jedem Hausteleson über eine Notrufnummer und extern über eine Mobiltelefonnummer zu erreichen. Ebenso ist die ärztliche Rufbereitschaft jederzeit über Haus- und Mobiltelefon zu erreichen. Die Mitarbeiter sind in die Handhabung des Notfallrucksackes und des AED-Defibrillators eingewiesen. Bei Notfällen wird sofort der ärztliche Notdienst bzw. Notarzt/Rettungsdienst und die ärztliche Leitung der Fachklinik telefonisch verständigt. Entsprechende Anweisungen und Informationen sind im Notfallablaufplan gefasst und hängen in allen Etagen und öffentlichen Bereichen neben jedem Hausteleson aus. Regelmäßige Informationsveranstaltungen erfolgen für die Rehabilitanden.

Die Weiterbehandlung der Rehabilitanden erfolgt entweder hausintern innerhalb des medizinischen Bereichs, der durch entsprechende Medizinprodukte und einer Notfallliege ausgestattet ist, oder wird durch ambulante bzw. stationäre Behandlung in einem auswärtigen Krankenhaus oder Durchgangsarzt durchgeführt.

Für Erste-Hilfe-Maßnahmen, z. B. bei Verletzungen, stehen in der Fachklinik in den Bereichen Beschäftigungstherapie, Arbeitstherapie (Werkstatt) und Küche Verbandskästen zur Verfügung. Diese werden bei Bedarf bzw. mindestens 1x im Quartal durch das medizinische Personal in der Fachklinik überprüft.

Eingetretene Notfälle werden durch den Arzt oder einen Mitarbeiter des medizinischen Bereiches dokumentiert.

In der Fachklinik sind die Zimmer der Rehabilitanden nicht abgeschlossen, der Zugang im Notfall ist somit jederzeit gewährleistet. Alle Zimmer incl. Nasszelle sind mit einer Notrufanlage ausgestattet. Die Rehabilitanden werden bei der Aufnahme durch das Pflegepersonal mit den Funktionen dieser Notrufanlage vertraut gemacht. Die Gemeinschaftsräume der Rehabilitanden sowie andere Aufenthaltsräume sind von mindestens zwei Personen gleichzeitig zu benutzen. Der Aufenthalt alleine in diesen Räumen ist durch entsprechende Hinweisschilder untersagt.

Schulungen zu Erste-Hilfe- und Notfallmaßnahmen finden zweimal im Jahr statt. Für die entsprechende Organisation und Durchführung ist die ärztliche Leitung zuständig. Schulungen zur Arbeitssicherheit und zum Brandschutz werden jährlich durchgeführt.

11. Fortbildung

Der Fortbildungsbedarf gemäß den Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4. Mai 2001 wird unter Einbeziehung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf allen Betriebsebenen festgestellt. Interne und externe Weiterbildungsmöglichkeiten werden allen Mitarbeiterinnen rechtzeitig bekannt gemacht. Der Fort- und Weiterbildungsplan wird jährlich überprüft und fortgeschrieben.

12. Supervision

Fall- und Teamsupervision findet durch einen externen Supervisor in einem Umfang von vier Stunden im Quartal statt.

Interne Supervision findet im Rahmen von Fallbesprechungen wöchentlich statt. Die wöchentlichen Fallsupervisionen finden unter Leitung des therapeutischen Leiters und der leitenden Ärztin statt.

Für die therapeutischen Mitarbeiter besteht eine Teilnahmeverpflichtung an der internen und externen Fall- und Teamsupervision.

13. Hausordnung / Therapievertrag

Regeln innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft

Ein bedeutsames Kriterium in der therapeutischen Gemeinschaft (Jones 1976) ist, dass in Vollversammlungen die wesentlichen die Gemeinschaft betreffenden Aspekte des Miteinanders besprochen werden.

In der Gemeinschaft achtet jeder Rehabilitand auf jeden, so dass ein soziales Miteinander möglich ist. Denn nur in einer sozialen Gemeinschaft ist ein konstruktiver Prozess für jeden einzelnen möglich.

Die Rehabilitanden sind also dazu angehalten, die dissozialen Verhaltensweisen ihrer Mitpatienten in der versammelten Rehabilitandengemeinschaft anzusprechen und sich selbst so zu verhalten, dass die nötige Offenheit für einen psychotherapeutischen Prozess möglich ist.

Die Gemeinschaft der Rehabilitanden achtet auch mit darauf, dass im Haus Suchtmittelfreiheit gewährleistet bleibt.

Zu Beginn der Behandlung ist der Aufenthalt der Rehabilitanden zunächst auf das Gelände der Klinik beschränkt (Schutz vor Rückfälligkeit).

In dem Maße, in dem der Rehabilitand – auch in der Fremdwahrnehmung erkennbar – die Bedingungen für seine Abhängigkeit erkennt, beginnt dafür verantwortlich zu werden und eine Auseinandersetzung damit stattfindet, fällt jene Einschränkung weg („Freier Ausgang“). Die Einschätzung hierüber erfolgt im Mittwochsplenum. An den freien Ausgang ist auch die Benutzung des persönlichen Handys in den Abendstunden gekoppelt.

Ist der Behandlungserfolg eines Rehabilitanden gefährdet, so wird eine Probezeit ausgesprochen, d.h. er muss in dieser Zeit eine inhaltliche Auseinandersetzung über diesen Umstand führen, damit ein prognostisch günstiger Verlauf wieder möglich ist. Damit geht die Rücknahme des Ausganges und der Außenkontakte ohne Anwesenheit eines Therapeuten einher.

Setzt sich der Rehabilitand mit diesen Inhalten nicht auseinander (z. B. nach Rückfälligkeit oder fremdschädigendem Verhalten), so wird ein zeitlich befristetes Ultimatum

ausgesprochen. Bei erfolgreicher Auseinandersetzung wird die Behandlung fortgesetzt, ansonsten erfolgt eine vorzeitige Entlassung auf ärztliche Anordnung.

Ein Ultimatum wird ebenfalls bei massiven Verstößen gegen die Hausordnung ausgesprochen.

Hausordnung Haus Germerode

Sie leben für eine vereinbarte Zeit in diesem Haus mit anderen Menschen zusammen, so dass ein Mindestmaß an Regeln notwendig ist.

1. Versuchen Sie, Ihre Mitmenschen in ihren Handlungen und Problemen zu verstehen und machen Sie sich verstehbar; lernen Sie auf den Rückzug in die Heimlichkeit zu verzichten und leisten auch Sie Anerkennung, wenn dies einem anderen Menschen gelingt.
2. Nehmen Sie keine Suchtmittel (Rauschmittel, Alkohol) zu sich und nur die vom Arzt verordneten Medikamente.
3. Bemühen Sie sich um ein eigenes Verhalten, das für andere erträglich ist; sprechen Sie andere an, wenn diese es nicht tun.
4. Nehmen Sie an den Therapieangeboten und Aktivitäten (Tagesplan) pünktlich teil oder lassen Sie sich aus wichtigen Gründen vorher befreien.
Nehmen Sie an medizinischen und psychologischen Untersuchungen mit Ihrem Interesse teil; lassen Sie sich über die Ergebnisse informieren.
5. Es besteht ein Rauchverbot und ein Verbot für offenes Feuer (z. B. Kerzen) in allen Räumlichkeiten. Rauchen Sie nur außerhalb der Gebäude an den dazu zur Verfügung stehenden Plätzen und zu den erlaubten Zeiten. E-Zigaretten sind nicht gestattet.
6. Das Mitbringen und Benutzen von Kochgeräten ist nicht gestattet.
7. Auf dem Gelände der Fachklinik Haus Germerode und der Adaptionseinrichtung Großburschla besteht ein absolutes Fotografier- und Filmverbot.
8. Gehen Sie bitte mit dem Klinikeigentum und dem Mobiliar pfleglich um. Schäden müssen umgehend dem Personal gemeldet werden und müssen durch Sie beglichen werden.
9. Klären Sie in Ihrer Gruppe die für Sie geltenden einschränkenden Bedingungen. Führen Sie über Ihre Ausgaben Buch. Bestimmen Sie über die Dauer Ihrer Ausgangsbeschränkungen mit und benennen Sie alle Kontakte nach außen in der Gruppe.
10. Bei für die Gemeinschaft nicht erträglichem Verhalten Ihrerseits oder/und fehlendem Bemühen um Ihre eigene erfolgreiche Therapie müssen wir uns gemeinsam (Plenum) über den weiteren Verlauf auseinandersetzen.
Gelingt dies nicht erfolgreich, so können Sie vorzeitig auf ärztliche Anordnung aus der Therapie entlassen werden und müssen das Haus verlassen.
Denken Sie bitte immer daran, dass alle Patienten im Haus - so wie Sie selbst - vor dem Problem stehen, die eigene Therapie erfolgreich gestalten zu lernen und dabei sehr viel Hilfe benötigen.
11. Sofern Sie einen Rückfallverdacht haben, benachrichtigen Sie sofort einen Mitarbeiter.
Der Rückfall selbst bedarf einer Differenzierung, ob eine persönliche Krise vorliegt – in Abgrenzung zu dissozialem Ausagieren mit möglicher Fremdschädigung. Die persönliche Krise erlaubt uns zusammen mit der Gemeinschaft, die hiervon immer auch unmittelbar betroffen ist, einen konstruktiven Ansatz zur weiteren Zusammenarbeit zu erreichen. Bei dissozialem, fremdschädigendem Verhalten muss mit einer vorzeitigen, gegebenenfalls disziplinarischen Entlassung gerechnet werden.
12. Eine Veränderung des Mobiliars auf dem Zimmer darf nur auf Anordnung der Hausleitung erfolgen.
Wände dürfen nicht beschädigt werden. Sofern Bilder aufgehängt werden sollen, müssen dazu geeignete Vorrichtungen verwendet werden (Rücksprache!)
13. Bei Fragen und Schwierigkeiten wenden Sie sich an einen Mitarbeiter oder den Diensthabenden.

Ich habe die Hausordnung gelesen und erkenne diese an. Eine Patienten-Info-Mappe habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift

14. Literaturliste

Amthauer, R., et al., I-S-T 2000R, Hogrefe, Göttingen, 2001

Balint, M.: Der Arzt, sein Rehabilitand und die Krankheit. Klett-Cotta, Stuttgart 1996

Bauer, C. P. et al. Rehabilitation und Teilhabe, BAR., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2005

Beck, A. T., Freeman, A. et al.: Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1999

Beck, A. T. et al.: Kognitive Therapie der Sucht. Beltz, Psychologie Verlags Union, Weinheim 1997

Beck, A. T., et al., Beck Depressions-Inventar, Pearson Assessment, Frankfurt/M. 2009

Bender, S., Rösinger C., Scherbaum, N.: Persönlichkeitsstörungen bei Opiatabhängigen. Münch. med. Wschr. 136 (1994) Nr. 35

Bender, S. et al.: Psychiatrische Komorbidität bei Opiatabhängigen in Substitutionsbehandlung. aus: K. Mann et al: Suchtforschung und Suchttherapie in Deutschland. Sucht, Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis ISBN 0939-5911, Sonderband 1995, DHS

Bernstein, D. A., Borkovec, T.D.: Entspannungstraining. Handbuch der Progressiven Muskelentspannung nach Jacobson. Klett-Cotta

Boscolo, L. et al.: Familientherapie - Systemtherapie. Das Mailänder Modell. Verlag Modernes Lernen - Dortmund, 1988

Boscolo, L., Bertrando, P.: Systemische Einzeltherapie. Übers. aus dem Engl. von Astrid Hildenbrand, 1. Auflage - Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, Verl. und Verl.-Buchh., 1997

Brickenkamp, R., et al., d2-Revision, Hogrefe, Göttingen, 2010

Büchel, Ch.: Bild der Wissenschaft 2005

Czok, H. et al.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1993 Düsseldorf

Dietrich: Beratungspsychologie, Hogrefe 1991

Freyberger, H. J., Stieglitz, R.-D.: Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie Karger, 1996 (Basel, Schweiz)

Hathaway, S. R., et al., MMPI-2, Hans Huber, Toronto, Göttingen, 2000

- Heigl-Evers, A., et al.: Die Person des Therapeuten in der Behandlung Suchtkranker Vandenhoeck und Ruprecht, 1997
- Hoffmann, S.O., Hochapfel, G.: Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. 6. Auflage, Schattauer, 1999
- Hornung, W.P., Kiesberg, A., et al: Psychoedukatives Training für schizophrene Rehabilitanden – Theoretischer Hintergrund, empirische Befunde. DGVT-Verlag, Tübingen 1996
- Jones, M.: Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft. Bern, 1976
- Kaiser, P.: Familien-Erinnerungen: Zur Psychologie der Mehrgenerationenfamilie. Asanger, Heidelberg 1989
- Kernberg, O. (1975): Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Ff 1977
- Kernberg, O.: Psychodynamische Therapie bei Borderline- Rehabilitanden. H. Huber, 1999
- Kernberg, O.: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Klett-Cotta, 1985
- Kernberg, O.: Wut und Haß. Klett Verlag, 1997
- Kuntz et al.: Art und Häufigkeit der Komorbidität bei methadonsubstituierten Opiatabhängigen in ambulanter Versorgung. Sucht, Heft 2 April 1998, S. 95 – 103
- Kurtz v. Aschoff, J.: Grundlagen der klinischen Psychotherapie. Kohlhammer-Verlag
- Laux, L., State-Trait-Angstinventar, Beltz Test GmbH, Göttingen
- Leichsenring, F., Borderline-Persönlichkeitsinventar, Hogrefe, Göttingen, 1997
- Leuner, H.: Katathym-imaginative Psychotherapie. Thieme, 1994
- Limbeek, J. V., Wouters, L., Kaplan, C.D., Geerlings, P.J., Alem, V.v.: Prevalence of psychopathology in drug-addicted Dutch. J. Subst: Abuse Treatm. 9 (1992) 43-52
- Linnehan, M.M.: Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP Medien, München 1996
- Linnehan, M.M.: Trainingsmanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP Medien, München 1996
- Mahler, M. S. (1978): Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation. Frankfurt a.M. (Fischer) 1978
- Masterson, J. F.: Psychotherapie bei Borderline-Rehabilitanden. Klett-Cotta, 1992

Kuhl, J, et al., PSSI, Hogrefe, Göttingen, 2009

Reddemann, L.: Imagination als Heilsame Kraft zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 2001

Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S. et al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. J. Amer. med. Ass. 264 (1990) 2511 - 2518

Rohde-Dachser, Chr.: Das Borderline-Syndrom. Verlag Hans Huber, 1995

Rost. W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus, - 3 Auf/. - Stuttgart: Klett-Cotta, 1990

Rounsaville, B.J., Weissmann, M.M., Kleber, H.D., Wilber, C.H.: Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch. gen. Psychiat. 39 (1982) 161 - 166

Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Vandenhoeck & Ruprecht, 1999

Sachsse, U., Reddemann, L.: Katathym-Imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Rehabilitandinnen, in: Imagination in der Psychotherapie. Bern/Göttingen 1997

Scherbaum, N. Bender, S.: Der Stellenwert der Psychotherapie im Rahmen der Substitutionsbehandlung mit Methadon. Sucht 1/95 1995, S. 18 – 25

Schliehe, F., et al., Aktiv Gesundheit fördern, VDR, Schattauer VerlagsGmbH 2000

Schlippe v., A., Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Vandenhoeck und Ruprecht, 1996

Schneider, U. et al.: Das Cannabinoidsystem. Der Nervenarzt 9, 2005, 1062 – 1076

Spitzer, M.: Neurobiologie der Psychotherapie, Schiepeck, G. Hrsg. Schattauer 2003 S. 51 ff

Stieglitz, R. D., Baumann, U.: Psychodiagnostik psychischer Störungen. Enke, Stuttgart, 1994

Stierlin, H.: Psychoanalyse - Familientherapie - Systemische Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart 2001

Stone, Michael H.: Langzeitstudien über Persönlichkeitsstörungen, Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie Heft 4, 2001, S. 237 – 247

Stucke, W.: Die Balint-Gruppe. Dt. Ärzteverlag, Köln 1990

von der Stein, B., Podoll, K.: Borderline-Persönlichkeitsstörung bei Rehabilitanden mit chronischem Alkoholismus. aus: Sucht, 40. Jg., Heft 2, April 1994

Waltz, J. et al.: Verhaltenstherapie bei Borderline Persönlichkeitsstörungen,
Persönlichkeitsstörungen Theorie und Therapie, Heft 2 1999, S. 79 – 89

Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T. et al.: Psychotherapy for opiate addicts: does
it help? Arch. gen. Psychiat. 40 (1983) 639 - 645

Bericht 2012 des nationalen REITOX-Knotenpunktes an die EBDD. Neue Entwicklun-
gen, Trends und Hintergrundinformationen zu Schwerpunktthemen. Drogensituation
2011/2012

12.2 Fachklinik Haus Germerode – Wochentherapieplan

exemplarisch

	<i>Uhrzeit</i>	<i>Montag (Gruppe)</i>	<i>Dienstag</i>	<i>Mittwoch</i>	<i>Donnerstag</i>	<i>Freitag (Gruppe)</i>	<i>Samstag</i>	<i>Sonntag</i>
	6.15	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	7.30 Wecken	
Gr.1	6.35 – 6.40	Frühgymnastik	Frühgymnastik	Frühgymnastik	Frühgymnastik	Frühgymnastik	Frühgymnastik	
Gr.2	7.05 – 7.10						7.35-8.05	
Gr.1	6.40 – 7.00	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	7.55 – 8.20	8.30 – 9.15
Gr.2	7.10 – 7.30						Frühstück	Frühstück
	7.30 – 8.15	ATL - Pflege des persönlichen Bereichs	ATL - Pflege des persönlichen Bereichs	ATL - Pflege des persönlichen Bereichs	ATL - Pflege des persönlichen Bereichs	ATL - Pflege des persönlichen Bereichs	8.40 – 9.45 ATL - Pflege d. pers. Bereichs	10.00 – 11.00 ATL - Pflege des persönlichen Bereichs
	8.15	med. Sprechstunde	med. Sprechstunde	med. Sprechstunde	med. Sprechstunde	med. Sprechstunde		
	8.45 – 10.30	Ergo-/Arbeitstherapie (montags ab 9.15 Uhr)	Ergo-/Arbeitstherapie	Plenum (Vollversammlung/ Sozialtherapie)	Ergo-Arbeitstherapie Raucherentwöhnung (nach Anmeldung)	Sporttherapie	10.00 – 12.30 indikative ATLs	anschließend Freizeit
	10.30 – 10.45	Pause	Pause		Pause	Pause		
	10.45 – 12.30	Therapiegruppe	Ergo-/Arbeitstherapie	Plenum (Vollversammlung/ Sozialtherapie)	Ergo-/Arbeitstherapie	Therapiegruppe	Alltagsaktivitäten	
	11.30 – 12.30			Indikative Gruppe /Entspannungstraining (nach Bedarf)				
Gr.1	11.55 – 12.15	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause
Gr.2	12.30 – 12.50							
	12.45 – 13.00	offenes Team ¹	offenes Team ¹		offenes Team ¹	offenes Team ¹		
	13.30 – 13.45	Plenum	Plenum	Plenum	Plenum	Plenum		
	13.45 – 15.30	Therapiegruppe	Ergo-/Arbeitstherapie	13.45 – 17.00 Gemeinschafts-aktivitäten	Ergo-/Arbeitstherapie	Therapiegruppe	15.00 Kaffee	14.30 – 16.00 Gemeinschafts-aktivität anschl. Freizeit
	15.30 – 15.45	Pause	Pause		Pause	Pause	Freizeit	
	15.45 – 17.30	Sporttherapie	Ergo-/Arbeitstherapie bis 17.00 Uhr		Ergo-/Arbeitstherapie bis 17.00 Uhr	Sporttherapie		16.00 Kaffee
Gr.1	17.40 – 18.00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
Gr.2	18.10 – 18.30							
	19.00 – 19.15	Befindlichkeitsrunde	Befindlichkeitsrunde	Befindlichkeitsrunde	Befindlichkeitsrunde	Befindlichkeitsrunde		

	19.30	Abendveranstaltung Jüngerer/Älteren Gruppe, b. Bedarf Vorstellungsrunde anschließend Freizeit	Freizeit Ethikrat	Abendveranstaltung Teelicht (max. 1 Std.) anschließend Freizeit	Freizeit	Freizeit	Freizeit	Abendveranstaltung Wochenrückblick anschließend Freizeit
	22.30	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe	Nachtruhe

¹ Innerhalb der Zeit von Ergo- und Arbeitstherapie: Sozialberatung, Testdiagnostik

² Innerhalb der Gruppenzeit: Entspannungsverfahren, Suchtinformation, Gesundheitsinformation, Stabilisierungsgruppe, Männer-/Frauen-Gruppe

³ Innerhalb der Zeit von Ergo- und Arbeitstherapie: indikative Gruppen: ATL

⁴ Ausdauersport (Laufen, Walking, Radfahren), Schwimmen, große Ballspiele (Halle, Freifeld), Wandern, Gymnastik, Rückenschule

⁵ Klärung organisatorischer Abläufe und Festlegung mit dem Team

⁶ Innerhalb der Zeit von Ergo- und Arbeitstherapie je Patient ein Einzelgespräch pro Woche

Fachklinik Haus Germerode GmbH

Eichenweg 7, 37290 Meißner

Geschäftsführer: Kim Wolfgang Kalk & Valerie Philipp

Registergericht: Amtsgericht Eschwege

HRB: 3444

Telefon: 05657/7404

Telefax: 056577516

hausgermerode@t-online.de

Sparkasse Werra-Meißner

DE10 5225 0030 0000 0540 07

HELADEFIESW

Fachklinik Haus Germerode GmbH

