



Wissenschaftlich begründetes medizinisches

Rehabilitationskonzept

für Abhängigkeitserkrankungen der

Schwarzbachklinik

Ratingen

Datum: 07.05.2019

Verantwortlich für das Konzept:

Sebastian Winkelkemper

Schwarzbachklinik Ratingen

Niederbeckweg 6

40880 Ratingen

Tel. 02102 / 443300

Fax: 02102 / 443540

sebastian.winkelkemper@deutscher-orden.de

Träger: Deutscher Orden KdöR

Klosterweg 1

D-83629 Weyarn

Geschäftsführer Dr. Thomas Franke

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung inklusive Leitbild des Geschäftsbereiches Suchthilfe des Deutschen Ordens	5
2.	Allgemeines	7
3.	Beschreibung der stationär medizinischen Rehabilitationseinrichtung	8
4.	Rehabilitationskonzept	13
4.1.1	Theoretische Grundorientierung/ therapeutische Grundhaltung	13
4.1.2	Genderaspekte/ Diversity Management	15
4.1.3	Integration neurobiologischer Erkenntnisse	16
4.1.4	Bio-psycho-soziale Orientierung /ICF	18
4.1.5	Psychologische Theorien, Persönlichkeitsmodell	20
4.1.6	Leitlinien und Reha-Therapiestandards	25
4.2	Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	25
4.3	Rehabilitationsziele	29
4.4	Rehabilitationsdauer	32
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	33
4.6	Rehabilitationsprogramm	34
4.7	Rehabilitationselemente	38
4.7.1	Aufnahmeverfahren	38
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik	38
4.7.3	Medizinische Behandlung	40
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel-/ Gruppengespräche, andere Gruppenangebote	45
4.7.4.1	Einzels psychotherapie	50
4.7.4.2	Gruppenpsychotherapie	51
4.7.4.3	Indikationsspezifische Gruppen	53
4.7.4.4	Sonstige Gruppenangebote	55
4.7.4.5	Kriseninterventionen	59
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen und Diagnostik/ BORA	60
4.7.5.1	Allgemeine Ziele der arbeitsbezogenen Interventionen	63
4.7.5.2	Medizinisch beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen	62
4.7.5.3	Interne und externe Belastungserprobung	65
4.7.5.4	Arbeitsbezogene Verlaufsdiagnostik	68
4.7.5.5	Bora-zielgruppenspezifische Behandlungsmaßnahmen	69
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie	71
4.7.7	Freizeitangebote	74
4.7.8	Sozialdienst	75
4.7.9	Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining, Lehrküche und Ernährung	78
4.7.10	Angehörigenarbeit	79
4.7.11	Rückfallmanagement	80
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	84
4.7.13	Weitere Leistungen	85
	- Ausgänge/ Heimfahrten / Realitätstraining	

	- Weitere Nachsorgeleistungen	
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	89
5.	Ganztagig ambulante Rehabilitation	91
6.	Adaption	93
7.	Personelle Ausstattung	99
8.	Räumliche Gegebenheiten	99
9.	Kooperation und Vernetzung	100
10.	Maßnahmen der Qualitätssicherung	101
11.	Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	102
12.	Datenschutz	103
13.	Notfallmanagement	103
14.	Fortbildung	104
15.	Supervision	105
16.	Hausordnung und Therapievertrag	105
17.	Anhänge und Literaturverzeichnis	106

1. Einleitung, inklusive Leitbild des Geschäftsbereiches Suchthilfe Deutschen Ordens

Einleitung

Die Schwarzbachklinik Ratingen unterstützt Menschen bei dem Wunsch, ihre Abhängigkeit zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Dieses Behandlungskonzept basiert auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung. Die Fachklinik unterhält ein entsprechendes kontinuierliches Fortbildungs- und Qualitätssicherungssystem (DO-QUA.R), anerkannt durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR).

Als Ergebnis der Behandlung wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit (ICF) als Voraussetzung für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Hinweise:

Dieses Konzept wurde auf Grundlage des gemeinsamen Leitfadens der Deutschen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker erstellt. Es richtet sich nach den gesetzlichen Grundlagen der Leistungsträger DRV und GKV. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Dieses Konzept ist eine Überarbeitung des Einrichtungskonzepts. Das ursprüngliche Behandlungskonzept wurde von Frau Kastelnik in der Erstversion am 04.02.2010 erstellt und letztmalig durch Herrn Herres am 31.03.2014 ergänzt. Es ist eine einrichtungsbezogene Ergänzung des Rahmenkonzepts Rehabilitation der DO-Suchthilfe, erstellt vom Leitenden Arzt der DO-Suchthilfe, Andreas Reimer. Es entstand unter Einbezug der Mitarbeiter der Schwarzbachklinik Ratingen und im Austausch mit leitenden Kollegen von Einrichtungen des gleichen Trägers.

Bei Substantiven, für die männliche und weibliche Wortformen existieren, sind je nach Zusammenhang beide Formen gemeint, auch wenn zur Vereinfachung der Lesbarkeit lediglich die männliche Form Anwendung findet.

Je nach Blickwinkel kann sowohl der Begriff Rehabilitand oder Patient geeignet erscheinen. Da der Empfänger der rehabilitativen Leistungen gemeint ist, sprechen wir im Regelfall von Rehabilitand.

Entsprechend der Vereinbarung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), ersetzt dieses Konzept den Begriff Sucht durch die stimmigere Bezeichnung Abhängigkeit.

Leitbild

Die Einrichtungen des Geschäftsbereiches Suchthilfe im Deutschen Orden K.d.ö.R., in der Folge DO-Suchthilfe genannt, unterstützen Menschen bei dem Wunsch, ihre Sucht zu überwinden und alternative, gesunde Bewältigungsstrategien zu erlernen.

Die unterschiedlichsten Einrichtungen, von der Beratungsstelle über die Akut- bzw. Entzugsstation zur Übergangseinrichtung und zur Rehabilitationsklinik bzw. zum soziotherapeutischen Heim werden dem individuellen Hilfebedarf süchtiger Menschen gerecht. Das Angebot ambulanter, teilstationärer und stationärer Maßnahmen bietet ein in seiner Betreuungsintensität abgestuftes System, so dass Förderung zielgerichtet dort geleistet wird, wo sie notwendig und sinnvoll ist.

Zentrales Ziel der Behandlungs- bzw. Betreuungsmaßnahmen ist eine durch den fortgesetzten Suchtmittelkonsum drohende oder bereits eingetretene Behinderung zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern. Als Ergebnis aller Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen wird die möglichst vollständige Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit als Voraussetzung für Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und insbesondere am Arbeitsleben angestrebt.

Der Mensch ist für uns individuell, einmalig, unwiederholbar und unverwechselbar. Als Person verfügt er über sich selbst in Freiheit und Verantwortung.

Suchtmittelkonsum ist in unserem Verständnis für den Suchtkranken eine, wenn auch dysfunktionale, so doch lösungsorientierte Strategie. Die Suchterkrankung ist nur *eine* Facette der Persönlichkeit eines suchtkranken Menschen. Gemeinsam mit uns machen sich unsere Patienten und Bewohner auf die Suche nach ihren Ressourcen, ihren Kompetenzen und ihren Talenten.

Damit diese Suche gelingt, begegnen wir unseren Patienten und Bewohnern unter dem Ursprungscharisma des Deutschen Orden „**Helfen und Heilen**“ mit Respekt und Wertschätzung, mit einer sorgenden, partnerschaftlichen, aufrichtigen, empathischen und neugierigen Haltung.

In unseren Einrichtungen schaffen wir eine Atmosphäre der Geborgenheit, Solidarität, Zuversicht, Klarheit, Konsequenz, Herausforderung und Lebendigkeit. Ein solches Setting ermutigt unsere Patienten und Bewohner, ein Lebenskonzept zu entwerfen und zu entwickeln, welches ihnen ein suchtfreies und zufriedenes Leben ermöglicht.

Tragende Säulen eines solchen Konzeptes sind die Entdeckung und Entwicklung einer persönlichen, sozialen, beruflichen und spirituellen Identität.

Unsere Mitarbeiter mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung sind unser größtes Kapital. Wir begegnen uns untereinander mit Wertschätzung und Respekt. Transparenz und Vertrauen sind die Basis für einen offenen Umgang miteinander.

Wir verpflichten uns, mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen verantwortlich umzugehen, so dass unter den Prämissen von Wirtschaftlichkeit und qualitätsorientiertem Handeln der größtmögliche Nutzen für unsere Patienten und Bewohner im Sinne dieses Leitbildes erreicht werden kann.

Wir sind mit unseren Angeboten Teil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems und vernetzen uns eng mit allen Institutionen, die die Teilhabe unserer Patienten und Bewohner fördern.

2. Allgemeines

Titel des Konzepts

Wissenschaftlich begründetes Therapiekonzept der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen der Schwarzbachklinik Ratingen.

Voraussetzungen

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger, insbesondere die Strukturanforderungen der DRV: „Strukturqualität von Reha-Einrichtungen – Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung“. Es gilt die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001.

Anschrift der Einrichtung:

Schwarzbachklinik Ratingen, Niederbeckweg 6, 40880 Ratingen.

Tel.: 02102 – 443300

Fax: 02102 – 443540

Email: schwarzbachklinik@deutscher-orden.de

HP: www.schwarzbachklinik.de

Träger der Einrichtung

Deutscher Orden, Ordenswerke

Klosterweg 1, 83629 Weyarn

Geschäftsführer: Dr. Thomas Franke

Aufsichtsratsvorsitzender: Dirk Pfeil

Institutionskennzeichen: 510916677

Einrichtungsleitung, ärztliche und therapeutische Leitung

Sebastian Winkelkemper

(Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie)

Stellvertretung

Dr. med. Heike Paulsen, Ärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin

Florian Kleinig, Sozialarbeiter, Sozialtherapeut, stellvertretende Klinikleitung.

(für weitere Informationen siehe Organigramm im Anhang)

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Historie

Die Schwarzbachklinik Ratingen ist eine offene Einrichtung der stationären Therapie von Abhängigkeitserkrankungen und wurde 1976 gegründet. Die Fachklinik Meisenburg wurde 1995 gegründet. Die beiden Einrichtungen wurden 2010 auf dem Gelände der Schwarzbachklinik zusammengelegt und umfangreiche Umbaumaßnahmen vorgenommen. Die Schwarzbachklinik Ratingen ist als medizinische Rehabilitationseinrichtung anerkannt und wird von der Deutschen Rentenversicherung Bund, den überörtlichen Sozialhilfeträgern, den Krankenkassen und den Jugendämtern belegt. Federführender Leistungsträger ist die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG). Ferner wurde die Schwarzbachklinik Ratingen im November 2017 als Weiterbildungsstätte im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie seitens der Ärztekammer Nordrhein anerkannt. Die Weiterbildungsbefugnis wurde für 24 Monate erteilt.

Zielgruppe

Das Behandlungsangebot der Schwarzbachklinik Ratingen richtet sich an Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen, Alkohol und Medikamenten gemäß ICD 10-GM 2013: F 10 – 19, die den Wunsch haben, suchtmittelfrei zu leben, jedoch vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer allein nicht dazu in der Lage sind. Die Klinik ist ausgelegt für die Rehabilitation von Menschen ab 18 Jahren. Für begleitende Verhaltenssuchte wie z.B. pathologisches Spielen werden Zusatzangebote bereitgehalten. Darüber hinaus werden psychiatrische, neurologische, internistische sowie orthopädische Komorbiditäten soweit als möglich mitbehandelt. Insgesamt bietet die Schwarzbachklinik Ratingen 56 Plätze für Erwachsene in der medizinischen Rehabilitation und 6 Plätze in der Adaption. Bei

entsprechender Indikation und ausreichender Stabilität ist es möglich, 2 Behandlungsplätze im Sinne einer ganztägig ambulanten Rehabilitation zu belegen.

Schwerpunkt ist die Rehabilitation von:

- Mehrfachabhängigkeitserkrankten Erwachsenen ab 18 Jahren sowie Abhängigen nach §35 BtmG. Eine Paarbehandlung ist in der Schwarzbachklinik Ratingen möglich.
- Abhängigen von Stimulanzien – ATS (Amphetaminartige) und THC.
- Die Regelbehandlung umfasst bis zu 26 Wochen
- Abhängigen Erwachsenen nach vorangegangener Therapie, speziell zur Wiedereingliederung in den örtlichen Wohn- und Arbeitsmarkt. (Adaption bis zu 16 Wochen bzw. 4 Wochen nach Arbeitsaufnahme)

Psychische Begleiterkrankungen (Doppeldiagnosen) wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen (insbesondere drogeninduzierte Psychosen) werden weiter-, bzw. mitbehandelt, wenn die Rehabilitanden ausreichend stabil sind, d.h. die Therapiefähigkeit grundsätzlich gegeben ist.

Körperliche Begleiterkrankungen, insbesondere Folgeerkrankungen wie Pankreatitis, Hepatitis, Diabetes Mellitus, PNP oder Zahnschäden können in Kooperation mit erfahrenen niedergelassenen Experten und Fachärzten mitbehandelt werden.

Lage der Klinik

Die Einrichtung liegt verkehrsgünstig an der Grenze zwischen Düsseldorf und Ratingen, nahe einem örtlichen Erholungsgebiet. Beide Städte sind durch öffentliche Verkehrsmittel gut erreichbar.

Aufnahme / Entlassung

Die Rehabilitanden haben vor Aufnahme ihren körperlichen Entzug abgeschlossen. Sie besitzen im Regelfall eine Krankenversicherungskarte, eine gültige Kostenzusage und haben sich mit einem Lebens- und Suchtverlauf beworben.

Nach der Behandlung werden sie in der Regel nahtlos in eine spezifische, meist ambulante Nachsorgeform entlassen (nach Möglichkeit in die zuweisende Stelle oder, bei einem gewünschten Umfeldwechsel nahtlos in eine andere bedarfsgerechte Fachstelle).

Die Klinik bietet nach Möglichkeit einen Abholservice an.

Leistungs- und Kostenträger

Federführender Leistungsträger unseres Hauses ist die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG). Es existiert die Anerkennung der DRV Bund, aller Krankenkassen sowie der örtlichen und überörtlichen Sozialhilfeträger. Es besteht die Anerkennung nach §35 und §36 BtmG.

Träger und Kooperationen

Die Schwarzbachklinik Ratingen ist eine der zahlreichen Betreuungs- und Therapieeinrichtungen der Ordenswerke des Deutschen Ordens. Der Deutsche Orden ist seit 1999 eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Sitz in Weyarn. Die Ordenswerke verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und karitative Zwecke. Im Bereich des Gesundheitswesens handelt es sich unter anderem um den Betrieb von teil- und vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, der Altenhilfe sowie der Jugend- und Suchtkrankenhilfe. Der Deutsche Orden hatte 1997 u.a. die stationären Suchthilfeeinrichtungen der DAYTOP-, PHÖNIX- und SECA-Gesellschaften übernommen und diese seither schrittweise vollständig umgebaut.

Die Fachklinik ist über ihren Träger Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V.

Ausstattung

Die Fachklinik liegt auf einem großen parkähnlichen Grundstück. Für 62 Rehabilitanden stehen großzügig bemessene 2 Bettzimmer zur vollstationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zur Verfügung. Jedes der Zimmer verfügt über eine eigene Nasszelle. Die Klinik hält ein barrierefreies und ein behindertengerechtes Zimmer vor. Einzelzimmer hält die Klinik derzeit nicht vor. Bei medizinischer Notwendigkeit wird ein Doppelzimmer einfach belegt. Parkplätze sind in ausreichender Zahl direkt vor der Klinik vorhanden. Der Zugang ist ebenerdig.

In unmittelbarer Nähe (4-5 Gehminuten) befindet sich das Adaptionshaus. Es handelt sich um ein zweistöckiges Reihenhaus, das ausreichend Platz für 6 Rehabilitanden bietet und in einem Wohngebiet liegt, welches an das Naherholungsgebiet Grüner See grenzt. Im Erdgeschoss befinden sich ein großzügiges Wohnzimmer, eine Küche sowie das Gäste-WC. Im ersten Geschoss befinden sich zwei Einzelzimmer, ein Zweibettzimmer sowie das Bad. Im Obergeschoss befinden sich ein großes Badezimmer sowie ein geräumiges Zweibettzimmer. Auch im Adaptionshaus sind getrennte Schlaf- und Sanitärbereiche für Frauen und Männer gegeben. Der Keller bietet Platz für kreative Werkmöglichkeiten. Ein kleiner Garten mit Sonnenterasse rundet das Bild ab.

Die Schwarzbachklinik Ratingen verfolgt das Ziel der dauerhaften Abstinenz und eines absolut drogenfreien Umfeldes während der Therapie. Für die täglichen Atem-Alkoholkontrollen bei allen Rehabilitanden hält die Klinik mehrere eigene Messgeräte an verschiedenen Stellen vor. Die regelmäßigen und unregelmäßigen Drogenurintests werden unter Sicht des medizinischen Personals abgegeben und sowohl selbst ausgewertet (Schnelltests) als auch - für spezielle Fragestellungen - routinemäßig von einem kooperierenden Großlabor analysiert.

Die Klinik ist mit einer medizinischen Abteilung ausgestattet, bestehend aus einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie einer Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und vier examinierten Pflegekräften im Schichtdienst. Zur medizinischen Abteilung gehören mehrere Untersuchungs- und Behandlungszimmer, ein Notfallkoffer, ein automatischer Defibrillator sowie diverse Untersuchungs- und medizinische Messgeräte (z.B. zur Blutzuckerbestimmung, ein 12-Kanal-EKG, etc.). Ferner wurde ein Krisenzimmer in unmittelbarer Nachbarschaft zum Schwestern- sowie zum Bereitschaftszimmer geschaffen, um eine mögliche medizinische Überwachung bspw. im Falle eines Rückfalls zu gewährleisten.

Ein Belastungs-EKG, Abdomensonographie, kleine Lungenfunktion, Labor und Enzymdiagnostik erfolgen in Kooperation mit der Praxis Heider, mit der ein Kooperationsvertrag besteht (s. Anhang). Die weitere orthopädische, dermatologische, gynäkologische Funktionsdiagnostik etc. erfolgt durch niedergelassene Facharztpraxen; zudem werden regulär ärztliche Vorbefunde der Rehabilitanden angefordert.

Die Schwarzbachklinik Ratingen verfügt über insgesamt 4 Multifunktionsräume, welche sowohl als Aufenthalts- und Gruppenräume sowie als Gruppentherapieräume und Entspannungs- und Meditationsräume genutzt werden können. Ferner werden die Multifunktionsräume bspw. für das kognitive Training (Arbeits- und Gedächtnistraining) und die Indikativgruppen genutzt.

Die Sport- und Rekreationstherapie bietet in einem der genannten Multifunktionsräume die Möglichkeit, Sport, Trainingstherapie und Gymnastik durchzuführen. Darüber hinaus wurden seitens der Schwarzbachklinik Ratingen Hallenzeiten in einer fußläufig zu erreichenden Turnhalle angemietet, ferner wird das örtliche Schwimmbad sowie Trainingsplätze (Fußball, Volleyball, Basketball) der benachbarten Sportvereine genutzt, so dass ein umfangreiches Sportprogramm angeboten werden kann. Zur weiteren Ausstattung gehören u.a. Messgeräte zur Gewichts- und Pulskontrolle, Tischtennisplatten, ein Basketballkorb, ein Boxsack, etc.

Die Arbeitstherapie unterhält u.a. eine moderne Küche, eine Kreativwerkstatt, ausgestattet mit Maschinen- und mehreren Bankräumen, eine Metallwerkstatt, ein

Atelier mit kunsttherapeutischen Angeboten, eine Hauswirtschaft/ Wäscherei, eine Haustechnik/ Hausmeisterei, einen Gartenbereich sowie einen Musterarbeitsplatz Büro (Tagdienst /Lehrbüro (ergonomisch ausgestattet)) am Empfang mit einem PC-Arbeitsplatz. Im Bereich der Arbeitstherapie wird außerdem die Berufsberatung inklusive Bewerbertraining als Indikativgruppe angeboten, welches mit ausreichend Computerplätzen ausgestattet ist.

Zur Freizeitgestaltung im Haus stellt die Einrichtung neben Tischtennis- und Kickerräumen die oben genannten Multifunktionsräume mit Spiel-, Sport- und, Lese- und Fernsehmöglichkeit zur Verfügung.

Wegbeschreibung

Die Einrichtung liegt an einer verkehrsberuhigten Zone an einem Naherholungsgebiet mit Seen und Wäldern direkt in Ratingen bei Düsseldorf. Die Ratinger Innenstadt ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln in wenigen Minuten erreichbar, ins Zentrum von Düsseldorf benötigt man mit der direkt in Kliniknähe befindlichen Straßenbahn (U72, Haltestelle Felderhof) ca. 15 Minuten. Die Schwarzbachklinik Ratingen liegt außerdem für die Anreise mit dem PKW verkehrsgünstig. Die Autobahnen A3, A44 und A52 sind innerhalb weniger Minuten erreichbar, so dass die Anbindung sowohl an das Rheinland wie auch das Ruhrgebiet vollends gegeben ist. Von Düsseldorf kommend, biegt man von der Düsseldorfer Str. links in den Niederbeckweg ab und erreicht die großzügig bemessenen Parkmöglichkeiten der Klinik. Von der A44 kommend folgt man der Mettmanner Str., welche in die Industriestraße übergeht und biegt links auf den Europaring ab. Diesen verlässt man links auf die Düsseldorfer Str. und biegt nach einigen Minuten rechts in den Niederbeckweg ab. Von der A52 kommend hält man sich auf der Volkadeyer Str. und verlässt diese ebenfalls auf die Düsseldorfer Str., um sein Ziel nach einer letzten Abbiegung nach rechts zu erreichen. Fernreisende erreichen die Klinik über den Bahnhof Düsseldorf Flughafen, von dort erreicht man mit der Buslinie 759 das Ratinger Stadtzentrum und von dort ist die Klinik mit der U72 gut angebunden. Gerne organisieren wir für anreisende Rehabilitanden eine Abholung vom Düsseldorfer Flughafen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundorientierung und Grundhaltung

(Siehe auch A. Reimer, Rahmenkonzept der DO-Suchthilfe; aktuelle Leitlinien integrierend)

Krankheitsdefinition

Entsprechend der WHO-Definition ist die Abhängigkeit von legalen und illegalen Substanzen durch eine Reihe körperlicher und psychischer Phänomene gekennzeichnet:

Nach ICD 10:

- Unwiderstehlicher Drang (Zwang), die Substanzen zu konsumieren
- Verminderung oder Verlust der Kontrolle über Beginn, Menge, Dauer und Ende des Konsums
- Entzugssymptome
- Toleranzentwicklung
- Einengung von Wahrnehmung und Verhalten auf Substanzbeschaffung und Konsum
- Vernachlässigung anderer Tätigkeiten, Interessen und Pflichten zugunsten des Substanzkonsums
- Fortsetzung des Konsums trotz offensichtlicher schädlicher Folgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene

Das Verstehen der Abhängigkeitserkrankung, das Erlernen und Festigen einer abstinenten Lebensführung sowie die darauf abgestimmten Behandlungsformen und Interventionen werden von uns als ein integrativer Prozess verstanden. Vergleicht man die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen in ihrem Verständnis der Behandlung Abhängigkeitskranker miteinander, so zeigen sich sehr verschiedene Terminologien und teilweise sehr elaborierte Systeme zur Erklärung des Krankheitsgeschehens, ohne dass es zu gravierenden Unterschieden in Bezug auf die Ergebnisqualität (beispielsweise in katamnestischen Erhebungen) führt.

Tiefenpsychologische Orientierungen legen lebensgeschichtliche Erklärungsansätze zugrunde, die in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung der Rehabilitanden verstehbar werden sollen, pathogene infantile Konflikte sollen reinszeniert werden, der neurotische Wiederholungscharakter wird bemüht und durch die Beziehung zum verlässlichen, präsenten und emotional authentischen Therapeuten kann sich der Rehabilitand von pathogenen Objektbeziehungen lösen.

Verhaltenstherapeutische Orientierungen betonen demgegenüber eher die Entwicklung von alternativen Konfliktlösungsstrategien im „Hier und Jetzt“, operationalisieren unterschiedliche Problembereiche, fokussieren die Aspekte der

Rückfallprophylaxe und stärken die Selbstmanagementressourcen der Rehabilitanden.

Die Schwarzbachklinik Ratingen verfolgt einen verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlungsansatz. Hierbei halten wir allerdings einerseits historisch und andererseits auf Grund der ausgeprägten Heterogenität des Klientels (multipler Substanzgebrauch, Komorbidität wie psychotische Störungen oder hirnorganische Beeinträchtigungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, massive soziale und berufliche Folgeprobleme, Anstieg der somatischen Begleiterkrankungen) eine integrative und methodenübergreifende Psychotherapie der Sucht für angemessen.

Wir sind davon überzeugt, dass jedes Individuum potentiell über „unerhörte“ Möglichkeiten verfügt, sich selbst zu begreifen und seine Selbstkonzepte, seine Grundeinstellung und sein selbstgesteuertes Verhalten zu verändern; wir sehen unsere Aufgabe darin, jedem Rehabilitanden die Möglichkeit zu eröffnen, dieses Potential zu erschließen.

Wir gehen davon aus, dass es sich bei der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankungen um ein prozesshaftes Geschehen multifaktorieller Genese handelt. Abhängigkeitserkrankungen entstehen in einem komplexen Kontext biologischer, psychischer, sozialer und gesellschaftlicher Bedingungen, bzw. werden durch diese aufrechterhalten. Die Abhängigkeit wird unsererseits als multikausales und mehrdimensionales Phänomen gesehen, hier gilt es, die komplexen Zusammenhänge der Entstehungsgeschichte zu erkennen und diese therapeutisch zu bearbeiten.

Wir erachten die Arbeiten Geyne Heyman´s für beachtlich. Dieser postulierte 2009, dass es sich bei Abhängigkeitserkrankungen um eine „Priorisierungsstörung“ („*Disorder of Choice*“) handele. Er betrachtete Abhängigkeit als „absichtliches“ operantes Verhalten, dass aus einer „kurzsichtigen“ Abwägung möglicher Alternativen in Entscheidungssituationen resultiert. Der „temporär kurzsichtige Drogenkonsument“ wertet die langfristigen gesundheitlichen, finanziellen, sozialen Vorteile, etc. einer abstinenter Lebensführung ab und entscheidet sich für den erneuten Konsum („addiction as **voluntary operant behavior** that results from a temporally myopic view of the available alternatives in a choice situation. The temporally myopic drug user devalues the delayed aggregate of better health, financial stability, and secure relationships that accompanies abstinence, and predictably chooses to use drugs.“). Unter Berücksichtigung einer multifaktoriellen Entstehungsgenese dieser Priorisierungsstörung ergibt sich für uns die Notwendigkeit, die zugrundeliegenden Zusammenhänge dieser „Priorisierungsstörung“ zu erkennen und dem einzelnen Rehabilitanden aufzuzeigen und im Folgenden zu bearbeiten.

Wir arbeiten im Sinne eines verhaltenstherapeutischen Therapieangebotes und greifen ergänzend auf einen multidimensionalen Ansatzes von Therapie zurück und integrieren tiefenpsychologische, gestalttherapeutische sowie Elemente des Psychodrama in unser Behandlungsangebot, sofern dies die individuelle Behandlung des Rehabilitanden erfordert. Wir orientieren uns am bio-psycho-sozialen Modell, indem wir Ressourcen und Störungen des Individuums, sowie deren Auswirkungen auf den Körper, die Seele und die soziale Umwelt unserer Patienten und Klienten bearbeiten. So ziehen wir die Betrachtung der funktionalen Gesundheit einer Person vor ihrem gesamten Lebenshintergrund einschließlich Förderfaktoren und Barrieren sowie die Förderung der Teilhabe in die Behandlung mit ein. Deshalb verfolgen wir unter Berücksichtigung von Aktivität und Teilhabe, Behandlungsziele, die nach der ICF¹ klassifizierbar sind. Eine weitere Grundlage unserer Arbeit bildet die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“.

4.1.2 Genderaspekte/ Diversity Management

Genderaspekte

In unserem gesellschaftlichen Kontext sind die Geschlechterrollen zunehmend Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen geworden. Ausgelöst durch die Frauenbewegung und der Entwicklung einer feministischen Wissenschaft erfolgte erstmalig eine Geschlechterdifferenzierung, wobei hier ausschließlich die weibliche Sozialisation mit ihren gravierenden gesellschaftlichen Benachteiligungen von Interesse war. Aber auch männliche Wissenschaftler wiesen auf den Zusammenhang von traditionellen, männlichen Geschlechtsrollenerwartungen und Gesundheitsverhalten hin. Die Gendermainstreaming-Forschung fasst beide Strömungen zusammen und eröffnet damit eine differenzierte Sichtweise für das weibliche und männliche soziale Geschlecht. So werden Aspekte von Rollenerwartungen und Rollenverhalten von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft im Zusammenhang mit dem historischen und kulturellen Wandel, dem sie unterworfen sind, untersucht. Wie auch die psychologischen Zuschreibungen in Form von Rollenattributen im Hinblick auf die Entwicklung von Männern und Frauen betrachtet werden, da sie den Verlauf und das Erleben von Krankheit mit beeinflussen.

Im Gesundheitsbereich und insbesondere im Bereich der Suchtkrankenhilfe orientierte sich die Versorgung bis dato vornehmlich an männlich geprägten Krankheitsbildern. Folglich sind Männer in diesen Versorgungssystemen überproportional stark vertreten. Frauen wurden von diesem System unzureichend erfasst und selten adäquat behandelt. In der Suchtkrankenhilfe sind, ausgehend von

¹ WHO, 2001, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

den Forderungen der Weltgesundheitsorganisation bei Ihrer Konferenz von 2001 in Madrid, genderspezifische Ansätze unbedingt zu implementieren, denn Männer und Frauen haben das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitsstandard. In der Schwarzbachklinik Ratingen werden grundsätzlich Genderaspekte berücksichtigt, so dass wir geschlechtsspezifische Angebote vorhalten, die entsprechend den wissenschaftlichen Erkenntnissen fortlaufend von uns weiterentwickelt werden.

Bei der Zusammenstellung unseres Arbeiterteams werden Genderaspekte beachtet. Wir sind bemüht, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die eine Unterrepräsentanz eines Geschlechts verhindern und eine ausgewogene „work-life-balance“ für die Mitarbeiter, bspw. in Form unterschiedlichster Arbeitszeitmodelle, ermöglichen.

Diversity Management:

Unter Diversity Management verstehen wir die bewusste Nutzung der Vielfalt unserer Rehabilitanden. Ursprünglich stammt der Begriff aus dem Personalwesen und wird dort zumeist in dem Sinne verwendet, dass „soziale Vielfalt konstruktiv genutzt“ wird. Ferner ist im Personalwesen gemeint, dass die soziale Vielfalt der Mitarbeiter „nicht nur“ toleriert wird, vielmehr beschreibt der Begriff den Versuch, die individuelle Verschiedenheit positiv wertschätzend hervorzuheben. Diversity Management, die Gestaltungsdimension der Vielheit, beinhaltet nach Taylor Cox „planning and implementing organizational systems and practices to manage people so that the potential advantages of diversity are maximized while its potential disadvantages are minimized“. Diversity Management bezeichnet somit den Versuch, die gesellschaftlich gegebene Vielfalt, welche sich in der Zusammensetzung der Rehabilitandenschaft der Schwarzbachklinik Ratingen „im Kleinen“ widerspiegelt, zur Erreichung gesetzter Ziele aktiv zu nutzen. Hierunter verstehen wir die Integration der ethnischen, religiösen, biographischen, etc. Vielfalt innerhalb der Rehabilitandenschaft in den therapeutischen Alltag. Ferner sind wir bestrebt, soziale Unterschiede bezüglich des Alters, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, des Lebensstils, etc. in den Behandlungskontext zu integrieren, jedwede Ausgrenzung zu verhindern, um so zusätzliche Anregungen geben zu können und das Veränderungspotenzial aller Rehabilitanden zu erhöhen.

4.1.3 Neurobiologische Ansätze

Wie bereits geschildert, sehen wir eine mehrdimensionale Betrachtungsweise in der Behandlung unserer Rehabilitanden für notwendig. Deshalb finden in unserer Arbeitsweise selbstverständlich auch neurobiologische Ansätze ihre Berücksichtigung. Das Verständnis der neurobiologischen Phänomene kann zwar

gegenwärtig nicht als abgeschlossen bewertet werden, dennoch haben die Erkenntnisse erheblichen Beitrag zum Verständnis der Abhängigkeitserkrankungen beigetragen. Als gesichert gilt, dass der regelmäßige Konsum von Suchtstoffen zu Veränderungen im Hirnstoffwechsel führt. Die Suchtmittel wirken in spezifischer Form auf die verschiedenen Neurotransmittersysteme (Beck 2000), einige führen bei chronischem Missbrauch zu Veränderungen der Dichte verschiedener Rezeptoren im Gehirn. Dieser Vorgang wird als Gegenregulationsversuch des Organismus verstanden und führt in der weiteren Folge zum Gewöhnungseffekt, der wiederum eine Steigerung der Dosis nach sich zieht, um den gleichen Effekt zu erzielen. Gut untersucht ist dieses Phänomen am körpereigenen Belohnungssystem. Dopamin als wichtiger Transmitter des Belohnungssystems wird ausgeschüttet, um lebensnotwendige Handlungen mit einem angenehmen Gefühl zu versehen. Die Wahrnehmung eines angenehmen Gefühls führt zur Wiederholung der Handlung. Hierdurch wird gewährleistet, dass notwendige Handlungen wie z.B. Essen, Trinken, Sexualität, also selbst- oder arterhaltende Handlungen, ausgeführt werden. Das Belohnungssystem reagiert mit Dopaminausschüttung, wenn ein Verhalten von der Großhirnrinde als erfolgreich bewertet wird (z.B. Anerkennung bringende Handlungen im beruflichen oder sozialen Bereich), was wiederum zur Wahrnehmung eines angenehmen Gefühls (Wohlbefinden) führt (Schläpfer und Burri 2000). Suchtmittel wirken als starker Aktivator des Belohnungssystems, d.h. es kommt über eine Dopamin- (oder Serotonin-) Ausschüttung zur Induzierung angenehmer Gefühle (bzw. Minderung negativer Gefühle über GABA), wie es sonst nur bei überlebensnotwendigen, erfolgreichen und gelungenen Handlungen der Fall ist. Wird das Suchtmittel nicht mehr zugeführt, kommt es zu einem Mangel an Transmittersubstanzen (z. B. Serotonin, Dopamin, Endorphin) und damit bspw. zur Entwicklung von vegetativen und psychischen Entzugserscheinungen. Darüber hinaus wird infolge der neuronalen Adaption des Dopaminsystems bei chronischem Drogenkonsum eine wachsende Hypersensitivität des Belohnungssystems gegenüber der Anreizwirkung von Suchtmitteln und suchtmittelspezifischer Stimuli angenommen (Rommelspacher 1998, 1999). Suchtmittel werden demzufolge zum stärksten Aktivator des Belohnungssystems und drängen andere überlebensnotwendige, gelungene, sozial und beruflich wichtige Handlungen in den Hintergrund. Auch die Entwicklung eines Suchtgedächtnisses, an dessen Entstehung der neueren Forschung gemäß (Wolffgramm und Heyne 2000) sowohl endogene Opiode als auch Glutamat-NMDA-vermittelte Prozesse des Belohnungssystems beteiligt seien (Lindenmeyer 1999), gilt als gesichert und wird unsererseits in angemessener Weise in der Behandlung unserer Rehabilitanden berücksichtigt.

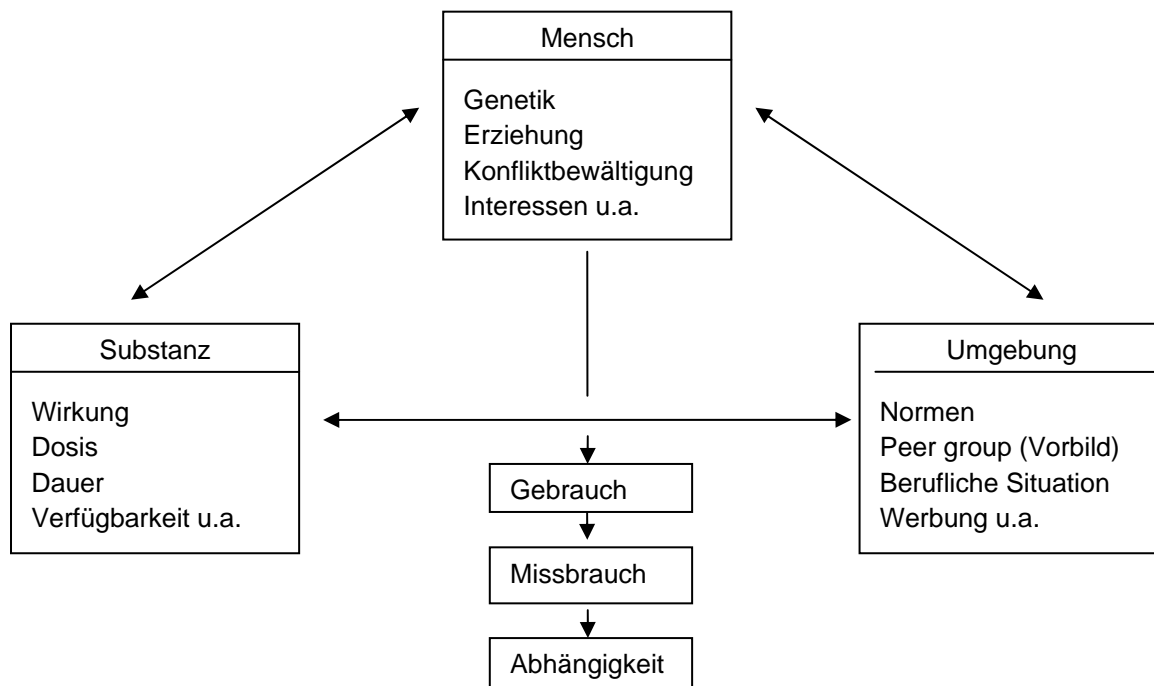
Neurobiologische Erkenntnisse machen allerdings nur Sinn, wenn das ganze System mit seinen synergetischen Prozessen erklärbar ist. Sowohl in der Hirnforschung als auch in unserem täglichen Arbeitskontext ist der Mensch mehr als die Summe seiner einzelnen Bausteine. So wurden zwar auf der Grundlage der Neurobiologie neue Medikamente entwickelt, die das Suchtverlangen (Craving) und damit die Rückfälle

minimieren sollten, diese erwiesen sich allerdings in der Praxis ohne eine soziale und psychologische Betreuung als wenig sinnvoll und effizient. Die Biomedizin räumt inzwischen den geistigen Prozessen eine größere Relevanz für unser Leben ein, als bisher angenommen. Für unsere Praxis heißt das, dass die Gestaltung der professionellen Beziehung, das persönliche Engagement der Mitarbeiter und das therapeutische Geschick für Heilungsprozesse von zentraler Bedeutung sind.

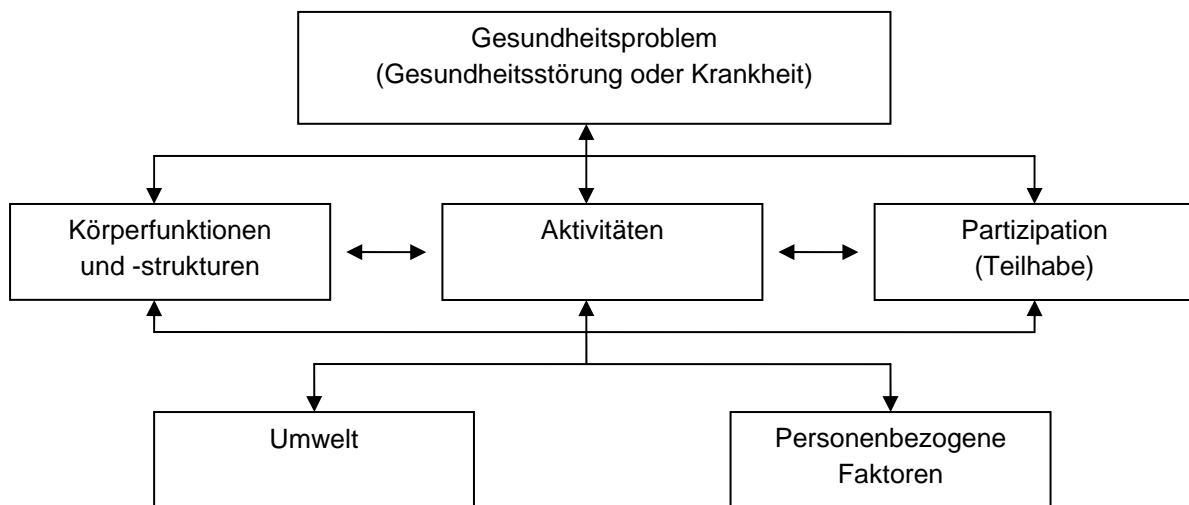
4.1.4 Bio-psychosoziales Krankheitsmodell / ICF

Wir orientieren uns in unserer Arbeit ferner am bio-psychozialem Krankheitsmodell. Kennzeichnend ist dabei die Komplexität der körperlichen, psychischen und sozialen Bedingungen der Entstehung, der Verstärkung und der Minderung oder Beseitigung des Suchtproblems. Wissenschaftliche Modelle zur Beschreibung und Erklärung der Abhängigkeit betonen das komplexe, mehrdimensionale Bedingungsgefüge der individuellen Abhängigkeitsentwicklung einer Person (maßgeblich: Engel 1977, Feuerlein 1989). Diese gerät in selbstverstärkende somatische, psychische und soziale „Teufelskreise der Sucht“ (Tretter & Müller 2001), in denen der Suchtmittelkonsum zugleich Ursache, aufrechterhaltender Faktor und Folge einer spezifischen, individuellen Bedingungskonstellation sein kann.

Das Modell des Suchtdreiecks nach Feuerlein (Feuerlein 1989) spiegelt das mehrdimensionale Bedingungsgefüge zwischen Mensch, Umgebung und der Substanz wider.



Entsprechend orientiert sich die medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen an dem biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgemodell der WHO gemäß der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF 2005). Aus biopsychosozialer Perspektive beruht die Genese, Aufrechterhaltung und die Folgen einer Abhängigkeitserkrankung auf komplexen Wechselwirkungen in einem multifaktoriellen Bedingungsgefüge, in dem genetische, biologische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige, im Einzelfall jedoch unterschiedliche Rolle spielen (Bühringer 2003, Lindenmeyer 2005, ICF 2005).



Die ICF konzentriert sich auf die Funktionsfähigkeit (Gesundheit) und die Auswirkungen ihrer Beeinträchtigung auf gesundheitsbezogene Funktionen und die gesellschaftliche Teilhabe einer Person. Sie verfolgt den Anspruch,

- eine weltweite Standardisierungshilfe im Umgang mit Krankheit und Gesundheit mit einheitlicher Begrifflichkeit zu schaffen,
- das Wissen um die bio-psycho-soziale Beschaffenheit von Krankheits- und Gesundheitsphänomenen in diagnostisches und therapeutisches Handeln umzusetzen,
- durch Einbeziehung von Einflussfaktoren aus der Lern-, Lebens- und Arbeitsgeschichte der Menschen dazu beizutragen, das Versorgungsgeschehen realistischer (sachangemessener, bedürfnisorientierter) und damit in seinen Wirkungen nachhaltiger zu gestalten.

All dies soll erreicht werden, indem nicht nur Defizit-Tatbestände (Verletzungen, Behinderungen, Anomalien, etc.) konstatiert, sondern Grade von Gesundheit als Wechselverhältnis von Funktionsfähigkeit und Funktionsbeeinträchtigungen eingeschätzt und zugeschrieben werden können. „Die Philosophie der ICF systematisiert rehabilitatives Denken und eröffnet insbesondere durch die Einbeziehung von Kontextfaktoren im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren erweiterte Perspektiven für rehabilitatives Handeln.“ (Schuntermann 2005, S.1) Dies setzt spezielle Maßstäbe für eine moderne, wissenschaftlich fundierte, ganzheitliche medizinische Rehabilitation:

Rehabilitation ist die Bündelung medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Maßnahmen mit dem Ziel, den Rehabilitanden den bestmöglichen Gebrauch ihrer verbliebenen Fähigkeiten zu ermöglichen und Defizite soweit wie möglich zu kompensieren. Sie zielt auf Unabhängigkeit von fremder Hilfe und soziale (Wieder-) Eingliederung und soll möglichst auf allen Ebenen,

- der Ebene der Schädigung
- der Ebene der funktionellen Einschränkung
- der Ebene der sozialen Beeinträchtigung

ansetzen. Nach dem ICF-Modell der WHO ist die Wiederherstellung oder Besserung der Funktionsfähigkeit sowohl auf der Ebene der Aktivitäten (**Leistungsverhalten**) als auch auf der Ebene der Partizipation (**Teilhabe an Lebensbereichen**) intendiert. Die Orientierung an diesem Modell bedeutet, dass alle Leistungen zur Rehabilitation, d.h. auch schon die medizinischen, über die Krankenbehandlung hinaus als Leistungen zur Teilhabe und zur Bewältigung der Krankheitsfolgen dienen und von vornherein in diesem Sinne konzipiert werden sollten (Regus 2004). Die Abhängigkeits- und Begleiterkrankungen (Gesundheit) werden dabei generell nicht isoliert betrachtet, sondern als Wechselwirkung individueller und gesellschaftlicher Faktoren verstanden.

4.1.5 Psychologische Theorien zur Abhängigkeitserkrankung, Persönlichkeitsmodell

Die psychologische Forschung und Theoriebildung hat entscheidend zum gegenwärtigen Verständnis der Abhängigkeitserkrankung und ihrer wissenschaftlich fundierten Behandlung beigetragen (Bühringer 2000). Verhalten wird vor allem am Modell der Umgebungspersonen (z.B. den Eltern oder der Peergroup) (Bandura 1997) sowie durch Verstärkung von Verhalten erlernt. Wird aus dem nachahmenden Verhalten Genuss (Wohlbefinden, Entspannung) oder Lustgewinn gezogen, spricht

einiges dafür, dass es in ähnlichen Situationen wiederholt wird. So können bestimmte Schlüsselsituationen den Konsum auslösen. Der Gebrauch kann allmählich zur Gewöhnung und schließlich zur Abhängigkeit führen. Süchtiges Verhalten stellt somit die Fixierung auf ein Verhaltensmuster und damit Ausdruck unbefriedigter elementarer materieller und psychosozialer Lebensbedürfnisse (Perlwitz 1995) dar. Aus Sicht der **kognitiv orientierten Verhaltenstherapie** spielen in Kindheit und Jugend erworbene Einstellungen (z.B. Selbstwirksamkeitserwartungen), Werte und Verhaltensweisen eine die Abhängigkeit prädisponierende Rolle (Suhler 2000, Bühringer 2003).

Es lassen sich auf den Grundannahmen des biopsychosozialen Krankheitsmodells aus verhaltenstheoretischer Sicht die folgenden zwei zentralen Suchtmechanismen beschreiben, die die situative Einbettung des Suchtkonsums betonen.

1. Zwei-Phasen-Wirkung:

Unmittelbar im Anschluss an die kurzfristig angenehm erlebte Suchtmittelwirkung (Symptommotiv) treten langfristig aversive Zustände auf, die wiederum Auslöser für die erneute Einnahme von Suchtstoffen werden. Hierdurch kann gemäß dem Paradigma der operanten Konditionierung die immer größere Attraktivität des Suchtmittels erklärt werden. Es wird vom Einzelfall abhängen, ob bei den aversiven Zuständen eher psychische Folgen (z. B. negatives Selbstbild, Coping-Defizite, Resignation nach einem Rückfall), somatische Veränderungen (z. B. Toleranzsteigerung, Entzugserscheinungen) oder negative soziale Auswirkungen (z. B. Konflikte mit Partner oder Arbeitsplatz) im Vordergrund stehen.

2. Automatisierung des Konsums:

Im Verlauf einer Abhängigkeitsentwicklung wird der Konsum allerdings mehr zu einer situativ automatisch ausgelösten und ritualisierten Handlung, die einer rationalen Kontrolle immer schwerer zugänglich ist. Über Prozesse der klassischen Konditionierung bzw. einer Sensitivierung des Belohnungssystems entsteht im Verlaufe der Suchtentwicklung das sog. Suchtgedächtnis in Form einer immer engeren Kopplung von neuronaler Aktivität an suchtbezogene Stimuli, die selbst dann nur schwer zu löschen ist, wenn gar keine subjektiv angenehm erlebte Wirkung mehr eintritt. Entsprechend haben Abhängige oft wenig Bewusstheit darüber, warum sie Suchtmittel konsumieren. Außerdem können hierdurch plötzlich auftretendes Verlangen und scheinbar unverständliche Rückfälle selbst nach längeren Abstinenzphasen erklärt werden.

Ziel einer funktionalen Analyse des Symptomverhaltens ist es, das der Rehabilitand „entdeckt“,

- dass verschiedene äußere Situationsmerkmale (Ort, Zeit, anwesende Personen, Anblick und Geruch des Suchtmittels, Gesprächsthema, Verhalten der Interaktionspartner) sowie innere Bedingungen (Stimmungen, Gedanken, Erwartungen, Durst, physiologische Reaktionen) als so genannte Trigger additiv die Wahrscheinlichkeit für den Suchtmittelkonsum erhöhen (Automatisierung des Konsumverhaltens).
- dass die kurzfristig angenehme Wirkung des Suchtmittels langfristig einen unangenehmen Zustand erzeugt, der ebenfalls die Wahrscheinlichkeit für weiteren Konsum erhöht.

Um der Vielschichtigkeit der Abhängigkeitserkrankung gerecht zu werden, integriert die medizinische Rehabilitation in der Schwarzbachklinik Aussagen verschiedener Blickwinkel in ein Gesamtkonzept:

Obwohl viele Autoren nach einer für Abhängigkeitserkrankungen typischen „Suchtpersönlichkeitsstruktur“ forschten, konnte diese Annahme nicht bestätigt werden (Wanke 1987, Ellgring 1991). In neueren Studien wurde auf den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörung und Abhängigkeitserkrankung hingewiesen, wobei eine überproportionale Häufung von Abhängigkeitserkrankungen und antisozialen und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ auffällt (Driessen et al. 1998, Thomasius 1998, Moggi 2002). Die meisten Theorien gehen, teils immanent, teils explizit von einer gemeinsamen Grundvoraussetzung aus, nämlich von der Zielgerichtetheit menschlichen Handelns, wobei wesentliches Ziel menschlichen Handelns das subjektiv erlebte Gefühl des Wohlbefindens ist (**Prinzip der Homöostase**). Jede Handlung des Menschen wird ursprünglich von diesem Streben nach Wohlbefinden getragen. Unsere tägliche Arbeit ist durch Wertschätzung, Respekt und Achtung der Andersartigkeit des Gegenübers ausgezeichnet.

Im **psychoanalytischen** Denkmodell wird süchtiges Verhalten als missglückter Selbstheilungsversuch und damit als zielgerichtete Handlung gewertet (Senf und Broda 2000). Psychoanalytische Theorien gehen davon aus, dass sich süchtiges Verhalten auf dem Boden von schweren Persönlichkeitsstörungen entwickelt. Diese entwickeln sich nach traditioneller psychoanalytischer Auffassung in der präödiptalen Phase des Menschen (Krystal 1983). Aus dieser Sicht liegt den schweren Persönlichkeitsstörungen eine pathologische Verzerrung der Mutter-Kind-Dyade zugrunde, wobei die entscheidenden Schädigungen bereits in der präverbalen Phase der frühkindlichen Entwicklung einsetzen. In neuerer Zeit wurde diese Sichtweise durch eine Theorie der traumatischen Genese der schweren Persönlichkeitsstörungen relativiert. Es zeigt sich nämlich, dass sehr viele Rehabilitanden, die unter sogenannten frühen Störungen leiden, in ihrer Kindheit und Jugend schwer körperlich, seelisch und/oder sexuell misshandelt wurden oder durch Nahrungsentzug bzw. Versagung anderer elementarer Bedürfnisse (z.B. dauerhafter Liebesentzug) traumatisiert wurden (Saunders & Arnold 1993). Die Folgen können

gestörte Umweltbeziehungen wie stark gesteigerte Furchtsamkeit, Reizbarkeit, Misstrauen oder Aggressivität sein. Der Konsum von psychotropen Substanzen kann hier zu der Erfahrung führen, dass Affekte besser kontrolliert werden können und die psychisch und physisch erlebten Spannungen reduziert werden. Somit werden die als stark unbefriedigend oder gestört erlebten Beziehungsobjekte durch das Rauschmittel kompensiert.

Systemische Ansätze gehen davon aus, dass es sich bei dem Phänomen Abhängigkeit nicht um die Erkrankung eines einzelnen Individuums, sondern um eine Beziehungsstörung handelt, deren Genese nur im Kontext des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familie und der Gesellschaft verstanden und behandelt werden kann. Konsum von Suchtmitteln ist aus systemischer Sicht als sinnvolles Verhalten innerhalb des biographischen und aktuellen Kontextes zu verstehen. Wesentlicher Aspekt der Behandlung ist demnach auch die Fokussierung auf den situativen Kontext und den Beziehungskontext des süchtigen Verhaltens.

Sozialpsychologische Theorien betonen ebenfalls die Einflüsse der Umgebung auf die Ausprägung süchtigen Verhaltens. Viele Faktoren wurden auf ihre Wirksamkeit bezüglich einer Abhängigkeitsentwicklung untersucht, z.B. das häusliche Milieu, sozioökonomische Bedingungen, Sozialisation, Schichtzugehörigkeit, Schulleistungen, Zukunftsperspektiven, gesellschaftliche Strukturen etc. Für die soziale Schichtzugehörigkeit wurde festgestellt, dass z.B. Opiatkonsum im Gegensatz zu Cannabiskonsum häufiger bei Angehörigen der unteren gesellschaftlichen Schichten zu beobachten sei. Als Erklärung wird vermutet, dass hier eine niedrigere Frustrationstoleranz herrscht, bei gleichzeitig stärkerer Gegenwartsorientierung und der Neigung zu sofortiger Bedürfnisbefriedigung - im Gegensatz zu aufgeschobener, zukünftiger Bedürfnisbefriedigung (Wöbcke 1995).

Viele Untersuchungen, u.a. an eineiigen Zwillingen und Adoptivkindern, legen nahe, dass eine Disposition zu süchtigem Verhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit vererbbar ist (Fritze 1994). Es wird aber darauf hingewiesen, dass jede Disposition auf entsprechende Umweltbedingungen angewiesen ist, um sich zu äußern. Bisher konnte nicht der Nachweis spezieller "Suchtgene" erbracht werden - wahrscheinlicher ist, dass ein Zusammenspiel mehrerer Gene eine Disposition zur Abhängigkeit erzeugt (Topel 1991).

Zusammenfassend wird Suchtmittelkonsum von uns als zielgerichtetes, auf dem Hintergrund sozialer und individueller Faktoren beruhendes, erlerntes Verhalten verstanden. Die Funktionalität des Suchtmittels sowie prädisponierende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren spielen eine zentrale Rolle im Verständnis und der daraus resultierenden Behandlung der Erkrankung unserer Rehabilitanden (Kanfer, Goldstein 1991, Meermann 1991, Reinecker 2003). Eine dogmatische und einseitige Betrachtung wird den Bedürfnissen unserer Rehabilitanden nicht gerecht, so dass wir

unsere verhaltenstherapeutische Arbeit unter Berücksichtigung der unterschiedlichen wissenschaftlich fundierten Theorien ergänzen und uns ein möglichst umfassendes Bild der vorliegenden Ressourcen sowie der aktuellen Funktionsfähigkeit im Bereich der Aktivität und Teilhabe verschaffen. Hieraus ergibt sich unsererseits die Notwendigkeit, psychiatrische und somatische Komorbiditäten mit zu berücksichtigen und diese soweit möglich und notwendig mit zu behandeln.

Multimorbidität und Rehabilitationsbedürftigkeit

Das Krankheitsverständnis der Abhängigkeit kann sich nicht allein auf Theorien und empirische Befunde zur Abhängigkeitserkrankung stützen, da Abhängige in zunehmendem Maß unter zusätzlichen zum Teil schweren psychiatrischen, internistischen, orthopädischen, neurologischen etc. Krankheiten leiden. Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit diese Erkrankungen auslösenden oder aufrechterhaltenden Charakter für die Abhängigkeit haben. Dies gilt insbesondere für die begleitenden psychiatrischen Erkrankungen. Von großem Interesse sind die Fragen, ob die Abhängigkeitserkrankung ein Symptom der psychiatrischen Störung oder Folge eines misslungenen Selbstheilungsversuchs ist. Oder haben sich beide Krankheiten parallel entwickelt, ohne sich wechselseitig zu beeinflussen (Gresch 1997, Moggi 2002).

Die Kombination von Suchtmittelmissbrauch und zusätzlichen psychiatrischen Störungen findet sich besonders häufig bei arbeitslosen oder dauerhaft unterbeschäftigten Abhängigen (Swartz et al. 2000). Bis zu 50% von schizophrenen Patienten missbrauchen Rauschmittel (illegale Drogen und/oder Alkohol; Batel 2000). Rehabilitanden mit frühem Beginn des Drogenkonsums (unter 18 J.) leiden häufiger unter dissozialen, passiv-aggressiven und emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen im Vergleich zu Abhängigen mit spätem Beginn des Suchtmittelmissbrauchs (mit 18 J. oder später; Franken 2000).

In der medizinischen Rehabilitation berücksichtigen wir weitere komorbide Störungen, z.B. internistische, neurologische oder orthopädische Erkrankungen, um diese konsequent zu diagnostizieren und soweit wie möglich zu behandeln, da diese ebenfalls entscheidenden Einfluss auf das Gesamtrehabilitationsergebnis haben, wenn sie die Teilhabe am Arbeitsleben und/oder am gesellschaftlichen Leben behindern oder zu beeinträchtigen drohen.

Dabei kommt den Infektionskrankheiten wie Hepatitis B und C sowie HIV besondere Bedeutung zu. Die Rehabilitanden werden im Rahmen der Gesundheitsinformationen ausführlich über diese Erkrankungen und über die notwendige Infektionsprophylaxe informiert. Sie werden ggfs. in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Experten therapiert.

4.1.6. Leitlinien und Reha-Therapiestandards

Wir orientieren uns in unserer Arbeit an der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ sowie an der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“. Ferner berücksichtigen wir die Praxisleitlinien „Rehabilitation für Menschen mit psychischen Störungen“ und sichern hierdurch unseren Rehabilitanden eine wissenschaftlich fundierte Behandlung. Darüber hinaus setzen wir die Strukturvorgaben der Kostenträger um und erfüllen die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der deutschen Rentenversicherung.

4.2 Rehabilitationsindikationen und Kontraindikationen

Grundsätzliche Indikationskriterien

Gemäß der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ der Sozialversicherungsträger von 2001, Anlage 3 kommt eine stationäre Rehabilitation (Entwöhnung) insbesondere dann in Betracht, wenn eines oder mehrere der folgenden Kriterien zutreffen:

- Es bestehen schwere Störungen auf seelischem, körperlichem oder sozialem Gebiet, die in einem ambulanten Setting voraussichtlich nicht zu bewältigen sind.
- Für den Rehabilitationserfolg erscheint eine Herausnahme aus einem pathogenen sozialen Umfeld (z. B. bei massiven familiären Konflikten oder destruktiven Partnerbeziehungen) erforderlich.
- Das soziale Umfeld des Abhängigkeitskranken hat keine unterstützende Funktion.
- Der Betroffene ist beruflich nicht integriert und bedarf infolgedessen spezifischer Leistungen zur Vorbereitung einer beruflichen Wiedereingliederung, die ambulant nicht erbracht werden können.
- Eine stabile Wohnsituation ist nicht vorhanden.
- Die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme oder zur Einhaltung des Therapieplans des/der Betreffenden erscheint für ein ambulantes Setting (noch) nicht ausreichend.
- Die Abstinenzmotivation und Abstinenzfähigkeit ist noch nicht hinreichend stabil, um suchtmittelfrei an einem ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen.
- Es besteht ein langer oder intensiver Suchtverlauf, v.a. bei Erfüllung der vorgenannten Kriterien.

Indikationen

Das Behandlungsangebot der Schwarzbachklinik Ratingen richtet sich an Menschen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen als Erstdiagnose und Medikamenten gemäß ICD 10-GM 2013: F 11 – 19, die den Wunsch haben, suchtmittelfrei zu leben, jedoch vorübergehend, für längere Zeit oder auf Dauer allein nicht dazu in der Lage sind. Eine zusätzliche Alkoholabhängigkeit behandeln wir mit. Angesprochen werden Menschen mit psychischen und Verhaltensstörungen durch:

- multiplen Substanzgebrauch (F19.x)
- Opioide (F11.x)
- Cannabinoide (F12.x)
- Kokain (F14.x)
- Stimulantien (F15.x)
- Halluzinogene (F16.x)

Mitbehandelt werden

- F10.x Alkoholabhängigkeiten in Verbindung mit Abhängigkeit von illegalen Drogen.
- F13.x Sedativa oder Hypnotika in Verbindung mit Abhängigkeit von illegalen Drogen
- F55 Missbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen
- F17.x Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak
- F20-29 psychotische Störungen
- F30-39 affektive Störungen
- F40 Phobische Störungen
- F41 Sonstige Angststörungen
- F42 Zwangsstörungen
- F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
- F45 Somatoforme Störungen
- F48 Andere Neurotische Störungen
- F50 Essstörungen
- F51 Nichtorganische Schlafstörungen
- F52.0 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen
- F54 Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
- F60 Persönlichkeitsstörungen
- F63 abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

Begleitdiagnosen - Zusatzfaktoren gem. ICD-10

Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zu Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen.

Z55.- Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung

Z56.- Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit

- Z59.- Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen
- Z60 Mangel oder Verlust von sexuellen Verlangen
- Z61 Probleme durch negative Kindheitserlebnisse
- Z62 andere Kontaktnässe mit Bezug auf die Erziehung
- Z63 andere Kontaktnässe mit Bezug auf den engen Familienkreis
- Z64 Kontaktnässe mit Bezug auf bestimmte psychosoziale Umstände
- Z65 Kontaktnässe mit Bezug auf andere psychosoziale Umstände
- Z72 andere Kontaktnässe mit Bezug auf die Erziehung
- Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung
- Z80 bösartige Neubildung (Krebs) in der Familienanamnese
- Z81 psychische Krankheiten oder Verhaltensstörungen in der Familie
- Z85 bösartige Neubildung (Krebs) in der Eigenanamnese
- Z86 bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese
- Z 87 andere Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese
- Z 91 Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert
- Z 92 medizinische Behandlung in der Eigenanamnese

Kontraindikationen sind:

- Akute Suizidalität (ICD10: F32.2 /R45.8)
- floride Psychosen mit Handlungsrelevanz (ICD10: F20.0 bis 29.0)
- Instabile Epilepsien (ICD10: G40.9)
- Pflegebedürftigkeit (ICD10: Z74.)
- gravierende hirnorganische Schädigung (ICD10: F00 bis F09)
- Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsicht in die eigene Abhängigkeit und der Introspektionsfähigkeit. (ICD10: F70 bis F79)
- -vorrangig akutmedizinischer Behandlungsbedarf

Begleiterkrankungen

Suchtähnliche Verhaltensweisen bzw. -muster im Zusammenhang mit z.B. Appetitzüglern, Schmerzmitteln, Glücksspiel sowie Internetgebrauch können im Kontext stoffgebundener Abhängigkeiten gezielt mitbehandelt werden.

Psychische Begleiterkrankungen (Doppeldiagnosen) wie Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen werden nach Möglichkeit fachärztlich mitbehandelt, wenn der Rehabilitand ausreichend stabil ist, d.h. die Rehabilitationsfähigkeit überwiegend gegeben oder herstellbar ist.

Suchttypische körperliche Begleiterkrankungen wie Pankreatitis, Hepatitis, Diabetes Mellitus, PNP oder Zahnschäden werden in Zusammenarbeit mit erfahrenen niedergelassenen Experten und Fachärzten behandelt.

Sprachliche Voraussetzungen

Ausländische Mitbürger sind uns willkommen. Unsere Einrichtung hat langjährige Erfahrung im Umgang mit drogenabhängigen Männern und Frauen, die aus anderen Kulturkreisen stammen oder andere religiöse Riten beachten. Entsprechende Ernährungsgewohnheiten, z.B. islamischer oder vegetarischer Rehabilitanden, werden bei uns beachtet und respektiert. Voraussetzung für eine Aufnahme sind ausreichende Grundkenntnisse in der deutschen Sprache sowie eine (zumindest vorläufig) gültige Aufenthaltsgenehmigung.

Zielgruppe der Behandlung in der Schwarzbachklinik Ratingen sind:

- Mehrfachabhängige Erwachsene ab 18 Jahren, auch Paare (Behandlung bis zu 26 Wochen) mit der Erstdiagnose einer Drogenabhängigkeit.
- Abhängige von Amphetaminen und THC (Behandlung bis zu 26 Wochen)
- Abhängige Erwachsene nach vorausgegangener Therapie, speziell zur Wiedereingliederung in den Wohn- und Arbeitsmarkt (interne Adaptionphase bis zu 13 Wochen, externe Aufnahme in die Adaption bis zu 16 Wochen, bzw. 4 Wochen nach Arbeitsaufnahme)

Zeigt sich im Verlauf der Behandlung, dass die Therapieziele im Rahmen einer ganztägig ambulanten Rehabilitation oder komplementärer Versorgung (wie bspw. **ambulante nachstationäre Rehabilitation (ARS, 20+2)**) erreicht werden können und wird dies seitens des Rehabilitanden gewünscht, werden die Rehabilitanden in entsprechende verbundinterne oder externe Einrichtungen vermittelt. Eventuell ist hierbei eine Verkürzung der medizinischen Rehabilitation (Phase I) angezeigt. Ferner ist in Einzelfällen bei vorzeitiger Erreichung der Rehabilitationsziele die Phase I der medizinischen Rehabilitation zu verkürzen; ein Übergang in eine Adaptionbehandlung (Phase II der medizinischen Rehabilitation) oder ggfs. eine ambulante medizinische Rehabilitation als Weiterbehandlung (40+4) ist somit ggfs. früher möglich.

Aufnahmevoraussetzungen:

Aufnahmevoraussetzungen der Rehabilitanden, im Idealfall direkt vor Aufnahme:

- abgeschlossener körperlicher Entzug
- negatives Drogenscreening im Urin
- gegebenenfalls eine gültige Krankenversicherungskarte
- eine gültige Kostenzusage des Leistungsträgers
- gegebenenfalls eine Anmeldebestätigung von Jobcenter oder Sozialamt
- eingereichter Lebens- und Suchtverlauf und
- Rückmeldung der Motivation durch regelmäßige Kontakte mit uns

Um eine zeitliche Verzögerung bei der medizinischen Behandlung zu vermeiden, wird das Mitbringen von Vorbefunden (Entlassungsbriefe o.ä.) dringend empfohlen. Für eine effektive Schuldenberatung sollten ebenfalls die entsprechenden Unterlagen (Mahnbescheide, Vertragsunterlagen etc.) bei Therapiebeginn mitgebracht werden. Einzelheiten können im persönlichen oder fernmündlichen Vorgespräch unkompliziert geklärt werden.

4.3 Rehabilitationsziele

Übergeordnetes Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, eine drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigung 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.

Primäre Rehabilitationsziele

Förderung der funktionalen Gesundheit zur Befähigung der möglichst uneingeschränkten Teilhabe:

- Teilhabe am Arbeitsleben (d.h. Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und Erhalt der Erwerbsfähigkeit)
- Teilhabe an der Gemeinschaft (soziale Wiedereingliederung)
- Erreichung und Erhaltung von Suchtmittelabstinenz (nachhaltige und selbstbestimmte Abstinenzfähigkeit)
- Behebung oder Ausgleich körperlicher und psychischer Störungen

Diese übergeordneten Behandlungsziele lassen sich anhand der ICF – Klassifikationen (Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Partizipation, Umweltfaktoren) in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen weiter differenzieren:

Psychosomatische Ziele

- Reduktion körperlicher und psychischer Krankheitssymptome, strukturelle u. funktionelle (Teil-) Wiederherstellung durch die Abstinenz und gezielte medizinische Interventionen
- Förderung kognitiver, emotionaler und motorischer Funktionen
- Steigerung von körperlicher Belastbarkeit und Ausdauer sowie Stressbelastbarkeit
- Verbesserung des Ernährungsverhaltens
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Erlernen eines gesünderen Lebensstils bzgl. Bewegung und Ernährung

- Wissen über alle begleitenden Erkrankungen, Diagnostik, Aufklärung und evtl. Behandlung der mit der Sucht häufig verbundenen Infektionskrankheiten, z.B. HIV, chronische Hepatitis B oder C
- Wissen über die Folgen des Nikotinkonsums
- Erkennen von Zusammenhängen zwischen körperlich erlebten Symptomen und psychischen Konflikten
- Erkennen eines evtl. sekundären Störungsgewinns durch Krankheitssymptome

Psychosoziale suchtspezifische Ziele

- Entwicklung und Förderung von Eigenmotivation zum abstinenten Leben
- Steigerung der Abstinenzfähigkeit
- Entwicklung einer realistischen Selbsteinschätzung
- Erarbeitung von Copingstrategien zum Umgang mit Suchtmittelverlangen u.ä.
- Entwicklung von Krankheitsverständnis und Krankheitseinsicht
- Kenntnis der Auslöser, Genese und Mechanismen der Suchtmittelabhängigkeit
- Kenntnis der Funktionen des süchtigen Konsums und Aufbau alternativer Bewältigungsstrategien
- Reduzierung von Risikosituationen und –verhalten
- Einsicht in und ggf. Lösen von anderen Abhängigkeitsstrukturen
- Aufbau einer rauschmittelfreien Genussfähigkeit

Psychosoziale übergreifende Ziele

- Erkennen möglicher funktionaler Aspekte von Krankheitssymptomen und Verbesserung der Kompetenz im Umgang mit Funktionsstörungen
- Förderung der Veränderungsmotivation
- psychische Stabilisierung
- Steigerung der Impulskontrolle
- Förderung der Frustrationstoleranz, Antizipationsfähigkeit und Kompromissbildung
- Differenzierung der Selbstwahrnehmung
- Erkennen eigener Grenzen und Bedürfnisse
- Verminderung negativer Affekte wie Verzweiflung und Angst
- Verbesserung von Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl
- Steigerung von Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung
- Modifikation dysfunktionaler kognitiver Grundannahmen
- Verbesserung des Stressmanagements

Komponente „Aktivitäten und Partizipation“

- Förderung von Selbstorganisation und Selbstversorgung
- Kompetenzerwerb zur Bewältigung häuslicher und beruflicher Routineaufgaben
- Förderung einer gesunden Lebensführung
- Aufrechterhaltung der eigenen Wirtschaftlichkeit, selbständige Haushaltsführung
- Schuldenregulierung
- Entwicklung bzw. Förderung kommunikativer und sozialer Kompetenzen
- Verbesserung von Achtsamkeit und Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Förderung sozialer Kompetenzen zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung familiärer und anderer sozialer Beziehungen
- Förderung von Kritik- und Konfliktfähigkeit
- Verbesserung der allgemeinen und spezifischen Problemlösestrategien
- Verbesserung der mobilen Fähigkeiten - körperlich und durch Nutzung von Transportmitteln
- Förderung der Motivation zur Teilnahme am Arbeitsprozess
- Entwicklung bzw. Förderung arbeitsbezogener Grundfähigkeiten wie Ausdauer, Belastungsfähigkeit, Flexibilität, Konzentration, Antizipation, Lernfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Konfliktfähigkeit und Zuverlässigkeit
- Entwicklung sozialer Kompetenzen im Bereich Arbeit, z.B. Teamarbeit, Umgang mit Autoritäten, Frustration und Konflikten, Organisation von Unterstützung
- Verhütung der Gefährdung oder Zerstörung wesentlicher sozialer Beziehungen incl. derer am Arbeitsplatz durch unangemessenes und/oder aggressives Verhalten
- realistische Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit (arbeitsbezogen)
- Förderung vorhandener beruflicher Ressourcen und berufsbezogener Erfahrungen
- Entwicklung einer realistischen Schul-, Ausbildungs- bzw. Berufsperspektive
- Verbesserung der Kompetenzen eine Arbeitsstelle zu suchen und zu erhalten
- Verbesserung der komplexen Aufgabenbewältigung am Arbeitsplatz
- Einsicht in suchtfördernde Faktoren am Arbeitsplatz
- Aufbau von Freizeit-, Sport- und Kulturinteressen
- Entwicklung einer aktiven Freizeitgestaltung
- Anregung und Förderung regelmäßiger sportlicher Aktivitäten
- Verbesserung der Kompetenzen, um sich am sozialen und bürgerlichen Leben beteiligen zu können
- Entwicklung der Motivation und Fähigkeit, sich an ehrenamtlichen oder sozialen Projekten in der Gemeinschaft zu beteiligen

Komponente „Kontextfaktoren“

- Vermittlung in Schule, Ausbildung oder Arbeit (wesentlicher stabilisierender Kontextfaktor)
- Nutzung positiver Kontextfaktoren, Reduktion negativ wirkender Kontextfaktoren (z.B. dysfunktionale Beziehungsstrukturen, Rauchen, Risikoverhalten)
- Förderung sinnstiftender persönlicher Einstellungen und Wertesysteme
- Aufbau eines suchtfreien sozialen Umfeldes
- Distanzierung von einem ungünstigen sozialen Umfeld
- Herstellung einer günstigen Wohnumgebung
- Klärung und Weiterentwicklung der Beziehungen zu wichtigen Angehörigen
- Aufbau und Erhaltung förderlicher sozialer Beziehungen, inner- und außerfamiliär
- Teilnahme an einem sozialen Hilfesystem
- Beschaffung, Anwendung und Nutzung von alltäglichen Hilfsmitteln
- Förderung der Motivation zur Inanspruchnahme von Nachsorgeangeboten
- Einleitung der ambulanten Nachsorge
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Grundbehandlungsdauer beträgt im Regelfall bis zu 26 Wochen. Aufgrund der individuellen Bedürftigkeit der Rehabilitanden sind im Einzelfall Verlängerungen oder Verkürzungen möglich, die jeweils mit den zuständigen Leistungsträgern abgesprochen werden. Darüber hinaus kann sich an die Therapiephasen noch die Adaptionphase mit bis zu 16 Wochen (bzw. 4 Wochen nach Arbeitsaufnahme) anschließen. Dies gilt insbesondere für Rehabilitanden die im Anschluss noch individuelle stationäre therapeutische Begleitung bei der konkreten Wohnungs- und Arbeitssuche benötigen.

Konkret werden zwischen Rehabilitand und den Therapeuten (Arbeitstherapie, Psychotherapie) regelmäßig die Behandlungsfortschritte reflektiert und gemeinsam mit dem behandelnden Arzt der individuelle weitere Rehabilitationsverlauf festgelegt und dem Leistungsträger empfohlen.

Hintergründe der unterschiedlichen individuellen Rehabilitationsdauer

Insbesondere die Gruppe der Mehrfachabhängigen zeigt häufig wesentliche und vielschichtige strukturelle Defizite, die einer längeren Bearbeitung bedürfen. Es fehlen häufig Sozialisationsprozesse wie ein Schul- und Berufsabschluss, die Erfahrung tragfähiger Beziehungen und Erfolgserlebnisse. Ferner kann der Behandlungsprozess durch psychiatrische Komorbiditäten deutlich verkompliziert

und der Prozess der Genesung verzögert werden. Hier bedarf es einer individuellen Behandlungsplanung und -abstimmung, welche in Absprache mit den behandelnden Ärzten, Therapeuten und den jeweiligen Rehabilitanden vorgenommen wird.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die oben genannten Rehabilitationsziele werden gemeinsam zwischen den Rehabilitanden, dem Bezugstherapeuten sowie dem Arbeitstherapeuten entwickelt, schriftlich fixiert, priorisiert und im Verlauf regelmäßig reflektiert. Im Rahmen der täglich stattfindenden multiprofessionellen Fallbesprechungen wird sichergestellt, dass jeder Rehabilitand mindestens einmal monatlich besprochen wird. Diese Fallbesprechungen erfolgen zur Zielüberprüfung und ggfs. zur Anpassung der Rehabilitationsziele. Hier wird anhand des Behandlungsverlaufs der Schwerpunkt der zukünftigen Behandlung erarbeitet und bspw. die Teilnahme an den arbeitsbezogenen Interventionen, den Indikativ- und Projektgruppen festgelegt. Darüber hinaus ist eine gemeinsame Zielüberprüfung im Rahmen von Zwischengesprächen zwischen dem Bezugstherapeuten, dem Arbeitstherapeuten und dem Rehabilitanden unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Fallbesprechungen (Sozial- und Psychotherapie, Medizin, Ergo- und Arbeitstherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Pflege und Milieuthherapie) sowie der eigenen Einschätzung des Rehabilitanden fest verankert.

Zielüberprüfung und therapeutische Interventionen im Verlauf

Die Behandlung in der Schwarzbachklinik Ratingen beginnt in unserer Eingangsphase. Der Kenntnisstand der Rehabilitanden über ihre Erkrankung und die damit einhergehende Behandlung variiert deutlich. Ziel der Eingangsphase ist es, diagnostische Klarheit zu gewinnen, die Motivation zu eruieren und ggfs. zu steigern. Ferner steht in der Eingangsphase die Vermittlung psychoedukativer Aspekte im Fokus der Arbeit. Ziel ist es, die wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Ursachen, die Entwicklung und die Behandlungsmöglichkeiten der Abhängigkeitserkrankungen sowie psychiatrischer Komorbiditäten zu vermitteln.

Die Intensität der psychotherapeutischen Interventionen (biographiebezogen) nimmt nach Versetzung in unsere Stammphase initial zu, um dann im Behandlungsverlauf zu Gunsten des Trainings der erarbeiteten Strategien in realitätsnahen Kontexten abzunehmen. Dabei dominieren zunächst biographiebezogene Inhalte und später Inhalte, die die möglichst dauerhafte Teilhabe am Erwerbsleben und am Leben in der Gemeinschaft fokussieren (SGB VI, §9 und SGB IX). Konkret wird die Zielbestimmung im Verlauf in den täglich stattfindenden multiprofessionellen Fallbesprechungen und anschließend mit den Rehabilitanden validiert.

Wir integrieren in unserer psychotherapeutischen Arbeit Verfahren unterschiedlicher

Therapieschulen ineinander (u.a. Verhaltenstherapie, kognitive Therapie, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, systemische Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Psychodrama, Psychoedukation u.a.m.). Dabei liegt der Fokus auf den oben erwähnten, evidenzbasierten Wirkprinzipien, gepaart mit einer konsequent auf die Bedürfnisse und den Bedarf des einzelnen Individuums gerichteten ressourcenorientierten Haltung der Therapeuten. Diese konzeptionelle Flexibilität ist angesichts der Individualität und unterschiedlichen Bedürftigkeit unserer Rehabilitanden notwendig und durch die Vielfalt der Therapieschulen unserer Therapeuten gewährleistet.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Behandlungsprogramm der medizinischen Rehabilitation in der Schwarzbachklinik Ratingen ist als realitätsnahe, ganzheitliche, abstinenzorientierte Suchtbehandlung gestaltet. Die Rehabilitanden werden intensiv darin unterstützt, alle Behandlungselemente aktiv i.S. ihrer persönlichen Rehabilitationsziele zu nutzen und passive Konsumhaltungen in Richtung auf eine selbstbestimmte Teilhabe am sozialen und gesellschaftlichen Leben zu überwinden.

Art und Umfang der Leistungen entsprechen grundsätzlich den Anforderungen der Leistungsträger für die stationäre medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. Auf dieser Basis erhält jeder Rehabilitand ein vielfältiges und umfassendes therapeutisches Angebot. Der Rehabilitationsprozess erfolgt in interdisziplinärer Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen unter chefärztlicher Leitung parallel in den Funktionsbereichen Medizin, Psychotherapie, arbeitsbezogene und berufsintegrierende Interventionen und des Sozialdienstes. Dies umfasst ebenso Maßnahmen der Gesundheitsbildung und Ernährung, der Sport- und Bewegungstherapie, sowie der Freizeitgestaltung. In all diesen Funktionsbereichen werden unter fachärztlicher Leitung zu Beginn der Behandlung gemeinsam mit den Rehabilitanden individuelle Entwicklungsziele und therapeutische Maßnahmen definiert, die für das übergeordnete Rehabilitationsziel der gesellschaftlich-sozialen Teilhabe relevant sind. Deren fortlaufende Überprüfung und Anpassung an die individuelle Entwicklung der Rehabilitanden erfolgt inhaltlich und zeitlich strukturiert.

Dieser individuelle Behandlungsplan bestimmt und steuert die spezifische Auswahl und die spezifische Gestaltung der therapeutischen Maßnahmen für jeden Einzelnen Rehabilitanden im Behandlungsverlauf. Die beziehungsfördernde Struktur der Gemeinschaft der Mitrehabilitanden wirkt der Vereinzelung entgegen und trägt zur Selbständigkeit und Eigenverantwortung bei. Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht abgeschlossen, der Diagnosen, KTL-Verschlüsselungen und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, Ausführungen zur Anamnese, Rehabilitationsverlauf und Empfehlungen für weiterführende

Maßnahmen enthält. Die Behandlung erfolgt entsprechend eines Phasenmodells. Die unten aufgeführten Elemente und Zeiten der jeweiligen Phasen dienen der Orientierung und werden unsererseits bedarfsorientiert und nicht dogmatisch gehandhabt.

Eingangsphase (2-4 Wochen): Stabilisierung, Integration, Klärung

- Stabilisierung der Rehabilitanden
- Integration in die Rehabilitandengruppe und die Einrichtungsstrukturen
- Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten und den Arbeitstherapeuten
- Klärung der sozialrechtlichen Situation
- Diagnostik und Motivationsüberprüfung
- Ermitteln des spezifischen Behandlungsbedarfes im Hinblick auf die Hauptphase

Eingangsphase:

Hier steht die Klärung, Integration und Stabilisierung im Fokus der Behandlung. Psychoedukative Aspekte der Abhängigkeitserkrankungen werden intensiv vermittelt, bei Bedarf können noch bestehende Entzugssymptome gelindert und wichtige Untersuchungen veranlasst werden. Es erfolgen die Erstkontakte zwischen den Rehabilitanden und den einzelnen Rehabilitationsbereichen (Arzt, Pflege, Sozialarbeit, Bezugstherapie, Arbeitstherapie und Sport) und die therapeutische Diagnostik sowie das gemeinsame Schließen eines Therapievertrags. Es erfolgt das schrittweise Kennenlernen des Hauses, des Teams, der Gruppenarbeit und der Hausordnung. Hilfreich zeigt sich dabei die Erfahrung der Unterstützung durch fortgeschrittene Rehabilitanden, die im Rahmen einer Patenschaft die Integration in das Kliniksetting erleichtern und mit Rat und Tat zur Seite stehen. Darüber hinaus wird jeder Rehabilitand in den ersten Tagen der Behandlung durch einen Paten begleitet. In ersten Kleingruppen können die Rehabilitanden ihre Befürchtungen äußern, ihre Motivation stärken und ihre Ambivalenz öffnen. Besuche sind am Wochenende sowie nach Rücksprache außerhalb des Tagesprogramms möglich. Ausgänge sind in Begleitung eines Mitrehabilitanden möglich. Einzelausgänge sind nur in Ausnahmefällen vorgesehen. Die Rehabilitanden erarbeiten zusammen mit dem Bezugstherapeuten ihre erste Zielplanung.

Hauptphase (16-18 Wochen): Behandlung der Kernproblematik

- Differenzierte Behandlungsplanung anhand der erarbeiteten Rehabilitationsziele

- Zusätzliche bedarfsorientierte Teilnahme an den Indikativ- sowie Projektgruppen sowie Anpassung der arbeitsbezogenen Interventionen gemäß BORA
- Regelmäßige Überprüfung und eventuelle Anpassung der Rehabilitationsziele in den stattfindenden Zwischengesprächen

Hauptphase:

Nach der ersten interdisziplinären Fallbesprechung und bei ausreichender Motivation, diagnostischer Klarheit und nach erfolgter Integration in das Kliniksetting erfolgt die Versetzung in die Hauptphase der Behandlung. Die Rehabilitanden können sich in den Einzelgesprächen und der Kleingruppe ihrer Situation stellen und lernen diese mit ihrer individuellen Biographie zu verknüpfen. Schwerpunkte sind die psychotherapeutische Betreuung im Einzelgespräch und in der Kleingruppe sowie die Erarbeitung arbeitstherapeutischer Ziele. Hierbei wird die Selbstwahrnehmung von Affekten, Lernen am Modell der Gruppe sowie der Therapeuten geschult, um konstruktiv mit Affekten umgehen zu können. Gleichzeitig laufen die sozialtherapeutischen Notfall-Hilfen (Wohnung, Schulden), begleitet von weiterer Psychoedukation. In der Arbeitstherapie können sich die Rehabilitanden erproben, in der medizinischen Behandlung und im Sport ihre Gesundheit festigen. Ausgänge sind nun allein möglich.

Regelmäßig stattfindende Zwischengespräche dienen der Zielüberprüfung. Hier können entsprechende Veränderungen, z.B. in der Arbeitstherapie, etc., der Weiterbehandlung, geplant werden. Anschließend gleiten die Rehabilitanden zunehmend in die Umsetzungsphase über. Hier liegt der Schwerpunkt auf dem arbeitstherapeutischen und funktionalen Aspekt. In der Gruppenarbeit können sich die Rehabilitanden spiegeln und ihre sozialen Kompetenzen üben. In der Arbeitstherapie können sie basale Fertigkeiten zur Wiedererlangung der Grundlage einer autonomen Lebensführung üben. Patenschaften werden für neue Rehabilitanden übernommen, um versuchsweise Verantwortung zu übernehmen, die Belastung zu erproben und Bestätigung zu erfahren. Außerdem wird ggfs. die Newcomer Gruppe mitbetreut. Durch Heimfahrten wird das Erlernte unter realistischen Alltagsbedingungen erprobt und die eigene Abstinenzfähigkeit gestärkt.

Ablösungsphase (ca. 6 Wochen): Vorbereitung der nachstationären Phase

- Arbeits- und Wohnungssuche
- Sozialarbeiterische Unterstützung
- Vorbereitung von ambulanter Therapie/Nachsorge oder Adaption
- Anbindung an Selbsthilfegruppen

- Weiterhin Teilnahme gruppen- und einzeltherapeutischen Angeboten
- Intensivierung der Rückfallprophylaxe mit Analyse wiederkehrender Hochrisikosituationen und Erarbeitung eines persönlichen „Notfallkoffers“

Ablösungsphase:

Die Ablösephase beginnt im Regelfall ca. 6 Wochen vor Ende der Therapie. Die Rehabilitanden üben ihre Abstinenz in therapeutisch begleiteten Expositionen. Im Regelfall wurde bereits in den Zwischengesprächen je nach Zielerreichung eine Veränderung der Therapiezeit oder die Optionen der Nachsorge/ Adaptionphase besprochen. Die Rehabilitanden planen ihre konkrete Nachbehandlung, stellen sich in den geplanten Nachsorgeeinrichtungen vor und organisieren die Wiederaufnahme der Arbeit bspw. durch unser Bewerbungstraining oder durch den Kontakt zum früheren Arbeitgeber oder der ARGE / dem Jobcenter. Ggfs. ist die Durchführung eines externen Praktikums im Rahmen eines Realitätstrainings möglich. Ferner ist die Teilnahme an einer internen oder ggfs. externen Selbsthilfegruppe vorgesehen.

Paartherapie

In der Schwarzbachklinik Ratingen können abhängige Ehepaare und unverheiratete Paare gemeinsam behandelt werden. Sie werden sowohl als Einzelpersonen als auch in ihrer besonderen Beziehungsdynamik angesprochen und therapeutisch begleitet. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass eine Paarbehandlung grundsätzlich in einem Spannungsfeld stattfindet. Einerseits ist es Aufgabe der Fachklinik die individuelle Behandlung eines jeden Rehabilitanden sicher zu stellen und zu gewährleisten. Andererseits haben Paare ein großes Anliegen, die medizinische Rehabilitation gemeinsam zu erleben und zu gestalten. Diesem Spannungsfeld wird in der Schwarzbachklinik Ratingen insofern begegnet, in dem eine gemeinsame Behandlung in einer Kleingruppe sowie in einem Arbeitsbereich nicht vorgesehen ist. Um allerdings dem Anspruch einer Paartherapie gerecht zu werden, wird regelhaft sowie bedarfsorientiert die Einzeltherapie durch Paargespräche im Sinne einer Paartherapie ergänzt und bereichert.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Aufnahmeverfahren

Neben persönlichen Anfragen erfolgt die Vermittlung in die medizinische Rehabilitation der Schwarzbachklinik Ratingen i.d.R. durch Drogenberatungsstellen bzw. die Sozialdienste der Entgiftungsstationen und Justizvollzugsanstalten, mit denen regelmäßiger Kontakt besteht.

In der Regel finden vor dem Aufnahmetag mehrere fernmündliche Vorgespräche und der Schriftverkehr mit dem Aufnahmeteam statt. Bereits in den Kontakten mit den Beratungsstellen, zuweisenden Ärzten und Sozialdiensten und den anfragenden Rehabilitanden können auf "kurzem Weg" viele Unsicherheiten geklärt werden. Dabei helfen zugesandte ärztliche Berichte, der Sozialbericht sowie ein Lebens- und Suchtverlauf erheblich bei der Rehabilitationsvorbereitung. Auf Wunsch kann ein Vorstellungstermin vereinbart werden. Bei Unklarheiten und in Ermessensfragen erfolgt der Einbezug der Ärztlichen Leitung der Schwarzbachklinik Ratingen. Die ärztliche Leitung der Schwarzbachklinik Ratingen bietet in diesem Fall ein klärendes Vorgespräch an.

In der Zeit zwischen Kontaktgespräch und Therapieaufnahme wird zur Unterstützung der Therapiemotivation der regelmäßige Kontakt zu den Rehabilitanden gehalten. Zudem erfolgt eine enge Kooperation mit ihm/ihr und der Suchtberatungsstelle zur Koordination eines möglichst nahtlosen Übergangs aus der Entgiftungseinrichtung in die Entwöhnungsbehandlung. Die Schwarzbachklinik Ratingen bemüht sich stets einen nahtlosen Aufnahmetermin zu ermöglichen, um insbesondere die kritische Therapielücke zwischen Entgiftung und Entwöhnung mit der erheblichen Rückfallgefahr zu vermeiden. Reguläre Aufnahmetage sind Montag bis Donnerstag. Die Schwarzbachklinik Ratingen ist mit dem Auto oder der Bahn sehr gut erreichbar und hält nach Möglichkeit einen regionalen Abholservice vor.

Sind die formalen Voraussetzungen zur Aufnahme erfüllt (Kostenübernahme durch den Leistungsträger, nachgewiesene Alkohol- und Drogenfreiheit), begrüßt die Aufnahmekoordinatorin alle neuen Rehabilitanden in der Fachklinik. Nach Erledigung der Formalitäten werden sie, begleitet von einem Mitrehabilitanden in Patenfunktion zur fachärztlichen Untersuchung der medizinischen Aufnahme geleitet.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die differenzierte **Eingangsdiagnostik** zum medizinischen, psychosozialen und arbeitsbezogenen Funktionsniveau der Rehabilitanden ist Grundlage der

individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplanung. Die prozessbegleitende **Verlaufsdagnostik** dokumentiert den Behandlungsverlauf und dient der regelmäßigen Überwachung, Anpassung und Modifikation der therapeutischen Maßnahmen gemäß der spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Rehabilitanden, sowie der abschließenden sozialmedizinischen Beurteilung.

Die diagnostische Klassifizierung bedient sich der ICD-10-GM (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification).

Die ICD-10 liefert einen Rahmen in dem Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen) klassifiziert werden. Zur Erreichung der im SGB IX formulierten zentralen Ziele, der Teilhabe am Arbeitsleben und der Teilhabe an der Gemeinschaft, müssen neben der ätiologischen Diagnose auch die Folgen der Erkrankung, d.h. die sich aus dem Gesundheitsproblem ergebenden Beeinträchtigungen der Teilhabe betrachtet werden. Grundlage hierfür ist die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF, 2005). Die Kodierung nach der ICF setzt die Schwarzbachklinik um. Die Zusammenschau aller diagnostischen Ergebnisse aller beteiligten Berufsgruppen erfolgt in den täglich stattfindenden Fallbesprechungen des multiprofessionellen Teams unter Leitung des Chefarztes, sowie in den Visiten. Alle Befunde werden umgehend dokumentiert und sind den Mitarbeitern jederzeit zugänglich.

Grundsätzlich gilt, dass die Ergebnisse der diagnostischen Verfahren mit dem Rehabilitanden besprochen werden, um den jeweiligen Rehabilitanden zu einer realistischen Selbstbetrachtung und Selbstbewertung zu verhelfen.

Aus den Ergebnissen der Diagnostik, und hier insbesondere aus der Betrachtung der Beeinträchtigungen der Teilhabe, ergibt sich das für die sozialmedizinische Beurteilung wichtige positive und negative Leistungsbild. Letztlich entscheidet die Einstufung der Leistungsfähigkeit über die Möglichkeiten der arbeitsfördernden Maßnahmen. Rehabilitanden, die unter 3 Stunden täglich leistungsfähig sind, erhalten Bezüge gemäß SGB XII und sind damit von den Leistungen des SGB II und III ausgeschlossen. Zentrale Frage in der Eingangsdagnostik ist, welche Tätigkeit der Rehabilitand direkt nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme aufnehmen will. Alle Maßnahmen während der Behandlung müssen auf die Erreichung dieses Ziels ausgerichtet sein, weil ein nahtloser Übergang in eine Beschäftigung (Arbeitsplatz, Ausbildungsplatz, Schule, 1. oder 2. Arbeitsmarkt) eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der Abstinenz ist. Das positive und negative Leistungsbild bildet die Grundlage für die Planung der Behandlungsmaßnahmen.

Die Diagnostik im Verlauf

Die erste diagnostische Einschätzung erfolgt in der Eingangsphase (ca. 2-4 Wochen). Sie fließt erheblich in die von Rehabilitanden und Bezugstherapeuten gemeinsame Bestimmung der Therapieziele ein. In der interdisziplinären Fallbesprechung bei Ende der Eingangsphase wird die individuelle Rehabilitations- und Behandlungsplanung entsprechend gestaltet und bei Bedarf kontinuierlich angepasst. Als Grundlage für ein lösungsorientiertes Arbeiten werden nicht nur problembezogene Daten erhoben, sondern auch Kompetenzen, individuelle Stärken und bedeutsame Wünsche des Rehabilitanden eruiert. Ausgehend von der vorgetragenen Problematik werden bereits praktizierte positive Bewältigungsstrategien herausgearbeitet, die im Kern auf neue Ziele angewendet werden können.

Im Fokus stehen Entwicklung und Verlauf bezogen auf Therapiemotivation, Krankheitseinsicht, Leistungsfähigkeit, Anpassungsbereitschaft, Arbeitsverhalten und Verhalten in der Rehabilitandengruppe.

Die Befunde aus der regelmäßigen fachärztlichen Visite, der Exploration, Verhaltensbeobachtung und testgestützten Verlaufsdagnostik in allen Funktionsbereichen der Medizin, Psychotherapie, Arbeitstherapie, des Sozialdienstes und der Sport- und Bewegungstherapie liefern Informationen über Veränderungen im individuellen Therapieverlauf unter besonderer Berücksichtigung relevanter entwicklungsfördernder gesundheitlicher, sozialer und innerpsychischer Faktoren. Sie werden laufend dokumentiert, in regelmäßigen interdisziplinären Fallbesprechungen zusammengeführt und dienen der Steuerung der individuellen Behandlungsplanung.

4.7.3 Medizinische Behandlung

Die medizinische Versorgung und Diagnostik

Die Stellung des Arztes/ der Ärztin in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker wird bestimmt durch die Empfehlungsvereinbarung Abhängigkeitserkrankungen der Leistungsträger (2001) sowie die Strukturanforderungen der DRV (2010, 2011). Die Ärzte sind, wie das Pflorgeteam, integraler Bestandteil des multiprofessionellen Teams und an allen regelmäßigen Besprechungen, sowie an der individuellen Rehabilitationsplanung und der sozialmedizinischen Begutachtung maßgeblich beteiligt. Zusammen mit dem Pflorgeteam realisieren sie die tägliche medizinische Versorgung der Rehabilitanden, die Aufnahme-, Verlaufs- und Entlassungsuntersuchungen, die medizinische Behandlung und die Drogenanalytik. Sie realisieren zusammen mit dem Pflorgeteam die Notfall-Erstversorgung, veranlassen notwendige externe diagnostische Maßnahmen und interkurrente Zwischenbehandlungen und organisieren die Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen und Krankenhäusern. Bei der

Behandlung interkurrenter Erkrankungen können neben klassischen schulmedizinischen Therapieverfahren auch Methoden der Naturheilkunde zur Anwendung kommen. Die Ärzte sind maßgeblich beteiligt an der Psychoedukation in Einzelkontakten und in der Gruppe.

Der Chefarzt leitet die Einrichtung und ist letztverantwortlich für die Gesamtrealisation der medizinischen Rehabilitation entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Forschung. Die ärztliche Leitung koordiniert und verantwortet Diagnostik, Therapieplanung und Gestaltung, Fort- und Weiterbildung und steht für die Kompetenz und interdisziplinäre Zusammenarbeit des multiprofessionellen Teams. Ihm obliegt die regelmäßige Supervision der psychotherapeutischen und medizinischen Versorgung der Klinik und die Letztverantwortung für die Aufnahmeentscheidung und die Nachbehandlung / Entlassung der Rehabilitanden. Er ist verantwortlich für die Konzeptentwicklung, die Umsetzung des Qualitätssicherungsprogramms der Rentenversicherungsträger in der Therapieeinrichtung, sowie an der Organisation interner und externer Qualitätssicherungsmaßnahmen verantwortlich beteiligt. Er sorgt für die Einhaltung der Hygienebestimmungen, die mithilfe der Hygienebeauftragten der Klinik, des Hygieneplans und der regelmäßigen externen Hygieneberatung umgesetzt werden. Der Chefarzt leitet die täglichen Fallbesprechungen und trägt die Verantwortung für die Dokumentation der Befunde, des Behandlungsverlaufes, der sozialmedizinischen Daten und die zeitnahe Erstellung der Entlassungsberichte. Der Chefarzt leitet das medizinische Team, bestehend aus Fachärzten und den Krankenschwestern/ Krankenpflegern im Schichtdienst. Es gibt eine tägliche Sprechstunde und zwei Mal wöchentlich finden ärztliche Visiten statt. Dies dient zur ärztlichen Untersuchung, Diagnosestellung, sozialmedizinischen Beurteilung und Überwachung des Therapieverlaufs unter Berücksichtigung des psychotherapeutischen Prozesses. Das ärztliche Team besteht aus Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie. Zusammen mit niedergelassenen Spezialisten können diffizile Fragestellungen wie z.B. Infektionskrankheiten, Zahnsanierungen, Schwangerschaften, etc. gut betreut werden. Es besteht eine **ärztliche Rufbereitschaft (24h)** außerhalb der Regelarbeitszeiten, bei Nacht und am Wochenende.

Für unsere Rehabilitanden halten die Ärzte wöchentliche Vorträge zur Rehabilitation, zur Krankheitsentstehung und –bewältigung und über Gesundheitsbildende Maßnahmen. Die Ärzte steuern die interdisziplinär gestalteten Gesundheitstrainings, wirken aktiv bei der Durchführung mit und ordnen indikative gesundheitsfördernde Maßnahmen an (Raucherentwöhnung, Ernährungsverordnungen, Physiotherapie u.ä.).

In der fachärztlichen Aufnahmeuntersuchung wird u.a. der Cleanstatus überprüft. Unzureichend entgiftete Rehabilitanden können je nach Ausprägung der vegetativen Entzugerscheinungen eventuell nicht aufgenommen werden. Die Aufnahme

intoxizierter Rehabilitanden ist nicht möglich. Wir werden jeweils und nach Möglichkeit eine Vermittlung in die qualifizierte Entgiftungsbehandlung in unserem Kooperationskrankenhaus (Fliedner Krankenhaus Ratingen) vornehmen. Bereits im fachärztlichen Aufnahmegespräch findet eine ausführliche körperliche Untersuchung statt und die vorbekannte Medikation wird überprüft und ggfs. weiter verordnet. Die Dokumentation erfolgt im PATFAK Programm (Fa. Redline Data). Es erfolgen nach Checkliste wichtige Belehrungen wie z.B. zum Verhalten im Brandfall oder im Unglücksfall (Verletzung, Intoxikation, Rückfallrisiken, Flucht- und Rettungswege, Information über Infektionserkrankungen und deren Prophylaxe).

Medizinische Diagnostik

Die für den Beginn der Behandlung relevante fachärztliche Diagnostik ist im Regelfall am dritten Tag nach der Aufnahme abgeschlossen. Alle diagnostisch relevanten Bereiche werden berücksichtigt.

Elemente der fachärztlichen Diagnostik in der medizinischen Rehabilitation sind

- die Aufnahmeuntersuchung
- die medizinische Anamnese (Eigenanamnese, aktuelle Beschwerden, Familienanamnese, vegetative Anamnese, gynäkologische Anamnese, suchtspezifische Anamnese.)
- Die fachärztliche Eingangsdiagnostik umfasst eine allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung erwerbsfähigkeitsrelevanter Merkmale.
- Diagnostik im Rahmen der regelmäßigen ärztlichen Sprechstunden/Visiten, teilweise in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten
- die medizinische Abschlussuntersuchung mit sozialmedizinischer Begutachtung. Diese erfolgt frühestens drei Tage vor Entlassung.

Der **somatische Status** folgt aus der Erhebung des Allgemeinzustandes mit Klärung der Rehabilitationsfähigkeit (keine akute Intoxikation, kein Delir, keine akuten Infektionserkrankungen), Ermittlung des Ernährungszustandes, der Körpergröße und des Gewichtes, des kardiopulmonalen Status (Blutdruck und Herzfrequenz).

Die **psychiatrische Diagnostik** untersucht die neuropsychologischen und neurophysiologischen Funktionen, sowie die psychischen und somatischen Folgen des Rauschmittelkonsums. Zeigen sich Anhaltspunkte für psychiatrische Komorbidität, z.B. Angsterkrankungen, Depressionen, Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen, werden diese im Behandlungsverlauf weiter exploriert und mitbehandelt.

Erforderliche Konsile werden nach ärztlicher Indikationsstellung regelmäßig eingeholt. Die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung werden mit dem Rehabilitanden erörtert und vorläufige Rehabilitationsziele festgelegt. Ergebnis der fachärztlichen Diagnostik ist die individuelle, indikationsgeleitete Rehabilitations- und Behandlungsplanung. Der Chefarzt unternimmt letztverantwortlich die Planung von Konsiliaruntersuchungen und ggfs. die Anweisung spezieller diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in den verschiedenen Funktionsbereichen.

Anschließend wird mit den Rehabilitanden ein individueller medizinischer Rehabilitationsplan besprochen und der Gesundheitszustand der Rehabilitanden wird engmaschig begleitet. Notwendige Behandlungen werden eingeleitet, überwacht und fortgeführt. Die regelmäßigen Fallbesprechungen erfolgen unter Leitung des Chefarztes.

Weiteres Ziel der medizinischen Behandlung ist die Aufklärung und Sensibilisierung für psychophysiologische Zusammenhänge (z.B. Somatisierung in Abwehr psychosozialer Konflikte), für suchtmittelbedingte Veränderungen der Sinnes- und Körperwahrnehmung (z.B. Schmerzempfinden) und die Anleitung zu einem bewussten Umgang mit körperlichen und psychischen Symptomen. Im Laufe ihrer Abhängigkeitsentwicklung haben die Rehabilitanden häufig gelernt, die ärztlichen Beziehungs- und Behandlungsangebote in den Dienst ihrer Abhängigkeit zu stellen. Daher sind auch in der somatischen Therapie suchtspezifische Verhaltensmuster und Persönlichkeitsanteile zu thematisieren. Alternative Bewältigungsstrategien werden entwickelt und eingeübt, psychosomatische Beschwerden werden eingehend erläutert und der Einfluss psychischer Zustände auf das körperliche Wohlbefinden thematisiert. Ernährungsbezogene und sporttherapeutische Indikationen werden den Rehabilitanden verständlich vermittelt. Es ist wichtig, hier eine Vertrauensbasis zu schaffen, um erklären zu können, warum die Gabe von Medikamenten, besonders mit Abhängigkeitspotential, nur sehr restriktiv gehandhabt werden kann, gerade um das Rehabilitationsziel nicht zu gefährden.

Die medizinische Grundversorgung wird im Hause sichergestellt, bereits begonnene Therapien werden fortgesetzt. Im Vordergrund der Versorgung stehen die gegenwärtigen Beschwerden, die akuten und chronischen Erkrankungen. Bei Neuerkrankungen oder Reaktivierung bestehender Vorerkrankungen während der stationären Rehabilitation sind vor Ort in Ratingen Fachärzte aller Disziplinen sowie Physiotherapeuten vorhanden. Wir kooperieren eng mit den Krankenhäusern in Ratingen.

Behandlungsbeispiele Komorbidität:

Angststörungen

Wichtig ist die Aufklärung der Patienten, dass gerade der Entzug von Benzodiazepinen oder Analoga wie Pregabalin (Lyrica), neben Schlafstörungen auch Angststörungen reaktivieren.

Depressionen

Wichtig ist die Aufklärung der Rehabilitanden, dass der Konsum bzw. der nachfolgende Entzug fast aller Drogen (Alkohol, Opiate, THC, Amphetamine, Kokain, XTC) häufig eine depressive Nachschwankung auslöst, die im Rahmen der cerebralen Regenerationsvorgänge zumeist selbstlimitierend ist. Neben der therapeutischen Beziehung und der medikamentösen Therapie können wir durch das interdisziplinäre therapeutische Team z.B. eine Kombination von Bewegungstherapie und Psychotherapie anbieten.

Psychosen

Wichtig ist die Aufklärung der Rehabilitanden, dass der Konsum oder der Entzug vieler Drogen (Alkohol, Benzodiazepine, Halluzinogene, THC, Amphetamine) nicht selten Psychosen oder Psychose ähnliche Symptome (Delir) auslösen können. Neben der therapeutischen Beziehung können wir durch das interdisziplinäre therapeutische Team z.B. eine Kombination von Bewegungstherapie und Verhaltenstherapie anbieten. Zur Erhaltung der Rehabilitationsfähigkeit nehmen wir die Neuroleptikaeinstellung vor Ort soweit als möglich vor. Bei Verlust der Rehabilitationsfähigkeit müssen wir jedoch ggfs. eine (interkurrente) Verlegung in eine benachbarte psychiatrische Abteilung (Fliedner Krankenhaus Ratingen) veranlassen.

Pankreatitis und Diabetes

Wir arbeiten eng mit der internistischen Praxis Heider in Ratingen zusammen. Während der stationären Rehabilitation können wir die korrekte Medikation überwachen und zusammen mit unserer Ökotrophologin spezielle Ernährungsschulungen anbieten. Begleitend bieten wir durch unsere Sporttherapeuten die entsprechende Bewegungstherapie an.

Skelettmuskelschmerzen und PNP

Wir arbeiten eng mit Neurologen und Physiotherapeuten zusammen. Neben der medikamentösen Therapie (Vitamin B1, Gabapentin) und der therapeutischen Beziehung können wir entsprechende Bewegungstherapie anbieten.

Aufmerksamkeitsdefizit und Hyperkinetische Störungen

Wir bieten eine Diagnostik analog den Kriterien der ICD an, welche durch eine Erhebung der Anamnese angelehnt an die Wender Utah Rating Scale erweitert wird. Sofern eine medikamentöse Behandlung erforderlich ist, leiten wir die

leitliniengemäße Behandlung bspw. mit Strattera (Atomoxetin) ein. Die Einstellung auf, bzw. Weiterverordnung von Methylphenidat ist in der Schwarzbachklinik nicht möglich. Neben der medikamentösen Therapie und der therapeutischen Beziehung können wir durch das interdisziplinäre therapeutische Team z.B. eine Kombination von Bewegungs- und Verhaltenstherapie anbieten.

Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten Begleiterkrankungen von Abhängigkeitserkrankten.

Emotional instabile Persönlichkeiten sind gequält durch das heftige Wechselbad ihrer Gefühle, oft auf dem Boden einer frühen Traumatisierung. Dissoziale Störungen sind häufig geprägt durch Reizbarkeit, einen Mangel an Verantwortungsgefühl und einen Mangel an Empathie (fehlende Spiegelneurone). Neben der medikamentösen Therapie (Antidepressiva, Neuroleptika, mood stabilizer) und der therapeutischen Beziehung können wir durch das interdisziplinäre therapeutische Team z.B. eine Kombination von Bewegungstherapie und Psychotherapie (Skill-Training) anbieten.

Zahnbehandlungen

Die jahrelange Vernachlässigung der eigenen Gesundheit während des Drogenkonsums zeigt sich häufig an einem desolaten Zahnstatus. Dieser ist schmerzhaft, ein chronischer Infektionsherd und erschwert die berufliche Reintegration erheblich. Wir arbeiten mit sehr erfahrenen und geduldrigen Zahnarztpraxen zusammen. Durch das interdisziplinäre therapeutische Team (Sozialdienst) können wir bei der Wiedererlangung einer Krankenversicherung und der Beschaffung der entsprechenden Eigenmittel für die Zuzahlung Hilfestellung leisten und die externen Behandlungstermine mit dem Rehabilitationsprogramm im Sinne des individuellen Rehabilitationsziels koordinieren.

Neben der optimalen Versorgung ist es ebenso Ziel der medizinischen Behandlung, die Rehabilitanden zu einem bewussteren Umgang mit körperlichen und psychischen Symptomen zu bewegen und ihnen alternative Strategien zum Substanzgebrauch aufzuzeigen. Das medizinische Team ist Träger der Gesundheits- Hygiene- und Soforthilfes Schulungen und beteiligt sich an den gesundheitsförderlichen Maßnahmen wie Ernährungsschulungen, Beratung bei Schlafproblemen und Schwangerschaft, etc..

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel-/ Gruppen- gespräche, andere Gruppenangebote

Therapeutisches Vorgehen und individuelle Rehabilitationszielbestimmung

Menschliches Verhalten repräsentiert sich in neuronalen Erregungsmustern. Häufig

wiederholtes Verhalten - Suchtmittelmissbrauch ist ein Beispiel dafür - führt zu immer stärker und stabiler werdenden Verbindungen zwischen den an der neuronalen Repräsentation beteiligten Nervenzellen und deren Synapsen (Spitzer 2004). Deshalb ist unser Ziel der suchtttherapeutischen Behandlung die positive Veränderung der sich z.B. in Suchtmittelkonsum ausdrückenden gesundheitsgefährdenden neuronalen Erregungsmuster. Durch das Erlernen und Trainieren alternativer Bewältigungsstrategien bzw. durch die Entwicklung positiver, gesundheitsfördernder Gedanken, Verhaltensweisen und Emotionen bilden sich neue Bahnungen aus, die sich nach entsprechend häufigen Wiederholungen ebenfalls durch eine hohe Stabilität auszeichnen (Grawe 2004).

Von zentraler Bedeutung für die Psychotherapie ist die Ziel-Werte-Klärung in der Interaktion mit den Rehabilitanden. Diese führt zu einer erheblichen Zieldifferenziertheit im Therapieprozess und bestimmt das therapeutische Handlungsfeld entscheidend (Klein 2001). Diese These wird durch Beobachtungen der neueren Hirnforschung bestätigt. Die Ausbildung neuer neuronaler Erregungsmuster wird unter Mitwirkung von Dopaminrezeptoren deutlich begünstigt, wenn die Behandlung mit wichtigen motivationalen Zielen des Rehabilitanden verbunden ist. Zielgerichtetes Handeln ist motiviertes Handeln (Grawe 2004). Entsprechend einer lösungsorientierten Therapie gelten dabei folgende Kriterien für die, in Abstimmung mit den Rehabilitanden zu formulierenden Ziele (Berg & Miller 1993):

Lösungsorientierte und "**smarte**" Rehabilitationsziele sollen sein:

- verhaltensbezogen (**specific**)
- konkret, präzise, kleinschrittig (**measurable**)
- bedeutsam für den Rehabilitanden (**accepted**)
- im Lebenskontext des Rehabilitanden realistisch (**realistic**)
- erreichbar (**timely**)
- das Vorhandensein, nicht die Abwesenheit von etwas zum Ausdruck bringend
- einen Anfang, nicht ein Ende beschreibend

Daraus leitet sich das Vorgehen in der Therapie ab, wie es vor allem in der Selbstmanagement-Therapie deutlich wird. Für uns gelten folgende wichtige Therapieprinzipien (Kanfer, Reinecker, Schmelzer 1991):

Therapieprinzipien:

- verhaltensorientiert denken
- lösungsorientiert denken
- positiv denken
- in kleinen Schritten denken
- flexibel denken
- zukunftsorientiert denken

Die strukturierte, zielorientierte und **in das therapeutische Gesamtmilieu eingebettete psychotherapeutische Strategie** hat zentrale Bedeutung für den medizinischen Rehabilitationsprozess. Die hier von den Rehabilitanden erworbenen Erfahrungen werden außerhalb der Psychotherapiesitzungen ausgetauscht und durch andere therapeutische Angebote aufgegriffen und vertieft. So entsteht in einem psychotherapeutisch dichten Rahmen ein Verständnis der Betroffenen für das eigene Erleben und Verhalten, für die eigene Störung, sowie für mögliche Lösungswege im Sinne des Aufbaus neuer Verhaltensweisen (KTL).

Neben der zentral wichtigen Klärung der Behandlungsziele, setzt sich die Wirkungsweise effizienter Psychotherapie aus den Elementen Erkenntnis und Anwenden der Erkenntnis (**Üben**) zusammen (Grawe 1996). Zur Erkenntnis gehören die Elemente: verbesserte Selbstwahrnehmung, Motivierung, Reflexion und Akzeptanz. Zur Anwendung der Erkenntnis (Übung) gehören: das Erlernen neuer Verhaltensweisen, die erfolgreiche Bewältigung („ **coping** “) von Herausforderungen und Stresssituationen, sowie die Aneignung neuer Kompetenzen („ **skills** “) zur Bewältigung schwieriger Zukunftsaufgaben (Klein 2001). Dauerhafte Veränderungen im Erleben und Verhalten können vor allem dadurch herbeigeführt werden, dass der Rehabilitand positive Bewältigungserfahrungen macht und dadurch, dass er größere Klarheit über sich selbst gewinnt. Diese beiden wichtigen Erfahrungen können auf sehr unterschiedliche Weise herbeigeführt werden (Grawe 1996).

Nach Grawe (1995) lässt sich ein großer Teil empirisch festgestellter Wirkungen der verschiedensten therapeutischen Vorgehensweisen als Ergebnis von vier therapeutischen Wirkprinzipien erklären.

Diese Wirkprinzipien (im Rahmen der therapeutischen Beziehung) sind:

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Problem-Klärung (Erkenntnis).
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung

Wirksame Psychotherapie verändert Bedeutungen, in denen sich der Rehabilitand im Verhältnis zu sich selbst und seiner Umwelt erfährt (Grawe 1995). Es geht um ein verändertes Wollen, Wissen und Können zugleich (Klein 2001). Dabei ist die Erfahrung von Selbstwirksamkeit, definiert als die Erwartung, ein gefordertes Verhalten erfolgreich ausführen zu können (Bandura 1997), von großer Bedeutung.

Zentraler Wirkfaktor aller Psychotherapie ist die therapeutische Beziehung. Unser Ziel ist es zunächst, dass sich die Rehabilitanden mit ihrer Geschichte, dem, was sie sind und was sie nicht sind, mit ihren Stärken und Schwächen angenommen und willkommen fühlen. Zu Beginn der Psychotherapie stehen der Aufbau einer tragfähigen Therapiebeziehung und die Auseinandersetzung mit der Funktion des Suchtmittelkonsums, die in der Regel die Reflektion der Biographie einbezieht.

- Welche Ziele wurden mit dem Suchtmittelkonsum verfolgt?
- Haben diese Ziele heute noch Gültigkeit?
- Welches sind die heute aktuellen Behandlungsziele?
- Gibt es bereits erfolgreiche Strategien zur Zielerreichung?
- Welche Strategien kommen für die Zielerreichung in Frage?
- Woran wird die Zielerreichung festgestellt? (Festlegen von Zielerreichungskriterien)

Psychotherapie nutzt demzufolge gegenwartsorientiert die Aufarbeitung der biographischen Prägung und der individuellen Suchtmuster, um zielorientiert suchtsindizierte Einschränkungen auf den Ebenen der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Partizipation zu überwinden.

Jeder Rehabilitand beginnt in der hiesigen Eingangsphase. Die Bezugstherapeuten der Eingangsphase nehmen die ausführliche Anamnese zusammen mit den Rehabilitanden vor, stehen bei potenziellen Kriseninterventionen zur Verfügung und nehmen eine erste Einschätzung der Diagnostik und der Motivation unter fach-/chefärztlicher Supervision vor. Eine erste individuelle Zielplanung wird vorgenommen und fließt in den individuellen Behandlungsplan ein. Primäres Ziel ist der zügige Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung. Nach Versetzung in unsere Hauptphase wird jeder Rehabilitand bis zum Behandlungsende durch den jeweiligen Bezugstherapeuten betreut. Die Bezugstherapeuten der Kleingruppen bestehen aus Psychologen und Sozialpädagogen und arbeiten im sogenannten "Co-Therapeutensystem" für zwei Kleingruppen. Hierbei arbeiten bevorzugt ein Psychologe und ein Sozialarbeiter zusammen, so ist die Psychotherapie von Anfang an interdisziplinär ausgelegt, die Co-Therapeuten vertreten sich im Urlaubs- oder Krankheitsfall nahtlos. Die Psychologen sind verhaltenstherapeutisch orientiert, die Sozialpädagogen sind Sucht- oder Gestalttherapeuten (mit von der DRV anerkannter Weiterbildung). Sie sind an allen regelmäßigen Besprechungen beteiligt.

Psychologische Diagnostik

Die psychologische Diagnostik als intersubjektiver und interaktioneller Prozess (Petzold 1993) begleitet die gesamte Therapie und konzentriert sich nicht ausschließlich auf Defekte und Einschränkungen, sondern besonders auf die Ressourcen, Fähigkeiten und Potentiale, sowie Veränderungsprozesse der Abhängigkeitskranken.

Im Fokus steht die Biographie, Situation in der Herkunftsfamilie, Genese der Suchterkrankung und Funktionalität des Suchtmittels, psychosoziale Entwicklung und Abstinenzmotivation. Die Diagnostik liefert ferner Aufschluss über bestehende Ressourcen, intellektuelle Fähigkeiten, emotionale Befindlichkeiten, Selbstbehauptungskompetenzen, berufliche und interpersonelle Fähigkeiten,

individuelle Krankheits- und Bedingungsmodelle, Wertvorstellungen und Zielsetzungen der Rehabilitanden.

Die primäre Einteilung der Rehabilitanden zu den verschiedenen Bezugstherapeuten erfolgt mit Abschluss der Eingangsphase nach Validierung im multiprofessionellen Team und nach Zuteilung durch den Chefarzt.

Psychologische Exploration, biographische und störungsspezifische Anamnese

Das erste psychologische Einzelgespräch erfolgt i.d.R. nach der fachärztlichen Eingangsuntersuchung spätestens am zweiten Tag der medizinischen Rehabilitation. Es dient zur Exploration, zur Anbahnung der therapeutischen Beziehung und zur Erhebung der ausführlichen biographischen und störungsspezifischen Anamnese. Dies gibt Aufschluss über individuelle Erlebens- und Verhaltensmuster der Rehabilitanden, ihre Problematik und Ressourcen und ihre Hoffnungen und Ziele bzgl. der Entwöhnungsbehandlung. Der Stand ihrer Veränderungsmotivation und ihrer Selbstreflektion zur Suchterkrankung verweist auf notwendige Akzentuierungen des therapeutischen Vorgehens i.S. des transtheoretischen Stufenmodells der Veränderung von Prochaska & DiClemente (1997) und des Motivational Interviewing (Miller & Rollnik 2009).

Psychologische Testverfahren

Standardmäßig werden in der Eingangsphase die Verfahren

- SCL 90: Symptom-Checkliste bei psychischen Störungen
- AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test
- BIS-11 Barrat-Impulsivitätsskala
- KG: Kurzfragebogen zum Glücksspielverhalten
- FTND: Fagerström Test for Nicotine Dependence

sowie indikativ weitere testpsychologische Verfahren eingesetzt. Bei der Durchführung und Interpretation berücksichtigen wir generell die besondere Situation neu aufgenommener Rehabilitanden mit ggfs. körperlicher und psychischer Restentzugs- und Abhängigkeitssymptomatik.

Ergeben sich bei der orientierenden psychologischen bzw. psychiatrischen Exploration Hinweise auf eine zusätzlich zur Suchterkrankung bestehende, behandlungsbedürftige psychische Störung, so wird eine entsprechend vertiefende psychologische Diagnostik durchgeführt. Bei Verdacht auf besondere Funktionseinschränkungen oder -störungen werden weiterführende

Untersuchungen z.B. zur Prüfung von Gedächtnisleistungen oder motorischen Fähigkeiten initiiert.

Zentrale Bestandteile der Psychotherapie sind, nach dem Aufbau der therapeutischen Beziehung:

- die Ressourcenaktivierung
- die Problemaktualisierung
- die Problem-Klärung (Erkenntnis) und
- die aktive Hilfe zur Problembewältigung (Üben des Erkannten)

Bereits erfolgreiche Bewältigungsstrategien werden mit den Rehabilitanden herausgearbeitet. Im Rahmen der Problemaktualisierung werden die mit dem süchtigen Verhalten zusammenhängenden Einstellungen und Überzeugungen eruiert. Die im Verlauf der Behandlung aktivierten problematischen Verhaltensmuster werden als zielgerichtete Handlungen verstanden und deren Funktionalität mit den Rehabilitanden reflektiert. Die Behandlung konzentriert sich auf die Erarbeitung und Einübung von erfolgreicheren Bewältigungsstrategien und damit auf die Ausbildung neuer, positiver neuronaler Erregungsmuster (Grawe 2004). Das bedeutet, dass sich die psychotherapeutische Behandlung eindeutig durch Ressourcen- und Zukunftsorientierung auszeichnet. Im Fokus der psychotherapeutischen Arbeit steht die subjektiv-biographische Funktionalität des Suchtmittels und die Ableitung individueller Lösungsstrategien für eine abstinente Lebensführung in Kombination mit suchtspezifischer Informationsvermittlung zur Steuerung des Craving, zur Erkenntnis von auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren des Suchtverhaltens und zum Erwerb von Strategien der Rückfallprävention.

Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Die psychotherapeutische Behandlung findet in Form von Einzel- und Bezugsgruppentherapie und indikativ in themenzentrierten Gruppen statt. Sie ist auf die indizierten und mit den Rehabilitanden vereinbarten, individuellen Behandlungsziele ausgerichtet.

4.7.4.1 Einzeltherapie

Die **Einzeltherapie** beginnt umgehend nach der Aufnahme des Rehabilitanden und wird im Rhythmus von wöchentlichen Sitzungen fortgeführt. Dabei ist eine einzelne Sitzungsdauer mit bis zu 50 Minuten angesetzt. Bei Krisen, Abbruchgefahr, spezifischen Persönlichkeitsstörungen, geringer Aufmerksamkeitsspanne o.ä. kann

die Frequenz und Dauer der einzeltherapeutischen Sitzungen variiert werden, um bestmöglich haltend und stabilisierend zu wirken.

In der Einzeltherapie, die durch Empathie, Akzeptanz und Wertschätzung geprägt ist, wird ein vertrauensvolles und verbindliches Arbeitsbündnis etabliert, das eine differenzierte Selbstreflexion und eine offene Auseinandersetzung mit der persönlichen Suchtproblematik und den individuellen Ressourcen und Chancen zu ihrer Überwindung ermöglicht. Dabei können alle Themen und Inhalte der Rehabilitation individuell vertieft, schwierige und schambesetzte Themen besprochen und individuelle Bewältigungs- und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet werden. Den Rehabilitanden stark belastende Themen, wie z.B. sexuelle Misshandlung und Gewalterfahrungen können der Einzeltherapie vorbehalten bleiben. Insbesondere werden die Versuche, die eigenen Probleme zu lösen, ob erfolgreich oder nicht, gewürdigt. Die gemeinsame Reflektion aktueller und früherer Lebensereignisse und Erfahrungen des Rehabilitanden ermöglicht eine bewusste Wahrnehmung, Differenzierung und Überwindung dysfunktionaler Grundannahmen und Verhaltensweisen, sowie die Aktivierung vorhandener Potentiale und Ressourcen zum Erreichen der Rehabilitationsziele (vgl. de Shazer 1989, 1992, Miller & Rollnick 2009).

Die psychotherapeutische Arbeit bezieht die Angehörigen und Partner soweit möglich und indiziert ein. Ebenso wird im Bedarfsfall die Elternschaft des Rehabilitanden supportiv begleitet. Unterstützt wird die Angehörigenarbeit durch die Regelung der Besuchsmöglichkeiten.

Die Themen wechseln von zunächst stärkerer biographischer Prägung zu Schwerpunkten, die die Maßnahmen zur Teilhabe am Arbeitsleben und an der Gemeinschaft zum Inhalt haben.

Feedback Eingangsphase (2-4 Sitzungen): Einmal wöchentlich findet für die Rehabilitanden der Eingangsphase ein Feedback statt. Hier wird im Einzelkontakt der bisherige Behandlungsverlauf kritisch reflektiert, mögliche Gefährdungen für die Behandlung thematisiert und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet.

4.7.4.2 Gruppentherapie

Eine Suchterkrankung resultiert unter anderem aus gestörten Beziehungsmustern und führt in der Folge zu vielfältigen Problemen in den Beziehungen zur Umwelt. Durch die in früheren Kontexten erlernten Handlungsmuster entstehen vielfältige Spannungen und Konflikte unter den Rehabilitanden. Soziales Handeln, Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit kann unter kontinuierlichem Feedback der

Gruppe erlernt bzw. gefördert werden. Sie dient der Reflektion der Erfahrungen und Einstellungen.

Die gruppentherapeutische Arbeit erfolgt konsequent ressourcen- und lösungsorientiert; sie beruht auf Eigenverantwortung, Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung in einer prinzipiell wertschätzenden, warmen Gesprächsatmosphäre. Sie dient der Stärkung des Selbstvertrauens, der Selbstwirksamkeitserwartung, der sozialen Kompetenz und der Entwicklung einer positiven Zukunftsorientierung, indem nicht vorrangig Defizite, sondern neue Lösungen für die Bewältigung der zukünftigen Aufgaben im Fokus stehen. Dies beinhaltet vor allem kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen zum Erarbeiten und Erproben effektiver sozialer Fertigkeiten und erfolgreicher Strategien zur Bewältigung der mit Suchtverhalten einhergehenden Situationen, sowie zur Analyse und Modifikation automatischer Gedanken, die das Suchtverhalten hervorrufen oder begünstigen (Beck et al. 1997).

Die Gruppentherapie erfolgt

1. als unspezifische Gruppentherapie in der Bezugsgruppe
2. als spezifische Gruppentherapie in indikativen Gruppen gemäß des individuellen Rehabilitationsbedarfs der Rehabilitanden.

Gruppentherapie in der Bezugsgruppe

Die Bezugsgruppe wird zwei Mal wöchentlich à 90 Min. unter der verantwortlichen, konstanten Leitung eines Bezugstherapeuten/ einer Bezugstherapeutin durchgeführt. Diese wird durch den/ die jeweiligen Co-Therapeuten unterstützt. Entsprechend den Vorgaben der Leistungsträger entspricht die Gruppengröße der einzelnen Kleingruppe 8 Rehabilitanden.

Zur Förderung der Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit auf der Beziehungsebene bleibt die therapeutische Bezugsgruppe nach dem Wechsel von der Eingangs- in die Hauptphase für die Dauer der weiteren Behandlung zusammen. Wechsel in der Gruppenzusammensetzung ergeben sich durch Entlassungen und Neuaufnahmen. Für Vertretungssituationen im Urlaubs- und Krankheitsfall besteht eine enge Zusammenarbeit im Co-Therapeutensystem. Zu den regulären Inhalten der Bezugsgruppen gehört die gemeinsame Reflektion der subjektiven Funktionalität des Suchtmittelkonsums vor dem Hintergrund der Biographie aller Teilnehmer/innen, die Ableitung und gemeinsame Überprüfung individueller Entwicklungsziele, die für die spätere suchtmittelfreie Lebensführung relevant sind, sowie die kontinuierliche Rückmeldung der Gruppe über Ressourcen, Verhalten und Entwicklung jedes Einzelnen. Die Vorstellung individueller Therapieziele und die Bewertung der

Zielerreichung erfolgt mehrfach im Therapieverlauf. Die Intervalle des Monitoring und der Überprüfung der Zielerreichung im Behandlungsteam (Fallbesprechungen, Verlaufsdiagnostik, Feststellung des weiteren teilhabe-bezogenen Förderungsbedarfs) sind entsprechend synchronisiert.

Die psychotherapeutischen Gruppen bieten, zum Teil ergänzt durch Indikative Gruppen einen Rahmen für bestimmte Thematiken, wie z.B.

- Gewalt und Aggression
- Angst
- Konfliktmanagement
- Rückfallprophylaxe
- Stressbewältigung
- Problembewältigung am Arbeitsplatz
- Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, Glücksspiel

Grundsätzlich bieten die psychotherapeutischen Gruppen ein Feld, sich den bisherigen Handlungsmustern und Problemlösestrategien zu stellen und mit Hilfe der Gruppe erfolgreichere Alternativen zu entwickeln.

4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen

Neben den Gruppentherapieangeboten in der Bezugsgruppe bietet die Schwarzbachklinik darüber hinaus zusätzliche Gruppentherapieangebote bei expliziter Indikation an. Die indikativen Gruppen behandeln spezielle, für das Verstehen und die Bewältigung der Suchterkrankung und weiterer Komorbiditäten bedeutsame Themen. Sie sind indikationsgeleitet und an den individuellen Rehabilitationszielen und -bedürfnissen der einzelnen Rehabilitanden orientiert. Hier wurde zuletzt deutlich, dass ein Angebot für Rehabilitanden mit psychotischen Begleiterkrankungen (drogeninduzierten psychotischen Störungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizo-affektiven und affektiven Psychosen) geschaffen werden musste, da seit 2015 durchgehend zwischen 15 bis 20 % der Rehabilitanden mit einer Komorbidität aus diesem Spektrum in unserer Behandlung sind. Im Rahmen der interdisziplinären Fallbesprechungen wird der individuelle Förderbedarf festgestellt, reflektiert und kontinuierlich angepasst. Um die individuellen Rehabilitationsziele der einzelnen Rehabilitanden möglichst effektiv zu erreichen, ist eine effektive Nutzung der Stärken und Ressourcen der einzelnen Rehabilitanden notwendig. Darüber hinaus ist es ebenfalls fachlich geboten, Unterstützung bei der Behebung / Reduktion bestehender Defizite anzubieten, so dass die Schwarzbachklinik Ratingen störungsspezifische Gruppentherapieangebote anbietet. Die spezifischen Gruppenangebote starten jeweils im Januar, März, Mai, Juli, September und November, umfassen 6-8 Sitzungen und finden in „Blöcken“

statt, so dass jeder Rehabilitand gemäß seinem Bedarf an allen **indikationsspezifischen Gruppen** während der Regelbehandlung teilnehmen kann. Methodisch wird referierend, psycho-edukativ oder selbsterfahrungsorientiert gearbeitet. Vortrag, Kleingruppenarbeit, Gruppendiskussion, Arbeitsblätter z.B. zur Selbstbeobachtung und Rollenspiele kommen zur Anwendung.

Elterngruppe (6-8 Sitzungen)

In der Beziehung von suchtmittelabhängigen Eltern zu ihren Kindern finden sich in der Regel außergewöhnliche Belastungen wieder. Diese bestehen zumeist in den Fragen von Erziehung bei fehlenden eigenen Vorbildern, in massiven Kontaktschwierigkeiten zum Kind oder aber in der Kontaktlosigkeit, die als enorm belastend erlebt wird sowie in einem starken Schuldgefühl gegenüber dem eigenen Kind aufgrund der Suchtmittelerkrankung. Suchtmittelabhängige Eltern erleben sich in ihrer Elternrolle oftmals völlig hilf- und orientierungslos. Zugleich sind „suchtmittelabhängige Eltern“ natürlich ebenso wie „gesunde“ Eltern am bestmöglichen Wohl der eigenen Kinder interessiert und verfügen häufig über eine hohe Motivation um die gewünschte Rolle einnehmen zu können und um negative Erfahrungen mit den eigenen Eltern nicht zu wiederholen. Auch gelingt es ihnen sich in der Elternrolle als wertvoll für eine andere Person zu erleben. Dies befähigt Menschen zu einer gesteigerten Wirkfähigkeit. In der Projektgruppe „Eltern“ werden diese Zugangsmodalitäten genutzt, um an konkreten Situationen aus der Erfahrung im Umgang mit den eigenen Kindern zu lernen und neue Handlungsmöglichkeiten an diese Stelle zu setzen oder aber um Gelingendes Handeln mit Kindern und Partner zu unterstützen. Die Bedingungen der Elternrolle werden kritisch klarifiziert und Möglichkeiten erarbeitet, die gewünschte Rolle wirkfähiger einnehmen zu können. Die erlebte Schuld gegenüber den Kindern wird hinterfragt, um Handlungsfähigkeit überhaupt erst wieder möglich zu machen. Das Ziel ist es, den Eltern zu einem realistischen und wirkfähigen Selbstbild sowie zu einer klaren Position den Kindern gegenüber zu verhelfen, welche ihnen im konkreten Umgang mit den Kindern zu einer fördernden und annehmenden Beziehung verhelfen.

Wie bereits thematisiert, werden in der medizinischen Rehabilitation der Schwarzbachklinik Ratingen genderspezifische Aspekte berücksichtigt. Diese werden im einzel- und bezugsgruppentherapeutischen Setting berücksichtigt. Darüber hinaus bietet die Schwarzbachklinik genderspezifische Indikationsgruppen an, um die Bearbeitung geschlechtsspezifischer Suchtentwicklungen, typischer Konsummuster, unterschiedlicher Erwerbsbiographien von Frauen und Männern oder Traumatisierungen, etc. gerecht zu werden.

Frauengruppe (6-8 Sitzungen)

Die Erfahrung zeigt, dass Frauen andere Wege aus der Sucht gehen. Die wöchentlich stattfindende Frauengruppe orientiert sich an den spezifischen

Erfahrungswirklichkeiten von Frauen. Oft spielen dabei Themen wie sexueller Missbrauch, Traumatisierungen, Prostitution, das Verhältnis zu Partnern, Kindern oder zu den männlichen Mitrehabilitanden eine Rolle, ebenso wie typische Konsummuster und geschlechtsspezifische berufliche Erfahrungen. Daher ist es uns besonders wichtig, für Frauen einen eigenen Raum zu schaffen, in dem Annäherung, Begegnung und Auseinandersetzung nur von Frau zu Frau möglich ist. Jede weibliche Rehabilitandin nimmt obligat an dieser Indikativgruppe teil. Zeitlich ist diese Gruppe so terminiert, dass eine durchgehende Teilnahme bei Bedarf ermöglicht werden kann ohne dass zeitliche Kollision mit weiteren indikationsspezifischen Angeboten vorliegt.

Themenbereiche der Frauengruppe:

- individuelle, geschlechtsspezifische Sozialisation
- Konkurrenzängste
- Beziehung-/Partnerschaftsproblematik/Sexualität
- Mutterrolle
- Gewalterfahrungen
- Missbrauchserfahrungen
- zukunftsbezogenes Rollenverständnis als Frau in Bezug auf Arbeit und Freizeit

Männergruppe (6-8 Sitzungen)

Dieses Gruppenangebot erfolgt nach Indikation geschlossen als Projektgruppe. Männer haben einen spezifischen Zugang zur Sucht, ihre Motivationen zum Suchtmittelkonsum unterscheiden sich in der Regel wesentlich von denen weiblicher Konsumentinnen. Die Suchtmittel werden in ihren Funktionen zu vielfältigen, unbewusst als spezifisch männlich wahrgenommenen, Attributen genutzt. Diese Funktionen gilt es zu benennen und zu klarifizieren, damit sie bewusst und somit veränderbar werden können. Eine solche Arbeit fällt Männern kulturimmanent im Beisein von Frauen wesentlich schwerer als in einer geschlechtshomogenen Gruppe. Die Beschreibung der erlebten und neu zu konstruierenden männlichen Identität wird im Wesentlichen über die folgenden Themen therapeutisch unterstützt:

- bisher erlebte männliche identitätsstiftende Attribute
- Sucht und Männlichkeit Vaterbeziehungen, männliche Vorbilder
- Männerfreundschaften
- Partnerschaften und Mutterbeziehungen
- Mann und Gesundheit / Selbstfürsorge
- Mann und Arbeit / Freizeit / Leistungsbereitschaft
- Sexualität
- Gewalt als erlebtes und aktuelles Lösungsmodell
- Vaterschaft

Soziales Kompetenztraining (6-8 Sitzungen)

Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit sind mitunter ausschlaggebend für berufliche und private Erfolge. Für die nahtlose Vermittlung in das Erwerbsleben sind soziale und kommunikative Fähigkeiten, das Vermögen, für sich akzeptable Kompromisse zwischen den eigenen Bedürfnissen und sozialer Anpassung zu finden und zu verwirklichen, wichtige Voraussetzungen. Hier setzt das Gruppentraining an: es sensibilisiert für den Zusammenhang von Wahrnehmung, Interpretation einer Situation und den daraus resultierenden Gefühlen und Verhaltensweisen und vermittelt entsprechende Bewältigungstechniken.

PRO- Professioneller Umgang mit Stress und Aggressionen (6-8 Sitzungen)

In der Indikativgruppe professioneller Umgang mit Stress und Aggressionen (PRO) werden die Ursachen, Auslöser und der Umgang mit Stress und Aggressionen sowohl in Theorie wie auch Praxis erarbeitet. Anhand dieser Grundlagen werden im Verlauf die Auswirkungen von Stress aufgezeigt und Bewältigungsstrategien erarbeitet. Die Entwicklung der individuellen Konfliktfähigkeit sowie der Anreiz zum kritischen Dialog stehen im Vordergrund.

Spielsucht (6-8 Sitzungen)

Obwohl davon auszugehen ist, dass die Dynamiken einer Spielsucht vergleichbar mit denen einer stoffgebundenen Abhängigkeit sind, ist ihr Erscheinungsbild und somit ihre konkrete symptomatische Ausprägung sehr spezifisch. Diese spezifischen Aspekte, aber auch die Erkennung von Parallelen zur Drogensucht, werden in den Gruppensitzungen mit den Rehabilitanden thematisiert und unter therapeutischer Anleitung im Hinblick auf Suchtentstehung, auf Hintergrundproblematiken (Auswirkungen der Spielsucht auf Familie, Partnerschaft, Schule, Ausbildung und Beruf etc.) und lösungsorientierte Bewältigungsstrategien reflektiert. Wichtig dabei ist die Motivation für ein spielfreies Leben aufzubauen und eine kritische Auseinandersetzung mit der Thematik zu erreichen, so dass der Rehabilitand dazu in der Lage ist, die Konsequenzen sowohl der Fortsetzung wie auch der Einstellung des Spiels erkennen und vorhersehen zu können.

Indikativgruppe Achtsamkeit und Entspannung (6-8 Sitzungen)

Achtsamkeit ist die aufmerksame, wertfreie Wahrnehmung des gegenwärtigen Moments, der Gedanken, Gefühle und Körperempfindungen des Augenblicks. Achtsamkeit lässt sich mit verschiedenen Meditationsverfahren und Übungen

erlernen. Suchtmittelabhängige Menschen erleben häufig innere Unruhe und Unausgeglichenheit. Das Heranführen an und die regelmäßige Anwendung von Achtsamkeitsübungen fördert die Abstinenzstabilität und wirkt verstärkend auf die Rückfallprophylaxe. Die Indikativgruppe Achtsamkeit und Entspannung bietet die Gelegenheit, verschiedene Techniken zu erlernen. Das Training der Achtsamkeit bietet ferner die Möglichkeit, alternative Copingstrategien zum Umgang mit Stressoren, bspw. am Arbeitsplatz zu entwickeln.

„Sicherheit finden“ (6-8 Sitzungen)

Auch wenn sich Traumatisierungen und eine PTBS nicht immer eindeutig diagnostizieren lassen, sind in der Biografie vieler abhängiger Patienten häufig traumatische Erlebnisse präsent. Abhängiges Verhalten kann dann eine kurzfristige Überlebensstrategie sein, um die Folgen dieser Erlebnisse auszuhalten. Belastende Symptome können es den Rehabilitanden zusätzlich erschweren, Kontrolle über ihre Sucht zu gewinnen. Dazu zählen: Starke Stimmungsschwankungen, Angst- und Anspannungsgefühle, Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, Probleme, die eigenen Bedürfnisse zu erkennen und gut für sich zu sorgen. Das Therapiekonzept „**Sicherheit finden**“ wurde als ein spezielles Angebot für Menschen mit Suchtproblemen und Traumaerfahrungen entwickelt. Im Rahmen der Indikationsgruppe werden Strategien vermittelt und gemeinsam mit den Rehabilitanden erarbeitet, mit belastenden Symptomen besser umzugehen und können dabei helfen, in vielen Lebensbereichen, in denen es durch Sucht- und Traumafolgen zu schweren Belastungen gekommen ist, zunehmend Kontrolle und Sicherheit zu erlangen.

Psychosegruppe (6-8 Sitzungen)

Dieses Gruppenangebot ist für Rehabilitanden mit psychotischer Komorbidität (drogeninduzierten psychotischen Störungen, Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektiven Psychosen und affektiven Psychosen) vorgesehen. In den Sitzungen werden psychoedukative Aspekte beleuchtet (Pathogenese, Transmitterstörungen, Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell, Symptome, Verlauf, medikamentöse und therapeutische Behandlungsmöglichkeiten) es werden Risikofaktoren aufgezeigt und insbesondere die Wechselwirkung zwischen Konsum und psychotischer Komorbidität aufgezeigt. Die Indikativgruppe möchte ein Krankheitsverständnis vermitteln, um anschließend alternative Copingstrategien im Umgang mit der Erkrankung zu erarbeiten. Frühwarnzeichen werden erarbeitet und ein Notfallplan erstellt. Der Rehabilitand soll im Umgang mit seiner Erkrankung geschult werden, um Rezidive und Chronifizierungen zu vermeiden.

Indikativgruppe Raucherentwöhnung (6-8 Sitzungen)

Hier werden verhaltenstherapeutische Grundlagen der Raucherentwöhnung angelehnt an das rauchfrei Programm der BZgA vermittelt. Ziel ist der Aufbau von Fertigkeiten, die eine selbstgesteuerte Beendigung des Rauchens ermöglichen. Neben psychoedukativen Aspekten (Informationen zum Störungsbild) werden dabei Strategien der Entscheidungsbildung (Abwägung der Vor- und Nachteile) besprochen. Vor dem Hintergrund der Selbstbeobachtung des Rauchverhaltens (Anfertigung von Protokollen) wird die konkrete Umsetzung des Rauchstopps (Schlusspunkt- vs. Reduktionsmethode, kurzfristige Bewältigungsstrategien) geplant. Hierzu dienen ferner Rauchprotokolle, Kosten-Nutzen-Analysen und Erarbeitung von alternativen Verhaltensformen sowie das Angebot, durch an das NADA Protokoll angelehnte Akupunktur bzw. Körperakupunktur alternative spannungsregulierende Erfahrungen zu machen. Außerdem ist die langfristige Stabilisierung der Tabakabstinenz (Selbstverstärkung, Rückfallvorbeugung) Inhalt der Gruppe. Das Programm richtet sich hierbei an die besonderen Bedürfnissen der schwer und mehrfach abhängigkeiterkrankten Rehabilitanden. Die zeitnahe Beendigung des Rauchens unter Anwendung der vermittelten Fertigkeiten wird angeregt und therapeutisch begleitet, allerdings nicht gefordert.

Rückfallprophylaxe (6-8 Sitzungen)

In der Indikativgruppe Rückfallprophylaxe werden Theorien, Modelle und Forschungsergebnisse zum Rückfallgeschehen vorgestellt und klientengerecht vermittelt. Darüber hinaus werden individuelle Aspekte wie das persönliche Risikoprofil, Bewältigungsstrategien und Ressourcen gemeinsam erarbeitet, um die Rehabilitanden auf drohende bzw. eintretende Rückfälle vorzubereiten. Neben der Wissensvermittlung und der Erarbeitung einer verbesserten Selbsteinschätzung zielt das Training auf eine realistische Selbstwirksamkeitserwartung, eine Steigerung der Fähigkeit zu Antizipation, eine Reduzierung des Abstinenzverletzungseffekts sowie auf die Einübung von Bewältigungsstrategien.

4.7.4.4 sonstige Gruppenangebote

Großgruppen (alle Rehabilitanden)

Regelmäßige Vollversammlungen aller Rehabilitanden dienen zur Begrüßung neuer Rehabilitanden, zur Besprechung der Tagesplanung, Klärung von Konflikten und zur aktiven Teilhabe und Positionierung der einzelnen Rehabilitanden im gemeinschaftlichen Leben in der Rehabilitationseinrichtung. Darüber hinaus wird die Großgruppe zur Information und Klärung bei besonderen Vorfällen einberufen.

Psychoedukationsgruppe der Eingangsphase/ Themenzentrierte Gruppe (2-4 Sitzungen)

Hier werden psychoedukative Aspekte für die Rehabilitanden der Eingangsphase thematisiert. Die Erarbeitung psychoedukativer Aspekte erfolgt in Kleingruppenarbeit, zum Teil mit Arbeitsblättern und zum Teil durch medizinische Vorträge. Diese Gruppe dient der vertiefenden Entwicklung eines Krankheitskonzepts. Ferner werden gruppendedynamische Prozesse erprobt und soziale Kompetenzen trainiert.

4.7.4.5 Krisenintervention

Wir verstehen Krisen als Chance, Krisen können jederzeit im Behandlungsverlauf auftreten. In krisenhaften Situationen, welche entweder im Rahmen von Craving, partnerschaftlichen oder familiären Auseinandersetzungen oder bspw. in Folge des therapeutischen Prozesses auftreten, etc., benötigen unsere Rehabilitanden unsere Unterstützung und Aufmerksamkeit. Die jeweiligen Bezugstherapeuten stehen in krisenhaften Situationen soweit als möglich für kriseninterventionelle Gespräche zur Verfügung. Außerhalb der Regelarbeitszeiten ist jederzeit ein Mitarbeiter ansprechbar vor Ort, welcher im Sinne einer Deeskalation im „Hier und Jetzt“ an einer Entaktualisierung arbeiten wird. Unsere Mitarbeiter bemühen sich, Konflikte soweit als möglich in der akuten Belastungssituation zu lösen, hierdurch eine ausreichende Stabilisierung des jeweiligen Rehabilitanden zu ermöglichen, damit dieser im Folgenden die weitere Bearbeitung in der Bezugstherapie anstreben kann.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen und Diagnostik/ BORA

Erwerbsbezogene Maßnahmen haben in der Schwarzbachklinik Ratingen einen zentralen Stellenwert, so dass wir das Konzept der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (**BORA**) umsetzen. Für die Stabilisierung des Genesungserfolges nimmt die Teilhabe am Erwerbsleben eine wichtige und unterstützende Rolle ein. Arbeit ist mehr als materielle Sicherung. Sie ermöglicht ein selbst bestimmtes, von fremder Unterstützung weitgehend unabhängiges Leben, sie stiftet Sinn und gibt dem Alltag Struktur. Entsprechend groß ist das Risiko eines Rückfalls für Personen, die trotz erfolgreicher medizinischer Rehabilitation langfristig ohne Arbeit bleiben (Schneider 2004). In einer Zusammenfassung nationaler und internationaler Untersuchungen nennen Henkel et al. (2003) einen Faktor zwischen 1,5 und 2, um den die Rückfallrate Arbeitsloser nach einer Entwöhnungsbehandlung gegenüber Erwerbstätigen erhöht ist. Berufliche

Integration ist aus Sicht des Betroffenen und aus ökonomischen Gründen der Erfolg versprechendste Ansatz, langfristig und wirksam die Auswirkungen von Krankheit und Behinderung im Beruf zu beeinflussen (Irle 2003).

Durch geeignete Interventionen der **Arbeitstherapie** sollen die berufsbezogenen personalen Ressourcen der Betroffenen gestärkt und letztere befähigt werden, eine nachhaltige berufliche Integration zu erreichen und zu größtmöglicher Selbständigkeit und Teilhabe im Privat- und Berufsleben zu gelangen. Die arbeitsbezogene Behandlung mit spezifischer Zielsetzung ist ein wesentlicher Bestandteil des gesamten individuellen und indikationsgeleiteten Rehabilitationsplanes. Die aus der arbeitsbezogenen Diagnostik (Erhebung des positiven und negativen Leistungsbildes, Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese, Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz, Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens, etc.) abgeleitete Behandlungsplanung wird unter fachärztlicher Leitung im multiprofessionellen Team in Abstimmung mit dem Rehabilitanden und sofern gewünscht und möglich mit den Arbeitgebern (unter Einhaltung des Datenschutz) umgesetzt; der Behandlungsprozess wird ebenso wie in den anderen Funktionsbereichen anhand der Visiten, Fallkonferenzen und der Verlaufsdagnostik und Zielerreichung überwacht ggfs. modifiziert.

Die arbeitstherapeutischen Maßnahmen in der Schwarzbachklinik Ratingen basieren in Anlehnung an Güntert (2003) auf dem erweiterten Begriff der Ergotherapie, wonach sowohl Arbeits- als auch Ergotherapie "...Handlungserfahrungen vermitteln, die sich über motorische, kognitiv-perzeptive, psychische und soziale Bereiche erstrecken. Das Üben alltagsorientierter und berufsspezifischer Aufgaben ermöglicht es für die Rehabilitanden, eigene Schwierigkeiten und Ressourcen einzuschätzen und Wege zu entwickeln, um Probleme zu meistern und Stärken auszubauen." (Güntert 2003, S. 19).

Im Rahmen der Arbeitstherapie werden grundlegende körperliche, geistige und psychische Funktionen überprüft, gefördert und gestärkt, so dass eine Teilhabe möglichst in sämtlichen Lebensfeldern langfristig erreicht werden kann. Mit Blick auf die berufliche Eingliederung trägt die Arbeitstherapie mit dazu bei, die Belastbarkeit und Grundarbeitsfähigkeiten zu fördern. Sofern eine berufliche Umorientierung notwendig wird, werden Anforderungs- und Leistungsprofile erstellt, die bei der beruflichen Neuausrichtung gezielt genutzt werden können.

In den Einrichtungen des Deutschen Ordens (Hauptindikation: Abhängigkeit von illegalen Drogen) wird seit Ende 2013 das im BORA-Konzept genannte Würzburger Screening angewendet, um Rehabilitanden mit besonderen beruflichen Problemlagen zu identifizieren und die erwerbsbezogenen Behandlungsmaßnahmen an den besonderen Bedarfen der Betroffenen entsprechend auszurichten (Reimer, 2015). Bis einschließlich Februar 2015 wurden insgesamt 1.156 Rehabilitanden mit diesem Instrument „gescreent“. Das Durchschnittsalter lag bei 32,5 Jahren. 1.004 Rehabilitanden waren bei Aufnahme arbeitslos (86,9 %). 1.022 Rehabilitanden zeigten nach dem Würzburger Screening eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit von beruflichen Problemlagen (88,4 %), 34 eine hohe Wahrscheinlichkeit beruflicher Problemlagen (2,9 %) und 100 keine beruflichen Problemlagen (8,7 %). Die bei Aufnahme arbeitslosen Rehabilitanden waren durchschnittlich 3,1 Jahre vor der Aufnahme ohne Arbeit. 230 Rehabilitanden waren bei Aufnahme unter 25 Jahre alt

(19,9 %). 197 (85,7 %) von diesen waren arbeitslos. Auch diese jüngeren Rehabilitanden waren bei Aufnahme bereits durchschnittlich 2,1 Jahre ohne Arbeit.

Aus diesen Daten ergibt sich, dass die Klientel in der medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger in der überwiegenden Mehrzahl besondere berufliche Problemlagen aufweisen und lange aus dem Arbeitsleben entwöhnt sind oder u.U. noch nie gearbeitet haben. Ihnen fehlen dadurch vielfach basale Grundarbeitsfähigkeiten.

In einer jährlich durch den Deutschen Industrie- und Handelstag durchgeführten Online-Umfrage in über 15.000 Unternehmen beklagen die Betriebe Mängel bei der Ausbildungsreife von Schulabgängern insbesondere in den Bereichen Disziplin, Belastbarkeit, und Leistungsbereitschaft (DIHK-Online-Umfrage 2013). Bei der Suche nach Ausbildungs- und Arbeitsplätzen müssen unsere Rehabilitanden mit Schulabgängern und anderen Arbeitsplatzsuchenden konkurrieren können. Deshalb werden diese Aspekte in der Schwarzbachklinik Ratingen über die gesamte Dauer der Behandlung in den Vordergrund gestellt und mit den Rehabilitanden thematisiert.

Das Würzburger Screening unterscheidet zwischen

- keine berufliche Problemlage
- hohe Wahrscheinlichkeit von beruflichen Problemlagen und
- einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit von beruflichen Problemlagen.

Rehabilitanden, die beabsichtigen, innerhalb von 4 Wochen nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme an einen vorhandenen Arbeitsplatz zurückzukehren und keinen Rentenantrag gestellt haben, haben laut Würzburger Screening keine berufliche Problemlage.

Unsererseits werden besondere erwerbsbezogene Problemlagen ergänzend wie folgt verstanden:

- lange beziehungsweise häufige Fehlzeiten
- eine negative subjektive Prognose hinsichtlich der eigenen beruflichen Zukunft
- drohender Arbeitsplatzverlust
- Arbeitslosigkeit oder
- sozialmedizinische Notwendigkeit einer beruflichen Veränderung.

Für **Rehabilitanden mit Arbeit** geht es im Rahmen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vorrangig darum, den Arbeitsplatz zu erhalten, bestehende Probleme am Arbeitsplatz zu erkennen, aufzugreifen und entsprechende berufsbezogene Ressourcen zu stärken sowie die berufliche Wiedereingliederung zu unterstützen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise die Kontaktaufnahme mit dem Arbeitgeber von Bedeutung.

Bei **arbeitslosen Rehabilitanden** stehen die Entwicklung einer erwerbsbezogenen Perspektive, das Training von grundlegenden und spezifischen Fertigkeiten des Erwerbslebens, die Planung konkreter Schritte zur Förderung der beruflichen

Teilhabe im Anschluss an die Rehabilitation im Vordergrund. Um die Zielsetzung der beruflichen (Re-)Integration zu erreichen, erfolgt die engmaschige Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern (bspw. Agenturen für Arbeit, Jobcenter).

Es ergeben sich hieraus folgende Zielgruppen:

Rehabilitanden in Arbeit: Hierzu zählen Auszubildende, Arbeiter, Angestellte, Beamte, Selbständige, Freiberufler, sonstige Erwerbspersonen und in beruflicher Rehabilitation befindliche Rehabilitanden (LTA).

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

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

Rehabilitanden ohne Arbeit: Bei Arbeitslosigkeit ist es wegen der unterschiedlich ausgeprägten Entstrukturierungsfolgen bei Abhängigkeitserkrankungen (Henkel, 2008) möglich, Kurzzeit- von Langzeitarbeitslosigkeit zu unterscheiden, weil die Rehabilitanden hinsichtlich ihrer erwerbsorientierten Restrukturierungserfordernisse unterschiedliche therapeutische Interventionen benötigen.

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

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

Nicht-Erwerbstätige

BORA-Zielgruppe 5: Hierzu zählen zum Beispiel Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige Nicht-Erwerbsrehabilitanden bei gegebenen versicherungsrechtlichen Voraussetzungen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben.

Erfahrungsgemäß hat die Suchtkrankheit bei unserer Klientel regelmäßig Auswirkungen auf die Integration in das Erwerbsleben. Die Rehabilitanden der Schwarzbachklinik Ratingen gehören in der überwiegenden Mehrzahl den BORA-Zielgruppen 2, 3 und 4 an. Die BORA-Zielgruppe 2 (in Arbeit, mit beruflichen Problemlagen) entspricht der Gruppe ohne berufliche Problemlagen im Würzburger Screening. In der oben erwähnten Erhebung in den Einrichtungen des Deutschen Ordens betrug der Anteil dieser Gruppe 8,7 %.

Wie bereits geschildert nimmt der ärztliche Dienst bei der Aufnahmeuntersuchung eine erste Einschätzung des positiven und negativen Leistungsbildes vor. Ist eine

aktive Teilnahme am Rehabilitationsprozess mit dem Ziel der beruflichen Integration auf Grund physischer oder psychischer Funktionseinschränkungen, die mittelbar durch entsprechende Behandlung und Förderung nicht zu beeinflussen sind, nicht möglich, muss die Rehabilitationsfähigkeit grundsätzlich in Frage gestellt werden.

4.7.5.1 Allgemeine Ziele der arbeitsbezogenen Interventionen

Zu den allgemeinen Zielen der arbeitsbezogenen Interventionen zählen:

- Steigerung von Grundarbeitsfähigkeiten
- Förderung der Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen
- Steigerung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit
- Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden
- Evaluierung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit
- Stärkung der erwerbsbezogenen - das heißt berufsspezifischen und berufsunspezifischen- Förderfaktoren
- Berücksichtigung und Reduktion psychischer und psychomentaler Teilhabebehindernisse im beruflichen Verhalten und Erleben
- Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten
- Entwicklung von beruflichen (Re-)Integrationsperspektiven unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes mit möglichst nahtlosem Übergang nach abgeschlossener stationärer Rehabilitation in eine Anschlussmaßnahme (Schule, Ausbildung, Arbeitsplatz, ggfs. Adaption, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA))

Jeder Rehabilitand erarbeitet individuelle erwerbsbezogene Ziele. Erwerbsbezogene Ziele und Maßnahmen werden nicht nur im Bereich der Ergo- und Arbeitstherapie, sondern auch in den Bereichen Psychotherapie, Sozialtherapie, Sport- und Bewegungstherapie thematisiert. Die Rehabilitationsmaßnahmen der Klinik sind auf das Ziel der möglichst nahtlosen Integration in den Arbeitsmarkt (evtl. auch Schule oder Ausbildung) nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme ausgerichtet.

4.7.5.2 Medizinisch beruflich orientierte Diagnostik zur Identifikation von besonderen beruflichen Problemlagen

In den ersten Tagen des Aufenthaltes wird eine ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese erhoben.

Diese umfasst:

- Schulbildung, schulische Probleme, höchster erreichter Schulabschluss, Berufswunsch,
- Berufsausbildung mit/ohne Abschluss, Arbeitsbiographie, Gründe für eventuelle Berufswechsel, Umschulung,
- jetzige Tätigkeit mit konkreter Beschreibung des Arbeitsplatzes, der Arbeitsinhalte und der Arbeitsatmosphäre,

- besondere psychische und physische Belastungen am Arbeitsplatz, betriebsärztliche Betreuung, Weg zur Arbeitsstelle, Kfz-Führerschein und
- Dauer und Begründung für Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit.

Weitere Inhalte der beruflich orientierten Eingangsdiagnostik sind die soziale Integration am Arbeitsplatz:

Diese beinhaltet:

- Arbeitet der betroffene Rehabilitand an einem Arbeitsplatz, an dem sich nur wenige oder sehr viele Kontakte zu anderen Menschen ergeben?
- Sind die Arbeitsanforderungen an ihn angemessen, eher zu niedrig / zu hoch / zu monoton / zu unregelmäßig?
- Unterhält er während der Arbeit regelmäßig Kontakt zu Kollegen und zu Vorgesetzten oder entzieht er sich dem Kontakt?
- Spricht er Konflikte am Arbeitsplatz von sich aus an und versucht sie zu lösen?
- Bringt er seine Interessen zum Ausdruck, versucht er sie durchzusetzen, auf welche Weise?
- Wird er in Arbeitsabsprachen einbezogen?
- Wird er an dienstlichen und informellen Gesprächen beteiligt?
- Wird er um seine Meinung / seinen Rat gefragt?
- Verfügt er über tätigkeitsbezogene Entscheidungs-, Verantwortungs- und Handlungsspielräume?
- Bestehen motivierende berufliche Perspektiven / Aufstiegschancen?
- Fühlt er sich von Vorgesetzten / Kollegen wertgeschätzt?
- Nutzt er seine betrieblichen Mitbestimmungsrechte und -möglichkeiten?

Ferner wird die Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens erhoben:

Diese beinhaltet:

- Wie schätzt der betroffene Rehabilitand seine eigene Leistungsfähigkeit in Bezug auf die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit beziehungsweise in Bezug auf irgendeine Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes ein?
- Welche Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz ergeben sich aus dem Suchtmittelkonsum?
- Welche Entwicklungsmöglichkeiten traut er sich bezogen auf das Leistungsvermögen zu?

Unter Beachtung von Datenschutzbestimmungen können bedarfsweise konkrete Arbeitsplatzbeschreibungen beim Arbeitgeber eingeholt werden.

Gegebenenfalls notwendige psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen werden im Rahmen der Fallbesprechungen eruiert und können folgende Bereiche umfassen:

- Gedächtnis (verbales, visuell-räumliches, numerales Kurzzeitgedächtnis; Wiedererkennung- und freie Reproduktionsleistung; Arbeitsgedächtnis; Langzeitgedächtnis),
- Wahrnehmung, visuell-räumliche Funktionen, Aufmerksamkeit und Konzentration, exekutive Funktionen wie Planungs-, Kontroll- und Problemlösefunktionen, Prozesse des vorausschauenden Denkens, Entscheidungsprozesse, Impulskontrolle und emotionale Regulierung, Umstellfähigkeit, Flexibilität, Interferenzfreiheit, Verarbeitungskapazität,
- allgemeines Wissen, Intelligenzniveau,
- allgemeine intellektuelle Leistungsfähigkeit,

- Einstellungen und Interessen, Überzeugungen und Krankheitsbewältigungsstil,
- Persönlichkeitsfaktoren / -struktur, Selbstkonzept sowie
- komorbide Störungen wie zum Beispiel Psychotische Störungen, Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS) etc.

In Zusammenschau der medizinischen und psychologischen Diagnostik wird auf Grundlage des Profils der Funktionen, Aktivitäten und der Teilhabe eine erste Einschätzung des Leistungsvermögens im Erwerbsleben vorgenommen, aus der sich weitere Ziele und Maßnahmen innerhalb der Rehabilitationsbehandlung ergeben.

Mit dem Würzburger Screening werden berufliche Problemlagen identifiziert. Ein Fähigkeitsprofil wird mit Hilfe eines modifizierten MELBA-Assessments innerhalb der ersten Behandlungswoche durchgeführt. Weitere Informationen dienen der Einteilung in die BORA-Zielgruppen (siehe oben).

4.7.5.3 Interne und externe Belastungserprobung

Die Rehabilitanden werden anfänglich (ab dem dritten Behandlungstag) in der Kreativwerkstatt integriert. Hier erfolgen die Erhebung der Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese, die Durchführung des Würzburger Screenings sowie die Einteilung eines jeden Rehabilitanden in einer der oben genannten BORA-Zielgruppen. Im Anschluss hieran erfolgt die individuelle Therapieplanung und Entwicklung von BORA-spezifischen individuellen Therapiezielen. In allen Arbeitstherapiebereichen werden die Grundarbeitsfähigkeiten wie Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit erworben. Ferner erfolgt ebenfalls in jedem Arbeitstherapiebereich die Abgleichung von Selbst- und Fremdeinschätzung.

Zur internen Belastungserprobung bietet der Bereich Arbeitstherapie unterschiedliche Trainingsfelder in entsprechend ausgestatteten Räumlichkeiten:

Die Bereiche der Arbeitstherapie sind im Einzelnen:

- **Kreativwerkstatt:**
- In der Kreativwerkstatt werden Mosaike aus verschiedenen Materialien hergestellt. Hierfür werden die handwerklichen Grundtechniken wie z.B. Materialkunde und der sachgemäße Umgang mit Werkzeugen vermittelt. Die Anforderungen variieren zwischen leichten und wenig aufwendigen Arbeiten bis hin zur Herstellung komplexer Werkstücke. Es findet überwiegend Einzelarbeit in der Gruppe statt. Behandlungsziel ist die Erhaltung, Verbesserung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeiten und –fertigkeiten sowie die Erkennung, Entwicklung und Umsetzung der eigenen Kreativität. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden hier die Kritikfähigkeit, der Umgang mit Autoritäten, der Umgang in der Gruppe und die Selbsteinschätzung sowie die Umstellfähigkeit erprobt.

- **Küche:**
- In diesem Bereich ist das Zubereiten von Speisen das vorrangige Aufgabengebiet. Es werden die verschiedensten Arbeitsschritte in Arbeitsketten integriert. Arbeitstherapeutisches Ziel ist es hierbei, eine möglichst eigenständige Erledigung der anfallenden Arbeiten zu erreichen. Es fallen folgende Arbeiten an: Das Zurechtschneiden der Zutaten, die Erstellung der Einkaufslisten, das Kochen und Servieren der Speisen. Hierbei sind die hygienischen Standards zu gewährleisten, so dass die fachgerechte Reinigung der E-Geräte, der Arbeitsflächen und der Küche im Allgemeinen einen weiteren Aufgabenbereich in der Küche darstellt. Auf Grund des Kettenarbeitsplatzes liegen die Herausforderungen neben den fachlichen Fertigkeiten vor allem im sozio-emotionalen Bereich. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden hier insbesondere die Fähigkeiten der Zusammenarbeit, der Kritikfähigkeit, dem Umgang mit Autoritäten, dem Umgang in der Gruppe sowie die Selbständigkeit, die Eigenverantwortung, die Selbsteinschätzung erprobt.
- **Haustechnik/ Hausmeisterei:**
- Hier werden handwerkliche Grundtechniken wie z.B. Materialkunde, sachgemäßer Umgang mit Maschinen und Werkzeugen vermittelt. Es werden verschiedenste handwerkliche Tätigkeiten durchgeführt: Kontrolle des Zustands/ der Funktionstüchtigkeit des Mobiliars, die Verwaltung der Putzmaterialien, die Renovierung, Reparatur und Instandhaltung der Räumlichkeiten sowie die Überprüfung durchgeführter Hygienemaßnahmen und die Blumenpflege im Haus. Es findet überwiegend Einzelarbeit in der Gruppe statt. Gruppenprojekte sind ebenfalls angedacht. Behandlungsziel ist die Erhaltung, Verbesserung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeiten und Arbeitsfertigkeiten. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden hier Fähigkeiten wie Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, der Umgang in der Gruppe, Handlungsplanung und Planung und Sorgfalt, Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit erprobt.
- **Garten / Parkanlage:**
- Es fallen folgende Arbeiten wie Beetbepflanzung, Beschneidung von Blumen, Hecken, Sträuchern und Bäumen, die Pflege der Beete, das Säubern der Garten- und Parkanlage, das Rechen der Blätter an. Die Einweisung in die Gartengeräte erfolgt durch die Mitarbeiter der Arbeitstherapie. Die Säuberung, Wartung und Instandhaltung unserer Gartengeräte sind ein weiteres Aufgabengebiet im Garten. Ferner erfolgt die Pflege unserer Freizeitangebote im Garten, d.h. Boulebahn, Gartenteich und Grillplatz. Hier wird die Planung der Arbeitsabläufe, das Erstellen eines Pflanzplans ebenfalls unter Anleitung der Arbeitstherapeuten vorgenommen. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden auch hier Fähigkeiten wie Kritikfähigkeit, der Umgang in der Gruppe, der Umgang mit Autoritäten, die Handlungsplanung und Sorgfalt, die Selbstständigkeit, die Eigenverantwortung, die Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit erprobt.
- **Spülküche/ Waschküche:**
- Dort sind das Bestücken und Entleeren von Waschmaschinen und Trocknern sowie das Spülen des Bestecks, und die Bestückung der Schränke, etc. das vorrangige Aufgabengebiet. Das Bügeln und Zusammenlegen der Hauswäsche, das Einsortieren der Wäsche sowie des Geschirrs und Bestecks in die

vorhandenen Schränke gehört neben der Säuberung der Räumlichkeiten unter Einhaltung der hygienischen Vorschriften zu den Aufgaben. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden auch hier Fähigkeiten wie Kritikfähigkeit, der Umgang in der Gruppe, der Umgang mit Autoritäten, die Handlungsplanung und Sorgfalt, die Selbstständigkeit, die Eigenverantwortung, die Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit erprobt.

- **TD Büro/ ergonomischer Musterbüroarbeitsplatz:**
- Das TD-Büro entspricht in seinen Anforderungen einem Büroarbeitsplatz. Vermittelt werden Computergrundkenntnisse in den gängigen Anwendungen, die von den Rehabilitanden zur Erstellung und Pflege verschiedener Dokumente und Listen zur Anwendung kommen. Die Durchführung und Verwaltung von Kopierarbeiten, die Erledigung von Drucksachen gehören ebenfalls zu den Aufgaben. Die Neuaufnahmen werden am Aufnahmetag begleitet und bleiben im weiteren Verlauf Ansprechpartner in Form einer Patenschaft. Dies schließt z.B. auch die Begleitung zu externen Terminen, sofern notwendig, ein. Im TD-Büro werden Freizeitaktivitäten geplant und diesbezügliche Informationen aus der näheren Umgebung gesammelt und aktualisiert. Im Vordergrund stehen die sozio-emotionale Grundarbeitsfähigkeiten sowie die Kommunikationsfähigkeit. Neben den Grundarbeitsfähigkeiten werden auch hier Fähigkeiten wie Kritikfähigkeit, der Umgang in der Gruppe, der Umgang mit Autoritäten, die Handlungsplanung und Sorgfalt, die Selbstständigkeit, die Eigenverantwortung, die Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit erprobt.

PC-Schulungen erfolgen in der Schwarzbachklinik einerseits im Arbeitstherapiebereich TD und andererseits anhand des individuellen Bedarfs, welcher sich im Rahmen der fortlaufenden Berufsberatung herauskristallisierte. Diese Schulungen erfolgen zumeist im Einzelkontakt, da sich unsererseits herausgestellt hat, dass zeitgleich oftmals nicht ausreichend (mindestens 5) Rehabilitanden diesbezüglichen Bedarf aufweisen. Hier werden Qualifizierungsleistungen zum Erwerb von Grundkenntnissen, Überwindung von Schwellenangst (Einsteiger / Rückkehrer), Vermittlung von Kenntnissen zur Internetnutzung im Hinblick auf Stellensuche und Bewerbung, etc. erarbeitet.

Externe Belastungserprobung

Durch Kontakte zu unterschiedlichsten Handwerksbetrieben sowie Produktions- und Dienstleistungsbetrieben können die Rehabilitanden bei ausreichender Abstinenzstabilität externe Belastungserprobungen und berufsbezogene Praktika absolvieren, in denen u.a. die Belastungsfähigkeit und das Durchhaltevermögen in einem realistischen Arbeitskontext trainiert und überprüft werden. Eine Hospitation in einem Betrieb kann einmalig während der Ablösephase der Entwöhnungsbehandlung indiziert sein und sollte für einen Zeitraum von bis zu 5 Werktagen (halbtags) erfolgen. Die Teilnahme an der Einzel- und Gruppentherapie wird hierdurch nicht beeinträchtigt. Die Vorbereitung, Begleitung und Nachbearbeitung erfolgt durch die Mitarbeiter der Schwarzbachklinik. Die externe Belastungserprobung wird therapeutisch, insbesondere in den Bereichen Psychotherapie, Arbeitstherapie und Sozialberatung, analysiert und ggfs. alternative

Handlungsweisen erarbeitet. Eine externe Belastungserprobung im Sinne eines Praktikums wird während der Phase II (Adaption) der Behandlung angestrebt.

4.7.5.3 Arbeitsbezogene Verlaufsdagnostik

Mit den Rehabilitanden wird in der ersten Woche des Aufenthaltes ein Fähigkeitsprofil entworfen, das auf der Selbsteinschätzung der Rehabilitanden bezüglich zentraler arbeitsbezogener Basisfähigkeiten (modifizierte MELBA-Kriterien) wie z. Bsp. Disziplin, Leistungsbereitschaft, Belastbarkeit, Zuverlässigkeit, Pünktlichkeit sowie Interesse und Motivation beruht. Im gleichen Gespräch wird mit den Rehabilitanden thematisiert, in welchen dieser Basisfähigkeiten es im Hinblick auf die Anforderungen der direkt nach Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme angestrebten Tätigkeit Entwicklungsbedarf besteht. Ergibt sich eine Differenz zwischen Selbsteinschätzung und Anforderung, so wird daraus ein Ziel formuliert, dass es (in Teilschritten) zu erreichen gilt. Es werden für einen Zeitraum (4-6 Wochen) höchstens 6 Ziele formuliert, welche in den multiprofessionellen Fallbesprechungen Beachtung finden, um eine koordinierte Zielerreichung durch die Mitarbeit aller Bereiche zu ermöglichen, so wird gewährleistet, dass alle Berufsbilder die (Re-)Integration in die berufliche Teilhabe verfolgen.

Etwa nach den ersten zwei bis vier Wochen, die im Wesentlichen der arbeitsbezogenen Verhaltensbeobachtung dienen, wechseln die Rehabilitanden den Trainingsbereich. Zu diesem Zeitpunkt wird auf der Basis der Verhaltensbeobachtung die anfängliche Selbsteinschätzung zusammen mit dem Rehabilitanden überprüft und thematisiert. Für den neuen Trainingsbereich werden wieder die Ausgangssituation bezüglich wichtiger arbeitsbezogener Fähigkeiten und entsprechende Ziele festgelegt. Nach Abschluss des vereinbarten Zeitraums der Trainingsmaßnahme wird die Zielerreichung überprüft. Ausgangseinschätzung, Zielformulierung und Zielerreichung werden den Rehabilitanden grafisch dargestellt und visualisiert. Die entsprechenden Ziele und Fähigkeiten sind mit ICF-Codes hinterlegt und finden erneut Beachtung in den Fallbesprechungen. Etwa nach zwei bis vier Behandlungswochen nimmt jeder Rehabilitand erstmalig an der klinikeigenen **Berufsberatung** teil. Hier wird eine kritische Überprüfung der anamnestischen Angaben sowie der Selbsteinschätzung vorgenommen, Unterlagen gesichtet, Zeugnisse eingeholt, die bisherigen Ergebnisse und Angaben reflektiert. Ferner werden Teilbehemmnisse identifiziert und im Folgenden schrittweise reduziert. Gegebenenfalls werden hier im Sinne eines Bewerbertrainings die Grundlagen einer modernen Bewerbung erarbeitet, die Rehabilitanden können die Erstellung bewerbungsbezogener Schriftstücke am PC vornehmen, eine aussagefähige Arbeitsmappe erstellen, Bewerbungsanschreiben verfassen und das Auftreten in Bewerbungsgesprächen üben. Des Weiteren wird ein Überblick über die eigenen Möglichkeiten, Weiterbildungen, Qualifizierungsmaßnahmen, Leistungen zur Teilhabe am Erwerbsleben, etc. vermittelt. Darüber hinaus erfolgt gegebenenfalls die Kontaktaufnahme zum derzeitigen Arbeitgeber oder die Kontaktaufnahme zu Kooperationspartnern (bspw. Agentur für Arbeit, Jobcenter, Weiterbildungsstätten, regionale Betrieben, etc.) Ferner wird bspw. die Möglichkeit einer sich nahtlos anschließenden Adaptionbehandlung oder die Vermittlung in Hospitationen und Praktika eingeleitet. Spezifische Risikofaktoren am Arbeitsplatz identifiziert,

Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes erarbeitet, Autoritätskonflikte, Über- / Unterforderung, Verfügbarkeit von Suchtstoffen, Selbstunsicherheit, Arbeitszufriedenheit / Perspektiven, Teamfähigkeit / Kommunikation, Kritikfähigkeit, Stressbewältigung eruiert und Strategien zur Reduktion individuell identifiziert und mit den Arbeitstherapeuten, Bezugstherapeuten und Sozialarbeitern bearbeitet. **Die Berufsberatung findet fortlaufend Montags statt**, so dass jeder Rehabilitand gemäß seinen Möglichkeiten und seines Bedarfs betreut werden kann.

4.7.5.4 BORA-zielgruppenspezifische Behandlungsmaßnahmen

Der Anteil der Rehabilitanden mit einem vorhandenen Arbeitsplatz (BORA-Zielgruppe 1 und 2) liegt bei unter 10 %, so dass ein Gruppenangebot (< 5 Rehabilitanden) nicht sinnvoll erscheint. Mit diesen nur vereinzelt auftretenden Rehabilitanden werden arbeitsbezogene Themen in den ergo-/arbeitstherapeutischen und psychotherapeutischen Einzelgesprächen besprochen. Die Unterteilung in die BORA-Zielgruppen 3 und 4 orientiert sich am ALG I bzw. ALG II Bezug und damit grob an der Länge der Arbeitslosigkeit. Ein Rehabilitand, der nach einem erfolgreichen Schulabschluss und nach abgeschlossener Ausbildung zwei Jahre durchgehend in seinem Beruf gearbeitet hat und zum Zeitpunkt der Aufnahme 5 Jahre arbeitslos und somit im ALG II Bezug ist, kann während seiner beruflichen Tätigkeit wesentlich mehr Arbeitstugenden entwickelt haben als ein Rehabilitand, der Schule und Berufsausbildung abgebrochen hat und in den letzten Jahren vor der Aufnahme regelmäßig bei unterschiedlichsten Zeitarbeitsfirmen aufgrund seines Drogenkonsums immer nur kurzdauernde Anstellungen inne hatte, aber bis kurz vor der Aufnahme gearbeitet hat und sich im ALG I Bezug befindet. Aus diesem Grund stehen die Identifizierung und das Training der Grundarbeitsfähigkeiten u.a. im Zentrum der Behandlung. Eine Trennung der BORA-Zielgruppen 3 und 4 erfolgt demzufolge nicht ausschließlich in Folge der BORA-Zielgruppen. Hier werden unsererseits arbeitsanamnestische, diagnostische sowie zielorientierte Erwägungen miteinbezogen und ggfs. wird von einer Trennung nach Zielgruppen abgesehen, sofern hierdurch eine „bessere“ Erreichung der Rehabilitationsziele möglich erscheint.

Ablaufschema BORA mit Diagnostik, Einteilung in Zielgruppe, Zielen und möglichen Maßnahmen

BORA Basisdiagnostik				
Berufsanamnese, sozialmedizinische Leistungseinschätzung, Würzburger Screening, Teilnahme an der Berufsberatung in der zweiten bis vierten Behandlungswoche				
Einteilung				
BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
In Arbeit, keine berufliche	In Arbeit, mit beruflicher Problemlage	Kurzzeit-arbeitslos (SGB	Langzeit-arbeitslos	Hausfrau/-mann Schüler, Student

Problemlage		III)	(SGB II)	Rentner
-------------	--	------	----------	---------

Festlegung des weiteren Vorgehens anhand der multiprofessionellen Fallbesprechung

Weitere Diagnostik falls individuell erforderlich	<p>Grundarbeitsfähigkeiten (modifizierte MELBA-Kriterien)</p> <p>Erweiterte Berufsanamnese mit beruflichen Qualifikationen, Sichtung Bewerbungsunterlagen, Vermittlungshemmnisse herausarbeiten</p> <p>Arbeitsplatz-Konfliktanalyse, ggf. Testpsychologie</p>	Weitere Diagnostik falls individuell erforderlich
---	---	---

Berufsberatung

Reintegration, Klärung des Umgangs mit der Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz	<p>Klärung der beruflichen Problemlage, Reduktion der psychischen und somatischen Probleme und Risikofaktoren sowie Bearbeitung dieser in den Berufsfeldern (Medizin, Psychotherapie, Arbeitstherapie und Sozialberatung)</p>	<p>Verbesserung der psychischen und somatischen Probleme sowie der Grundarbeitsfähigkeiten,</p> <p>Aktualisierung bzw. Erstellung von Bewerbungsunterlagen, Reduzierung von Vermittlungshemmnissen, Motivierung zur Arbeitsaufnahme</p>	Individuelle berufsbezogene Rehabilitationsziele ausarbeiten
--	---	---	--

Mögliche Maßnahmen

<p>Interne/externe Belastungserprobungen,</p> <p>Hospitation im Betrieb,</p> <p>Stufenweise Wiedereingliederung</p>	<p>Interne/externe Belastungserprobung,</p> <p>Kontakt Arbeitgeber,</p> <p>weitere Reduktion spezifischer Risikofaktoren am Arbeitsplatz,</p> <p>Hospitation im Betrieb,</p> <p>Vorbereitung berufliche Wiedereingliederung</p>	<p>Interne/externe Belastungserprobung,</p> <p>fortlaufende Berufsberatung mit Bewerbungstraining,</p> <p>Kontakt Kooperationspartner (BIZ, BFW, BBW, Agentur für Arbeit, Jobcenter),</p> <p>spez. Indikativgruppe (PRO, Soziales Kompetenztraining, Achtsamkeit, etc.)</p> <p>ggfs. Hospitation</p> <p>Adaption</p> <p>Reha-Beratung</p>	<p>Interne/externe Belastungserprobung,</p> <p>fortlaufende Berufsberatung mit Bewerbungstraining,</p> <p>spez. Indikativgruppe (PRO, Soziales Kompetenztraining, Achtsamkeit, etc.)</p> <p>Kontakt Kooperationspartner (BIZ, BFW, BBW, Agentur für Arbeit,</p>
---	---	---	---

			Jobcenter), ggfs. Hospitation Adaption
--	--	--	---

Im Rahmen der indikativen Gruppen (bspw. professioneller Umgang mit Stress, soziales Kompetenztraining, Achtsamkeitsgruppe) werden explizit Situationen bei der Arbeitsplatzsuche und im Arbeitsleben thematisiert und neue Verhaltensmuster eintrainiert. Hierbei ist eine Reduktion der Teilhabe- und Vermittlungshemmnisse, die sich negativ auf die Teilhabe am Arbeitsleben auswirken, übergeordnetes Ziel.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Ziel der Sport- und Bewegungstherapie ist neben der rehabilitativen Behandlung somatischer Begleiterkrankungen und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit die Verbesserung der körperlichen Fitness, die Förderung der Teamfähigkeit, die realistische Einschätzung eigener Belastbarkeit und Grenzen und die Aktivierung einer gesundheitsorientierten Freizeitgestaltung. Die Vitalisierung körperlicher Fähigkeiten nach jahrelangem Suchtmittelmissbrauch stärkt Selbstwertgefühl und positive Lebenseinstellung. Die sportliche Betätigung trainiert die körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und trägt zum Spannungsabbau, zum psychischen Wohlbefinden und zur Entwicklung eines verbesserten Körpergefühls und -bewusstseins bei. Die Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit und die Entwicklung kommunikativer und sozialer Fähigkeiten beim Sport wirken sich ferner in anderen Lebensfeldern wie dem Berufsleben positiv aus.

Das Sport- und Bewegungsprogramm der Schwarzbachklinik wird dem individuellen Bedarf des einzelnen Rehabilitanden entsprechend in enger Abstimmung mit dem ärztlichen Team entwickelt. Körperliche Einschränkungen werden berücksichtigt oder auf ärztliche Veranlassung gezielt mit einbezogen (z.B. Ausdauertraining bei Diabetes oder Hypertonie, Gangtraining bei PNP, Rückenschule bei Lumbalgie). Jeder Rehabilitand nimmt verbindlich an den ärztlich verordneten Sportangeboten teil. Die medizinische Trainingstherapie (Physiotherapie, Krankengymnastik, Massage) erfolgt ggfs. auf Verordnung extern ambulant.

Bewegungs- und (sport-) therapeutische Zielsetzungen in der stationären medizinischen Rehabilitation

Durch die Sporttherapie als wichtiger Bestandteil der Behandlung, sollen die Rehabilitanden unterstützt werden, positive Aktivitäten aufzubauen, ihre körperliche Leistungsfähigkeit zu steigern und die Wahrnehmung für Körper- und

Leistungsgrenzen zu verbessern. Somit geht es in der Sporttherapie darum, den eigenen Körper und die Gesundheit zu respektieren und einen selbstfürsorglichen Umgang zu entwickeln. Sport soll darüber hinaus als soziales Ereignis erfahrbar werden. Der Rehabilitand erlernt, erprobt und verinnerlicht personale und soziale Kompetenzen wie Verantwortungsübernahme, Kritikfähigkeit, konstruktives Konfliktverhalten und Anpassungsfähigkeit. Die erfolgreiche soziale Integration in eine heterogene Gruppe stellt einen wichtigen Teil der Realitätserprobung dar.

Durch Aktivierung in Sport und Spiel lassen sich individuelle Muster in Kommunikation und Interaktion erkennen und reflektieren, um sie positiv zu verändern und/oder zu ergänzen. Sporttherapie ist demnach als eine Säule von vielen zu verstehen, die das Gebäude einer erfolgreichen Behandlung tragen. Dabei ist die Sporttherapie nicht als isolierter Teilbereich, sondern stets in Verbindung mit den anderen Gruppenaktivitäten zu sehen.

Die Sportangebote werden von Sporttherapeuten bzw. Sportlehrern angeleitet; ihre Beobachtungen zum Leistungsvermögen und Sozialverhalten der Rehabilitanden gehen in die Verlaufsdocumentation und Fallkonferenzen ein. Es werden Ballsport- und Ausdauersportarten (z.B. Volleyball, Lauftraining, Radfahren), Gymnastik mit Entspannungs- und Rückenschulelementen, Progressive Muskelentspannung (PMR nach Jakobson), Fitnesstraining u.v.m. angeboten.

Physischer Zielbereich

- Reduktion der (Rest-) Entzugssymptomatik
- Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-) Herstellung von physischen Funktionen, von Belastbarkeit und von Trainierbarkeit
- Verbesserung und Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Körperwahrnehmung, Bewegungskoordination, Ausdauer, Kraft, Flexibilität und Vermittlung von Aktivitäten (z.B. sportbezogene Bewegungskompetenzen))

Psychophysischer Zielbereich

- die Beziehung zum eigenen Körper erhalten, wiederherstellen, verbessern
- Anregung zur bewussten Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Wiederherstellung und Verbesserung von Bewegungserleben

Psychischer und psycho-sozialer Zielbereich

- Erhaltung, Wiederherstellung und Verbesserung psychischer Funktionen (kognitive Merkmale wie z.B. Aufmerksamkeit, Konzentration, Achtsamkeit)

- Regulation von störungsspezifisch eingeschränkten emotionalen Funktionen (emotionale Merkmale wie z.B. Angst, Depressivität, emotionale Labilität, Antrieb)
- Stärkung sozialer Ressourcen (durch positive Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz)
- Situationen schaffen für die (Wieder-)Entwicklung von konstruktiver Kommunikation und Interaktion innerhalb einer Gruppe
- Helfen beim Erlernen von sozialen Verhaltensweisen (Begreifen und Anerkennen von Regeln).

Im Zuge der Sporttherapie sollen auf dem Gebiet des Sports Fertigkeiten vermittelt werden, die in die Freizeit transferiert werden können. Folglich soll ein umfassender Wachstums- und Reifeprozess eingeleitet werden mit der Zielsetzung der Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Eine Übertragung des Erlernten in den realen Alltag kann abschließend zur Abstinenzhaltung beitragen.

In der Schwarzbachklinik stehen für die Bewegungs- und Sporttherapie zur Verfügung:

- ein Sport- und Gymnastikraum
- ein Gruppenraum
- das Außengelände der Klinik und dabei speziell eine 15 x 10 m große Wiese
- der unmittelbar neben dem Haus gelegene Erholungspark Volkardey. Dieser Park ist ein beliebtes Naherholungsgebiet, in dem 110 ha großen Landschaftspark befinden sich zwei Seen.

Die Schwarzbachklinik Ratingen konnte eine Multifunktionsturnhalle mieten, so dass jede Kleingruppe einmal in der Woche ein intensives sport- und bewegungstherapeutisches Angebot nutzen kann. Ferner ist die Nutzung eines Sportplatzes im Setting fest verankert.

Die Schwarzbachklinik Ratingen konnte einen Kooperationsvertrag mit einem Bootsverein in Ratingen eingehen, so dass Kanu- und Drachenboot fahren ins Sporttherapeutische Angebote aufgenommen werden konnten.

4.7.7 Freizeitangebote

Die Förderung einer sinngebenden, aktiven Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel ist ein wichtiger Baustein der medizinischen Rehabilitation. Ansonsten besteht die Gefahr, dass Phasen der Langeweile durch die Einnahme von Suchtstoffen

vermeintlich ereignisreicher gestaltet werden. Es werden vielfältige therapeutisch angeleitete und auch selbsthilfeorientierte Freizeitangebote vorgehalten. Therapeutische Angebote im Bereich Sport und Freizeit bestehen regulär am Wochenende und werden den Rehabilitanden rechtzeitig per Aushang bekannt gegeben.

Es werden regelmäßig gemeinsame Freizeitaktivitäten geplant, z.B. Spaziergänge, Radtouren, sportliche Aktivitäten, Theater- und Museumsbesuche und andere Gruppenausflüge, oder auch Feierlichkeiten z.B. zum Abschied ausscheidender Rehabilitanden. Die Medien und Materialien stehen den Rehabilitanden zur selbstverwalteten Nutzung zur Verfügung. Kreative Projekte können selbständig fortgesetzt werden. Beschäftigungsmöglichkeiten bieten Kicker, Tischtennisraum, Ballspiele, Wohnzimmer mit Gesellschaftsspielen und Kreativmaterial, Fernseher. Im TD-Büro besteht Zugang zu PC und Internet. Jeder Rehabilitand hat die Möglichkeit diesen Zugang zu festen Zeiten zu benutzen. Darüber hinaus können jederzeit mit einem Mitarbeiter der Schwarzbachklinik weitere Zeitfenster vereinbart werden.

Die o.g. Angebote können teils eigenständig genutzt werden, ggfs. nach vorheriger Absprache und sporttherapeutischer Anleitung. Angeregt wird ein aktives und selbständiges sportliches Engagement, z.B. auch durch eine selbst organisierte Teilnahme an Probetrainings in Ratinger Sportvereinen oder Fitnessangeboten und den Besuch von Sportveranstaltungen während der Rehabilitation.

Außerdem werden durch die hiesige Sporttherapie regelhaft die Teilnahme an Turnieren oder Wettbewerben mit anderen Therapieeinrichtungen organisiert und so können soziale Kontakte geknüpft werden, die später außerhalb der Therapie und des Suchtmilieus beispielsweise in Ehemaligen- Mannschaften oder Sportvereinen fortgesetzt werden können.

Alle Freizeitmaßnahmen der stationären Behandlung werden durch qualifizierte Mitarbeiter angeleitet und begleitet. Die systematische Vorbereitung und Reflektion der Freizeitaktivitäten und der Gruppen- und Einzelausgänge ist ein wichtiger Bestandteil des gesamten Entwöhnungsprozesses. Ziel ist das Wiederentdecken (Ressourcenaktivierung) der durch die Abhängigkeit verloren gegangenen Hobbies, Leidenschaften und Interessen. Dies erfolgt zeitsynchron mit den cerebralen Regenerationsprozessen im Verlauf der kontinuierlichen Abstinenz.

4.7.8 Sozialdienst

Soziale Arbeit ist ein fester Bestandteil des medizinischen Rehabilitationsteams und ist damit in das gesamte Behandlungs- und Rehabilitationskonzept eingebunden. Im Einklang mit den gesetzlichen Bestimmungen erbringt der Sozialdienst in der medizinischen Rehabilitation Leistungen zur persönlichen, sozialen und beruflichen Integration und unterstützt betroffene Menschen bei der (Wieder-) Herstellung einer autonomen Lebenspraxis (vgl. Hanses/Bongartz 2002).

Allgemeine Inhalte sozialarbeiterischen Handelns im Bereich der medizinischen Rehabilitation:

- Motivierung, Begleitung und Anleitung während des Rehabilitationsprozesses
Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien
- Entwicklung von Lösungsansätzen für sozialrechtliche Problemsituationen
- Förderung der Transparenz und Compliance, Stärkung der Selbstbestimmung, ggf. temporäre Übernahme einer unterstützenden Funktion, wenn die Rehabilitanden selbst nicht in der Lage sind, ihr Selbstbestimmungsrecht wahrzunehmen
- Aktivierung von Selbsthilfepotentialen, Erschließung der persönlichen Ressourcen sowie der Ressourcen des sozialen Umfeldes
- Erschließen und Nutzbarmachen der gesetzlichen Ressourcen aller Sozialgesetze, sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Beratung, Organisation und Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung in Zusammenarbeit mit den Rehabilitanden, dem sozialen Umfeld und den nachstationären Diensten und Einrichtungen
- Beratung von Angehörigen.

Inhalte sozialarbeiterischen Handelns in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation:

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) führt in der Veröffentlichung „Berufsbezogene Maßnahmen in der medizinischen Rehabilitation“ bei den Anforderungen an die Kliniken aus:

Eine besondere Bedeutung kommt in allen Kliniken der fachlichen Beratung durch einen Sozialarbeiter oder Reha-Berater zu. Die Möglichkeit zu kurzfristiger Beratung vor Ort, zur Teilnahme an Visiten, Teambesprechungen oder das Angebot von themenbezogenen Gruppen bedeutet für die Rehabilitationskliniken eine beträchtliche Verbesserung der berufsbezogenen Ausrichtung innerhalb der medizinischen Rehabilitation. Zu Beginn der medizinischen Rehabilitation wird durch eine genaue, fachspezifische Analyse der mögliche Bedarf an berufsorientierten Behandlungsinhalten erfasst. Hieraus ergeben sich für die Soziale Arbeit in der Rehabilitation folgende Schwerpunkte, die im Katalog therapeutischer Leistungen

benannt werden und als folgende Einzelberatungs- und Therapieleistungen verschlüsselt werden:

- Sozialrechtliche Beratung
- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Eingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld (Vermittlung professioneller Schuldenberatung, Wohnungssuche usw.)
- Vorbereitung einer beruflichen Belastungserprobung
- Soziale Gruppenarbeit
- Sozialtherapie
- Vermittlung, Anbahnung, Koordination weiterer berufsintegrierende Leistungen.

Kernpunkte der sozialen Arbeit der Schwarzbachklinik Ratingen sind:

Akute und konkrete Hilfen zu Beginn:

- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen bei der Wohnungsauflösung oder polizeilichen Ummeldung
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen im Rahmen der Verhandlungen der Kostenübernahmen durch den Rehabilitationsträger bzw. die Krankenversicherung
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen bei der An- und Ummeldung bei den Jobcentern
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen bei Problemen mit der Polizei und der Justiz
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen beim Umgang mit Schulden und Gläubigern
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen beim Umgang mit Ämtern und Behörden (z.B. dem Jugendamt)
- Hilfe bzw. Vermittlung von Hilfen beim Umgang mit Partnerschafts- oder Familienkonflikten (Mediation)

Allgemeine Hilfen im Verlauf:

- Allgemeine Informationen und sozialrechtliche Beratung
- Motivierung, Begleitung und Anleitung während des gesamten Rehabilitationsprozesses
- Stärkung der Selbstbestimmung, Selbstwirksamkeit und Selbstmanagement, bzw. Hilfe bei der Wiedererlangung der Selbstbestimmung (z.B. im Betreuungsfall)
- Aktivierung und Erschließung der persönlichen Ressourcen und der des sozialen Umfeldes

- Erschließen und Nutzung der Hilfsmöglichkeiten der Sozialgesetzgebung sowie der Ressourcen des Gesundheits- und Sozialwesens
- Beratung, Organisation und Umsetzung der passgenauen Anschlussversorgung in Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld und den nachstationären Diensten und Einrichtungen
- Beratung von Angehörigen
- Beteiligung an der individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplanung, Beteiligung an der Hilfeplanung

Spezielle Hilfen im Zusammenhang mit der Teilhabe am Arbeitsleben:

- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Eingliederung in den Beruf und das soziale Umfeld
- Begleitung bei der beruflichen Belastungserprobung oder der stufenweisen Wiedereingliederung
- Soziale Gruppenarbeit, Information (Budget und Schulden, Nachsorge)

Spezielle Hilfen im Zusammenhang mit der Entlassung:

- Vorbereitung ambulanter Nachsorge und ggfs. Betreutes Wohnen
- Vermittlung teilstationärer oder ambulanter Weiterbehandlung
- Kontaktvermittlung und Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- Unterstützung bei der Wohnungssuche

Zur Erfüllung seiner Aufgaben ist der Sozialdienst eng vernetzt (u.a.):

- Rehaberater der DRV, Fallagentur
- Berufsbildungswerke, Arbeitskreise, Case Management
- Integrationsfachdienste
- Selbsthilfegruppen, Elternkreise
- Bewährungshilfe, Motivationsgruppen in der Justiz
- Schuldenberatungsstellen, Wohnungshilfe
- Betreuungseinrichtungen

4.7.9 Gesundheitsbildung, Gesundheitstraining, Ernährung und Lehrküche

Der gesamte medizinische Rehabilitationsprozess zielt auf die Anregung, Schulung und Entwicklung gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen und auf den Abbau gesundheitsschädlichen Verhaltens ab. Dies ist integrativer Bestandteil aller Therapiebereiche (Medizin, Psychotherapie, Sozialdienst, Arbeitstherapie, Sport, Pflege, Freizeit). Alle Rehabilitanden durchlaufen daher eine Reihe von generellen und individuellen Gesundheitsschulungen, gesundheitsbezogenen Vorträgen und Schulungen im Rahmen der allgemeinen Therapie und im Rahmen der Indikativgruppen.

Wöchentlich findet ein diesbezüglicher Arztvortrag statt. Darüber hinaus erfolgen regelmäßig ärztlich oder psychotherapeutisch geleitete psychoedukative Gruppen, um in der Bearbeitung einer anfänglichen Ambivalenz zu helfen.

Themen sind u.a.

- Ursachen, Definitionen und Neurophysiologie der Erkrankung
- Aufbau und Verlauf ihrer Erkrankung und der Behandlung
- Typische Gesundheitsrisiken und Folgeerkrankungen
- Neurophysiologie des Suchtgedächtnis und des Rückfalls

Im Rahmen der Visiten und ärztlichen Sprechstunden erfolgt die individuelle medizinische Beratung und Aufklärung (z.B. Hep C nach Typ oder Art. Hypertonie, etc.).

Im Rahmen der oben genannten Arztvorträge erfolgen Aufklärungen zu Themen wie:

- Medikamente und Alltagsdrogen
- Glücksspiel
- Hygiene
- Infektionskrankheiten und Sexualberatung
- Umgang mit Stress, Konflikten und Schlafstörungen
- Ernährung und Übergewicht (Einfluss der Medikamente)
- Krankheitslehre psychiatrischer Komorbiditäten
- Notfallhilfe, Brandschutz, Arbeitssicherheit u.s.w.

Die theoretischen Schulungen finden als Vorträge und Referate statt. Sie werden überwiegend von den Ärzten, Psychotherapeuten und der Diätassistentin durchgeführt.

Projektgruppe Ernährung/ Adiposifit: Die Darstellung der Kausalzusammenhänge mit intensiver Vermittlung von Grundlagenwissen zum Thema gesunder Ernährung sollen erarbeitet werden. Mit Hilfe von Ess-Protokollen sowie Befindlichkeitsprotokollen nach der Nahrungsaufnahme soll das neue Wissen langfristig gefestigt werden. Ergänzt wird das ökotrophologische Angebot durch ein auf die besonderen Bedürfnisse der Rehabilitanden zugeschnittenes Sportangebot.

Lehrküche:

Jeder Rehabilitand besucht mindestens zweimalig im Behandlungsverlauf die Lehrküche. Die Lehrküche bereitet in einem praktischen Training auf den bevorstehenden Alltag vor. Es erfolgt die Erstellung eines ausgewogenen Speiseplans unter Berücksichtigung begrenzter finanzieller Mittel. Hier werden die Einkaufsplanung, die Menüauswahl unter saisonalen Erwägungen und das angeleitete Kochen vorgenommen. Einfache, schmackhafte, gesunde und hierbei alltagstaugliche Rezepte werden in der Lehrküche erprobt und in ihren Variationsmöglichkeiten vorgestellt. Die Leitung wird in Kooperation mit der katholischen Familienbildungsstätte Ratingen und in Begleitung unserer Ökotrophologin in den Räumlichkeiten unseres Kooperationspartners vorgenommen, diese entsprechen den Strukturanforderungen der Rentenversicherung. Unter Anleitung einer Diätassistentin finden individuelle praktische Kochübungen im Rahmen der Lehrküche, z.B. für Diabetiker, Mütter, etc. (entsprechend den Empfehlungen der Deutsche Gesellschaft für Ernährung) statt.

Ausschlaggebend für eine gesunde Lebensweise ist jedoch eine Änderung des Lifestyle-Verhaltens. Dies ist ein Ziel u.a. der Freizeit- und Sporttherapie und integraler Bestandteil unserer Klinik.

Die Ernährung und die bewusste Nahrungsaufnahme haben daher einen besonderen Stellenwert. Die Essenseinnahme erfolgt gemeinsam unter Beachtung sozialer Konventionen (angemessenes Verhalten und Kleidung).

4.7.10 Arbeit mit Angehörigen und Bezugspersonen

Von der Suchterkrankung eines Familienmitglieds sind meist alle anderen Familienmitglieder betroffen, und die Beziehungen zu Angehörigen, Partnern/ Partnerinnen und Kindern sind häufig vielfältig belastet (vgl. Hüllinghorst 1996, Lindenmeyer 2005). Zudem kann die Klärung der Beziehungen zu den Angehörigen eine wichtige Grundlage für die Suchtmittelabstinenz und die nachhaltige Veränderung der persönlichen Lebensführung sein. Angehörige haben Ressourcen, die für einen effektiven Behandlungsverlauf genutzt werden können. Daher werden

wichtige Angehörige und Bezugspersonen systematisch in die medizinische Rehabilitation einbezogen; dies wird durch die Wohnortnähe bzw. die gute Verkehrsanbindung der Rehabilitationseinrichtung erleichtert.

Die Einbeziehung von Angehörigen erfolgt systematisch und indikationsgeleitet durch:

- therapeutische Familien- und Paargespräche
- Eltern-Kind-Arbeit: therapeutische Unterstützung bei der Übernahme der Mutter- bzw. Vaterrolle und Verantwortung in der Beziehungsgestaltung zu den Kindern
- Kontakt-, Besuchs- und Ausgangsmöglichkeiten mit therapeutischer Vor- und Nachbereitung
- fachliche Beratung für Angehörige
- Paartherapie.

In der stationären Behandlung können die Beziehungen zur eigenen Familie oder zu Angehörigen neu gestaltet, einseitige Schuldzuweisungen aufgelöst und die Bedeutung der Erkrankung für das gesamte soziale System verdeutlicht werden. Suchtfördernde Faktoren, sofern sie das Familiensystem betreffen, werden mit den Beteiligten in Angehörigengesprächen analysiert. Veränderungsprozesse, die der Abhängigkeitskranke durchläuft, werden von den Angehörigen sukzessive mit vollzogen. Dadurch wird der Anpassungsprozess für die veränderte Lebenssituation des Familiensystems unterstützt, neue Kommunikationsmuster können ausprobiert und Verantwortlichkeiten neu geordnet werden. Die soziale Unterstützung der Rehabilitanden durch Eltern und/ oder Partner/ Partnerinnen kann eine wesentliche Hilfe zur Überwindung der Abhängigkeit sein; dabei müssen die Bedürfnisse, Möglichkeiten und Grenzen der Rehabilitanden und ihrer Angehörigen gleichermaßen und angemessen berücksichtigt werden. Um zu tragfähigen und übergangsfähigen Lösungen zu kommen, sind Informationen zum Suchtverlauf, zur Abhängigkeitserkrankung und zu weiteren gesundheitlichen Einschränkungen ebenso notwendig wie die begegnende Auseinandersetzung mit Zukunftsperspektiven.

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfall bedeutet die erneute Einnahme von Drogen, Alkohol oder nicht ärztlich verordneten Medikamenten- im Sinne einer Abstinenzunterbrechung - aber nicht im Sinne eines kompletten Rückfalls in vortherapeutisches Verhalten. Darüber hinaus bedeutet Rückfall ebenfalls die Reaktivierung/ das erneute Ausüben einer nicht stofflichen Abhängigkeit, bspw. das Spielen an Glückspielautomaten bei pathologischem Spielen. Die therapeutische Bearbeitung eines Rückfalls hat einen besonderen Stellenwert, um das Rehabilitationsziel einer stabilen Abstinenz als

Voraussetzung der gesellschaftlich-sozialen Teilhabe zu erreichen. Heilungsprozesse verlaufen nicht linear, sondern spiralförmig, sind vielschichtig und wechseln zwischen Phasen des Erfolgs, des Fortschritts, der Stagnation und des Scheiterns (Prochaska & DiClemente 1997). Im Ausstiegsprozess aus der meist jahrelangen Abhängigkeit sind Rückfälle durchaus zu erwarten und nicht die Ausnahme. Der Weg aus der Abhängigkeit braucht Zeit und eine entmystifizierte und entdramatisierende, annehmende Sicht des Rückfalles (vgl. Körkel 1991, 1995). Die Bewertung eines Rückfalls muss immer davon ausgehen, dass dieser ein Symptom der Grunderkrankung ist. Diese Sicht wird jedoch begleitet von dem Wissen, dass jede Abstinenzunterbrechung und jeder Rückfall eine Reaktivierung des Suchtgedächtnisses impliziert und damit den Therapieverlauf im Regelfall verkompliziert und mitunter verlängern kann.

Das Rückfallkonzept der Schwarzbachklinik ermöglicht eine individuell angemessene Strategie und ein koordiniertes Miteinander mit den Leitprinzipien Klärung, Differenzierung des Rückfalls und Transparenz. Das Rückfallkonzept wird gegenüber den Rehabilitanden veröffentlicht, um u.a. der Tabuisierung des Rückfallthemas sowie verdeckten Rückfällen zu begegnen. Sämtliche Entscheidungen über die Anwendung und Durchführung des Rückfallkonzeptes bei den jeweiligen Rehabilitanden obliegen der fachärztlichen Leitung.

Rückfallvorbeugung:

Drogen- und alkoholverherrlichende Gespräche sind in der Klinik nicht erwünscht und werden soweit möglich unterbunden. Ausgänge sind im Verlauf des therapeutischen Prozesses nicht nur erwünscht, sondern auch im Sinne einer Belastungserprobung therapeutisch indiziert. Nach der Rückkehr aus dem Ausgang werden die Rehabilitanden einer Atem-Alkoholkontrolle unterzogen und Auffälligkeiten werden durch die diensthabenden Mitarbeiter thematisiert.

Rückfallerkennung:

Täglich finden morgens und abends, sowie unregelmäßig bei allen Rehabilitanden Atemalkoholkontrollen statt. Drogen-Urinkontrollen unter Sicht des medizinischen Personals finden bei Aufnahme, regelmäßig im Verlauf, nach jedem Übernachtungsausgang, bei Verdacht und zusätzlich nach dem Zufallsprinzip, bei allen Rehabilitanden statt. Für die meisten Fragestellungen hält die Klinik Schnelltests vor.

Besondere Untersuchungen im Blut oder nach künstlichen Drogen oder Medikamenten im Urin werden auf ärztliche Veranlassung in einem Großlabor in Auftrag gegeben. Ein absichtliches Verzögern der Atemalkoholkontrolle oder der

Urinabgabe durch den Rehabilitanden wird ebenso wie das Vorhandensein von eindeutigen Intoxikationszeichen, auch ohne konkreten Labornachweis thematisiert.

Rückfallklärung:

Bei einem Rückfall gilt besonnenes Handeln. Im Regelfall wird der Rehabilitand umgehend in das sogenannte "Krisenzimmer", welches sich in unmittelbarer Nachbarschaft zum Schwestern- und Bereitschaftszimmer befindet, verlegt, so dass eine engmaschige Überwachung durch das medizinische Team sichergestellt werden kann. Die Überprüfung und Sicherstellung der kardiopulmonalen Stabilität des rückfälligen Rehabilitanden erfolgt durch die ärztlichen Mitarbeiter, außerhalb der Regelarbeitszeiten leisten diese den ärztlichen Hintergrunddienst und werden die Untersuchung des Rehabilitanden, sofern erforderlich in der Klinik vornehmen. Eine Verlegung in eine der kooperierenden Kliniken ist bei kardiopulmonaler Instabilität sowie bei akuten Gefährdungsaspekten (Eigen- und Fremdgefährdung unter Intoxikationsbedingungen) vorgesehen. Sofern möglich, wird die Behandlung in der Schwarzbachklinik zur weiteren Klärung und Differenzierung des Rückfalls fortgeführt.

Der Rückfällige tritt in eine mehrtägige Klärungsphase ein. Bei einer Verlegung des Rehabilitanden in eine andere akutsomatische oder akutpsychiatrische Klinik wird der jeweilige Leistungsträger informiert. Nach Detoxikation, bzw. sobald die Rehabilitationsfähigkeit wiederhergestellt ist, werden bei ausreichender somatischer und psychischer Stabilität gemeinsam die Umstände des Rückfalls evaluiert. Dies erfolgt entweder mit dem zuständigen Bezugstherapeuten sowie ggfs. mit der ärztlichen Leitung. Ferner ist eine Aufarbeitung des Rückfalls in der Bezugsgruppe vorgesehen. In Ausnahmefällen ist eine Aufarbeitung im Rahmen einer Großgruppe möglich. Bei vorhandener Motivation und Kooperationsbereitschaft des/der Betreffenden kann i.d.R. das therapeutische Arbeitsbündnis erhalten bzw. wieder hergestellt und damit die stationäre Rehabilitation fortgesetzt werden. Entscheidend ist, ob bei Würdigung der Gesamtumstände (z.B. bisherige Entwicklung, rückfallauslösende Faktoren, etc.) durch die Fortführung der Behandlung die Therapieziele realistisch erreicht werden können. Die Letztverantwortung über die Beendigung oder das Fortführen der Rehabilitation trägt dabei die ärztliche Leitung.

Der rückfällige Rehabilitand muss seinen Rückfall einer Verhaltensanalyse unterziehen und sich offen seinem Rückfall stellen. Ein Rückfall wird als schwerwiegendes therapiegefährdendes Verhalten eingestuft. Für alle schwerwiegenden therapiegefährdenden Verhalten gilt u.a.:

- Überprüfung der Arbeitsfähigkeit und gegebenenfalls Wechsel des Arbeitstherapie- und Verantwortungsbereichs.

- Gemäß unseres Phasenmodells werden im Vorfeld geplante Wochenend- oder Heimfahrten ausgesetzt. Bis zur abschließenden therapeutischen Klärung erfolgt die weitere Behandlung "auf Probe".
- Gemeinsam mit dem Kostenträger muss überlegt werden, ob der Rückfall eine Verlängerung der Therapie über den geplanten Zeitraum hinaus erfordert.

Dagegen erfolgt i.d.R. eine vorzeitige Entlassung, wenn

- das Rehabilitationsziel auch bei einer ggfs. vorzunehmenden Anpassung der Behandlungsdauer nicht mehr erreichbar scheint,
- eine entwicklungsfähige Abstinenzmotivation fehlt,
- eine negative oder destruktive Einstellung gegenüber der Entwöhnungsbehandlung besteht,
- dissoziale Impulse überwiegen (z.B. massive Gefährdung anderer Rehabilitanden). Das Hereinbringen oder Weitergeben von Drogen in die Einrichtung bedeutet die definitive Beendigung der Therapie.

Ausgehend von therapeutischen Erwägungen im Rahmen unseres Rückfallkonzeptes behalten wir uns vor, einzelfallbezogene Entscheidungen zu treffen.

Wird ein Rehabilitand nach abschließender ärztlicher Leitungsentscheidung vorzeitig entlassen oder bricht der Rehabilitand die Behandlung gegen ausdrücklichen ärztlichen und therapeutischen Rat ab, so bemühen wir uns intensiv darum, dass er möglichst im Suchthilfesystem verbleibt. Dies bedeutet, dass der Rehabilitand, wenn möglich, von der Einrichtung aus Kontakt zur Drogenberatung und ggfs. mit der Staatsanwaltschaft aufnimmt, um die weitere Perspektive zu klären und dass wir uns für die Vermittlung in eine andere Einrichtung der Suchthilfe einsetzen. Besteht akute Eigen- oder Fremdgefährdung, erfolgt die Verlegung in ein akutpsychiatrisches Krankenhaus.

Es ist dabei darauf zu achten, dass der Rehabilitand sein Scheitern nicht als vollständige Niederlage erlebt, sondern geordnet mit einer gewissen Zukunftsperspektive entlassen werden kann. Er soll erkennen, dass er auf diese Weise ("Vertuschen", wiederholte Rückfälle) nicht aus der Abhängigkeit entkommt und daher beim nächsten Versuch eine alternative, erfolgversprechendere Strategie wählen sollte. So werden Wege aufgezeigt, die nicht in Selbstaufgabe und Destruktivität enden. Auch disziplinarische Entlassungen erfolgen im Regelfall so, dass der Rehabilitand geordnet nach Hause fahren kann und seine weiterbehandelnde Suchtberatungsstelle ausreichend und rechtzeitig informiert ist.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Schwarzbachklinik sind examinierte Krankenpflegekräfte für alle ärztlich angeordneten Pflegemaßnahmen, speziell für die Mitbehandlung von Begleit- und Folgeerkrankungen zuständig. Dies erfolgt unter Aufsicht und Kontrolle der fachärztlichen Leitung.

Das Krankenpflegepersonal stellt die Tagesmedikation bereit, sorgt für die Ausgabe der Medikamente und überprüft und dokumentiert die Einnahme. Es kontrolliert gemäß ärztlicher Anordnung regelmäßig nach Vorgabe Blutdruck, Puls, Temperatur, Gewicht, Blutzucker und führt ggfs. Injektionen sowie EKG's durch. Die Krankenpfleger/innen legen Verbände an und führen Salbenanwendungen und Einreibungen durch. Alle erhobenen Parameter und alle Pflegemaßnahmen werden in der Patientenakte dokumentiert. Die medizinischen und pflegerischen Informationen aus dem Tag- und Nachtdienst werden anhand der elektronischen Übergabe (Intranet) sowie der regulären Übergaben im Behandlungsteam kontinuierlich weitergegeben.

Auch die angeordneten Alkohol- und Drogenscreenings werden per Atemalkohol- und Urinkontrollen vom Krankenpflegepersonal durchgeführt und dokumentiert. Die Krankenpflegekräfte überprüfen regelmäßig, u.a. auch anhand morgendlicher, abendlicher und stichprobenartiger nächtlicher Zimmerrundgänge, die Befindlichkeit und Vitalfunktionen aller Rehabilitanden und sorgen bei Auffälligkeiten für schnelle ärztliche Hilfe. Bei akuten interkurrenten Erkrankungen ist das Krankenpflegepersonal in der Lage, eine vitale Gefährdung zu erkennen, Sofortmaßnahmen und ggfs. das Notfallmanagement einzuleiten, erste Hilfe zu leisten und die ärztlichen Anordnungen umzusetzen. Im Nachtdienst, der überwiegend durch das Krankenpflegepersonal gewährleistet ist, überwacht es den psychischen und physischen Zustand der Rehabilitanden und steht in telefonischem Austausch mit dem fachärztlichen Hintergrunddienst. Darüber hinaus koordiniert das Krankenpflegeteam den Apotheken- und Laborbedarf (Beschaffung und Lagerung), sowie die Beschaffung von Wäsche, Pflege- und Hygieneartikeln. Es sorgt für die Einhaltung der Hygienestandards im medizinischen Bereich und im Aufenthaltsbereich der Rehabilitanden einschließlich Desinfektion von Flächen, Instrumenten, Betten, Inhalatoren u.ä. und Reinigung einzelner Bereiche. Zudem führen die Krankenpflegekräfte je nach Qualifikation unter fachärztlicher Aufsicht indikative Einzel- und Gruppenmaßnahmen zur Gesundheitsförderung durch, z.B. Hygieneschulungen. Sie arbeiten aktiv bei der Vorbereitung und Durchführung von Gesundheitsschulungen, medizinischen Vorträgen und psychoedukativen Maßnahmen mit. Darüber hinaus übernehmen sie administrative und pflegerische Aufgaben im Aufnahme- und Entlassungsprozedere.

Gestaltung des rehabilitativen Milieus und der Rehabilitanden-Mitverwaltung

Die einfühlsame Begleitung während der Rehabilitation, aber auch das Einfordern und Aufrechterhalten von klaren Strukturen, ist eine wichtige Aufgabe der rehabilitativen Pflege im Kontext von Abhängigkeitserkrankungen. Dazu gehören aktives Zuhören insbesondere bei Craving, Abbruchgedanken oder Lebensüberdruß, aber auch die Arbeit mit Angehörigen und die Anleitung von Freizeitaktivitäten am Abend und am Wochenende.

Die Aufnahme in eine stationäre Suchttherapie-Einrichtung ist eine schwerwiegende Veränderung für jeden Menschen, verdeutlicht sie doch für alle sichtbar den Verlust der Selbständigkeit und der Autonomie (Abhängigkeitserkrankung). Die Klinikaufnahme wird häufig von Verzweiflung, Trauer und Orientierungslosigkeit begleitet. Hier hilft insbesondere die Pflege am Abend und am Wochenende mit einer wertschätzend-empathischen und aufmunternden Grundhaltung, die Ambivalenz zu besiegen und einen gelungenen Start in ein abstinentes Leben zu beginnen.

4.7.13 Weitere Leistungen

Die Verknüpfung mit poststationären Maßnahmen z.B. im Rahmen von Anschlussbehandlungen, sowie weiterführenden Maßnahmen und Hilfen spielt für die Sicherung und den Erhalt des Rehabilitationserfolges eine wesentliche Rolle. So entfalten stationäre Programme erst in Kombination mit weiterführenden Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen eine nachhaltige Wirksamkeit. Darüber hinaus entlastet die Weiterbehandlung einige Rehabilitanden auch von ihrem Überforderungsgefühl, alle Probleme innerhalb der stationären Behandlung lösen zu müssen. Die Indikation zu weiterführenden Leistungen wird im Regelfall vom Bezugstherapeuten und dem Rehabilitanden vorbereitet und vor Eintritt in die Ablösephase unter fachärztlicher Beteiligung gestellt und im individuellen Behandlungsplan fortgeschrieben. Darüber hinaus wird in den Räumlichkeiten der Klinik wöchentlich eine Selbsthilfegruppe angeboten, so dass die Rehabilitanden die Möglichkeit haben, die Angebote einer Selbsthilfegruppe bereits während der Behandlung kennen zu lernen.

Für unsere Rehabilitanden (auch im Anschluss an die Adaptionsbehandlung) eröffnet die weitere Vermittlung in Angebote der ambulanten nachstationären medizinischen Rehabilitation (ARS) die Möglichkeit einer individuell flexiblen Behandlung und der nachhaltigen Förderung und Stabilisierung der (erreichten) sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe.

Ausgänge/ Heimfahrten/ Realitätstraining

Der vorrangige Auftrag für die Leistungserbringer in der medizinischen Rehabilitation besteht darin, die Erwerbsfähigkeit der Versicherten wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Um dieses Ziel der Kostenträger zu erfüllen, ist es notwendig, die Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Umfeld zu ermöglichen. Während der stationären Rehabilitation wird an der Förderung und dem Ausbau der sozialen Kompetenzen, an der Erarbeitung einer Tagesstruktur, dem Ausbau und der Pflege des sozialen Netzwerks gearbeitet. Ferner wird die Kontaktaufnahme und Kontaktgestaltung im Sinne eines Behörden-/ Ämtertrainings vorgenommen. Die Indikativgruppe „Budget“ dient der Entwicklung eines zielorientierten und konstruktiven Umgangs mit den eigenen finanziellen Ressourcen. Darüber hinaus besteht im Rahmen der Indikativgruppe Bewerbungstraining die Möglichkeit, eine adäquate Bewerbungsmappe zu erstellen sowie ein Training zur Durchführung eines Vorstellungsgesprächs zu absolvieren.

Außerdem sind Ausgänge und Heimfahrten im Sinne von Belastungserprobungen, externe Praktika sowie eine Realitätstraining ergänzend angedacht.

Ausgänge

Ausgänge erfolgen regelhaft im Sinne einer Belastungserprobung in der Schwarzbachklinik. Einige Rehabilitanden nehmen die Behandlung übergangslos aus einer JVA auf, hier ist nach Aufnahme am Aufnahmetag bzw. in den ersten Behandlungstagen ein begleiteter Ausgang zur Besorgung von Hygieneartikeln, etc. oftmals notwendig, darüber hinaus sind Ämtergänge im Verlauf der ersten Behandlungstage regelhaft erforderlich, die Begleitung erfolgt durch den Paten. Ab dem achten Behandlungstag sind begleitete Ausgänge mit einem Mitrehabilitanden in das Ratinger Stadtgebiet in der Zeit zwischen 19- und 21 Uhr und am Wochenende zwischen 14 und 18 Uhr vorgesehen. Mit dem Wechsel in die Behandlungsphase II sind tägliche Einzelausgänge (wochentags von 17 bis 21 Uhr und am Wochenende von 12 bis 21 Uhr) in das Ratinger und Düsseldorfer Stadtgebiet möglich. Darüber hinaus können Ausgänge außerhalb dieser Zeiten beantragt werden, um Wohnungsbesichtigungen, Vorstellungsgespräche, externe Arztbesuche, Besuchskontakte mit eigenen Kindern, etc. zu ermöglichen.

Heimfahrten

Heimfahrten sind ab der 8. Behandlungswoche möglich. Initial ist eine tageweise Rückkehr in das häusliche Umfeld angedacht. Im Verlauf sind im Abstand von 2 Wochen Heimfahrten mit Übernachtung im Sinne einer Belastungserprobung nach therapeutischer Indikation möglich. Die Heimfahrten werden im therapeutischen Kontext vorbereitet und entweder im Rahmen der „Heimkehrerrunde“ oder in der

Bezugstherapiegruppe nachbesprochen. Hier stehen die Auseinandersetzung mit Hochrisikosituationen, familiären Kontextfaktoren, planendem Verhalten und der Umgang mit Craving, alltäglichen Situationen etc. im Vordergrund. Mit Wechsel in die Ablösephase (Phase III) sind wöchentliche Heimfahrten mit Übernachtung angedacht. Diese Ausweitung der Heimfahrten /Belastungserprobungen dient der Entlassvorbereitung.

Realitätstraining

Realitätstrainings werden während der medizinischen Rehabilitation, sofern nicht anders erforderlich ab der 8. Behandlungswoche, ermöglicht. Diese können einerseits die Kontaktaufnahme zu einem Arbeitgeber, einer Nachsorgeeinrichtung, einem gesetzlichen Betreuer, die Auflösung einer Wohnung, Gerichtsverfahren, Behördengänge etc. umfassen und werden möglichst in Verbindung mit einer Heimfahrt vorgenommen. Hier wird die übergangslose Vermittlung in den Arbeitsmarkt sowie die abschließende Klärung der sozialen Perspektive (Partnerschaft, Familie, Wohnung, etc.) angestrebt. Es wird darauf geachtet, dass im gesamten Behandlungsverlauf nicht mehr als 5 Tage durch Realitätstrainings beansprucht werden.

Weitere Nachsorgeleistungen

Alle Rehabilitanden werden während der stationären Therapie über die verschiedenen Möglichkeiten der ambulanten und stationären Nachsorge informiert.

Zu den wichtigsten Anschlussangeboten gehören eine Adaption, die Vermittlung in eine ambulante nachstationäre medizinische Rehabilitation (ARS) sowie betreute Wohnformen. Hinzu kommen weitere Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, sowie die Vermittlung an Selbsthilfegruppen und niedergelassene Psychotherapeuten. Im Regelfall wird bereits während der stationären Rehabilitation der entsprechende Kontakt hergestellt und ein Erstgespräch geführt:

Ambulante nachstationäre Rehabilitation (ARS): Gerne vermitteln wir unsere Rehabilitanden zur ARS zurück an die überweisenden Beratungsstellen, sofern diese ein ARS Angebot vorhalten. Alternativ vermitteln wir in Absprache mit den Rehabilitanden in wohnortnahe Nachsorgeeinrichtungen.

Selbsthilfegruppen: Einen großen Beitrag zur Aufrechterhaltung der Abstinenz leisten die Vielzahl der Selbsthilfegruppen (Anonyme Alkoholiker, narcotics anonymous, Blaues Kreuz, Kreuzbund, etc.) Wir bieten entsprechenden Gruppen an,

sich bereits während der stationären Therapie in unserer Fachklinik den Rehabilitanden vorzustellen um eine wohnortnahe Kontaktaufnahme vorzubereiten. Die Teilnahme an der seitens der Schwarzbachklinik organisierten Selbsthilfegruppe ist für die Rehabilitanden der Ablösephase obligat.

Arbeitsmarkt: Zentraler Baustein innerhalb der Ablösephase der stationären Therapie ist die Wiedereingliederung des Rehabilitanden in den Arbeitsmarkt. Im Idealfall handelt es sich um den ehemaligen Arbeitgeber, welcher durch entsprechende vertrauensbildende Kontaktaufnahmen und durch die Optimierung der Entlassung unterstützt wird. Anderenfalls helfen wir bei der rechtzeitigen Kontaktaufnahme mit dem zuständigen Jobcenter.

Teilhabeleistungen: Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, werden diese durch den ärztlichen Dienst der Schwarzbachklinik noch während der stationären Rehabilitation unter Hinzuziehung der zuständigen Agentur für Arbeit, eingeleitet. Sofern erforderlich werden Termine im Servicezentrum der zuständigen Rentenversicherung vereinbart.

Integrationsmaßnahmen: Bei Indikation und Bedarf vermittelt die Schwarzbachklinik auch in andere Integrationsmaßnahmen, z.B. in Maßnahmen der Jugendhilfe für junge Volljährige oder die der Sozialhilfe.

Familie: Bei Bedarf hilft die Schwarzbachklinik bei der Vermittlung einer notwendigen Paar- und Familientherapie oder Mediation und berät zusammen mit dem Rehabilitanden und dem zuständigen Jugendamt über das weitere Vorgehen.

Wohnen: Bei Bedarf hilft die Schwarzbachklinik Ratingen bei der Vermittlung von Hilfen der Wohnungslosenhilfe.

Justiz: Bei gerichtlichen Auflagen oder im Rahmen von Maßnahmen nach §35 BtmG kooperiert die Schwarzbachklinik mit den Einrichtungen der Bewährungshilfe (z.B. durch die Übermittlung der geforderten Drogen-Urintests) und der Staatsanwaltschaft (bei Therapieabbrüchen oder geplanten Therapieverkürzungen), um die geplante Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Eine diesbezügliche Schweigepflichtsentbindung wird nach entsprechender Aufklärung bereits bei Aufnahme eingeholt.

Durch diese Hilfen werden die Rehabilitanden aktiv darin unterstützt, zur Sicherung und zum Erhalt des Rehabilitationserfolges mögliche Anschlussmaßnahmen bereits im Therapieverlauf kennenzulernen, Kontakte vor Ort herzustellen und sich zu bewerben.

4.7.14 Beendigung der Leistung der medizinischen Rehabilitation

Mit der Entlassungsvorbereitung wird in allen Bereichen der Schwarzbachklinik spätestens mit Beginn der Ablösephase begonnen. Die laufende Überprüfung (Verlaufsdagnostik) der Therapiezieelerreichung gemäß der individuellen Behandlungsplanung liefert Kriterien zur fachärztlichen Planung und gegebenenfalls zur Modifikation des Entlassungszeitpunktes. Während der medizinischen Rehabilitation erfolgt mit dem Rehabilitanden eine sorgfältige Vorbereitung der Entlassung in eine selbständige, abstinente Lebensführung oder der Überleitung in indizierte und bedarfsgerechte Anschlussmaßnahmen (siehe auch nachfolgende und weiterführende Leistungen).

In abschließenden Untersuchungen und therapiereflektierenden Gesprächen werden der Verlauf und der erreichte Rehabilitationsstand von den zuständigen Mitarbeitern aller Funktionsbereiche (Medizin, Psychotherapie, Ergo- und Arbeitstherapie, Sozialdienst, Sporttherapie und Pflege) mit den Rehabilitanden bilanziert.

Besonders wichtige Kennzeichen für einen erfolgreichen Abschluss der medizinischen Rehabilitation sind unter anderen:

- ein Arbeitsplatz ist vorhanden oder mindestens absehbar
- etwaige weitere berufliche Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sind beim Leistungsträger beantragt
- eine selbständige Wohnform bzw. ein Platz in einer betreuten Wohnform ist vorhanden
- die Frage einer geeigneten Nachsorge ist geklärt
- es bestehen Kontakte zu einem supportiven sozialen Umfeld
- Selbsthilfegruppen wurden besucht, die mögliche Fortsetzung der Selbsthilfe ist vorbereitet

- ein sinnvolles Freizeitverhalten, durch die Einbindung in entsprechende Strukturen, ist etabliert
- die körperliche Gesundheit und Leistungsfähigkeit ist gebessert, lange aufgeschobene aber notwendige medizinische Behandlungen sind begonnen oder in die Wege geleitet (Zahnbehandlung, Interferonbehandlung, etc.)
- die Rehabilitanden fühlen sich grundsätzlich gesünder, selbstsicherer, kontakt-, liebes- und genussfähiger und können sich als liebenswerte und abstinente lebende Mitglieder erfahren und an der Gemeinschaft teilhaben.

Frühestens drei Tage vor dem Entlassungstermin erfolgt die fachärztliche Entlassungsuntersuchung mit einer ausführlichen sozialmedizinischen Beurteilung.

Die medizinische Rehabilitation wird mit einem ärztlichen Entlassungsbericht abgeschlossen, der die Beurteilungen des interdisziplinären Behandlungsteams integriert. Dieser wird rechtzeitig nach den Vorgaben der Leistungsträger erstellt und versandt. Der Entlassungsbericht enthält die Diagnosen, Angaben zur Anamnese und zum Rehabilitationsverlauf, die Verschlüsselung der therapeutischen Leistungen gemäß KTL und die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung, sowie Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen.

Vorzeitige Entlassung:

Eine vorzeitige Entlassung kann aus disziplinarischen Gründen erfolgen, insbesondere, wenn der Rehabilitand anhaltend nicht zu einer Zusammenarbeit mit dem therapeutischen Team (fehlendes therapeutisches Bündnis) bereit ist, oder bei massiven Regelverstößen gegen die Kardinalregeln (Gewalt oder Androhung von Gewalt einschließlich der Provokation dazu, wiederholte rassistische oder sexistische Beleidigungen, wiederholter Verstoß gegen die Brandschutzvorschriften). (Siehe auch Rückfallmanagement).

Eine vorzeitige Entlassung kann aus medizinischen Gründen erfolgen, wenn absehbar wird, dass die grundlegenden Rehabilitationsziele nicht erreichbar sind (z.B. der Rehabilitand ist „zu eingeschränkt“ und die Rehabilitationsfähigkeit ist unzureichend gegeben). Hier erfolgt die Kontaktaufnahme zum aktuellen Leistungsträger, um die weitere Behandlungsplanung, gegebenenfalls mit einem anderen Leistungsträger, abzustimmen.

Eine vorzeitige Entlassung erfolgt mit ärztlichem Einverständnis, wenn die Therapieziele vorzeitig erreicht wurden (z.B. Integration in den Arbeitsmarkt und daher ambulante Weiterbehandlung ausreichend).

5. Ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation

In Absprache mit den Leistungsträgern ist es möglich, die Behandlung in der Schwarzbachklinik Ratingen in Form einer ganztägig ambulanten Rehabilitation in Anspruch zu nehmen. Hier verfügt die Schwarzbachklinik über insgesamt zwei Plätze. Unser ganztägig ambulantes **Therapieangebot** (siehe Kapitel 4.6 und 4.7) und die **Rehabilitationsziele** (siehe Kapitel 4.3) entsprechen denen der stationären Entwöhnungsbehandlung mit dem Unterschied, dass die Rehabilitanden hier nicht auf den stützenden, strukturierten Rahmen der Einrichtung abends und am Wochenende angewiesen sind, so dass hier eine kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Lebensumfeld der Rehabilitanden ermöglicht werden kann. Die **Rehabilitationsplanung** und **–diagnostik** erfolgt analog zur individuellen Rehabilitationsplanung in der stationären Entwöhnungsbehandlung (siehe Kapitel 4.5 und 4.7.2).

Damit eine ganztägig ambulante Rehabilitation nahtlos aus einer qualifizierten Entgiftungsbehandlung ermöglicht werden kann, bieten wir die Prüfung der Indikation und der Voraussetzungen einer ganztägig ambulanten Rehabilitation im Rahmen eines Vorgesprächs mit der ärztlichen Leitung/ dem Chefarzt an. Um die Abstinenzfähigkeit des Rehabilitanden fachlich fundiert einschätzen zu können, ist im Vorfeld dieses Gesprächs eine Übersendung der Vorbefunde erforderlich.

Folgende Informationen sind vorab erforderlich:

- detaillierte Anamnese der Entwicklung der Abhängigkeitserkrankung einschließlich Angaben zur Abstinenz.
- bisherige psychosoziale Diagnostik.
- Begleit- und Folgekrankheiten auf somatischem und psychischem Gebiet.
- Art, Häufigkeit und Umfang von Vorbehandlungen wegen der Abhängigkeitserkrankung einschließlich der Betreuung in Beratungsstellen.
- Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Sofern eine ausschließliche ganztägig ambulante Therapie in Anspruch genommen wird, ist eine **Behandlungsdauer von bis zu 20 Wochen** angedacht.

Sofern sich im Verlauf der stationären Entwöhnungsbehandlung abzeichnet, dass eine Fortführung im ganztägig ambulanten Setting im Sinne einer **ganztägig ambulanten Entlassphase** indiziert ist, bieten wir diese Behandlungsform dem jeweiligen Rehabilitanden an und treten in Kontakt mit dem Rehabilitationsträger, um eine Umwandlung der Behandlung zu ermöglichen. Die Überleitung in eine ganztägig ambulante Entlassphase ist bis zu 12 Wochen vor Entlassung angedacht und möglich.

Indikationskriterien für eine ganztägig ambulante Rehabilitation

Folgende Kriterien bilden die Grundlage für die Indikationsstellung zur ganztägig ambulanten Rehabilitation in Abgrenzung zur stationären Rehabilitation:

- Die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden.
- Der Rehabilitand benötigt weiterhin ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot.
- Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbständig abstinent zu leben.
- Ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequenter Einsatz psycho- und sozialtherapeutischer und unterstützender Behandlungsmethoden ist weiterhin erforderlich.
- Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden.
- Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion.
- Ausreichende Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation.
- Ausreichende Belastbarkeit, um am Rehabilitationsprogramm teilzunehmen und während der ganztägig ambulanten Rehabilitation abstinent zu bleiben.
- Der Rehabilitand kann die Schwarzbachklinik Ratingen in einer angemessenen Fahrzeit (bis zu 45 Minuten) erreichen.

Kontraindikationen für eine ganztägig ambulante Rehabilitation sind:

- Akute Suizidalität (ICD10: F32.2 /R45.8)
- floride Psychosen mit Handlungsrelevanz (ICD10: F20.0 bis 29.0)
- Instabile Epilepsien (ICD10: G40.9)
- Pflegebedürftigkeit (ICD10: Z74.)
- gravierende hirnorganische Schädigung (ICD10: F00 bis F09)
- Intelligenzminderung mit gravierender Beeinträchtigung der kognitiven und emotionalen Einsicht in die eigene Abhängigkeit und der Introspektionsfähigkeit. (ICD10: F70 bis F79)
- vorrangig akutmedizinischer Behandlungsbedarf
- Unzureichende Abstinenzfähigkeit
- Unzureichende Mobilität
- Vorliegen eines den Rehabilitationserfolg behindernden Umfelds (bspw. massive familiäre Konflikte, destruktive Partnerbeziehungen, instabile Wohnsituation, etc.).
- Unzureichende Fähigkeit und/oder Bereitschaft zur Einhaltung des Behandlungsprogramms.

Für unsere Rehabilitanden in ganztägig ambulanter Rehabilitation beginnt die Teilnahme am Behandlungsprogramm um 08:00 Uhr mit der Teilnahme an der „Morgenrunde“ und endet täglich (Montag bis Freitag) um 16:15 Uhr. Sofern das Therapieprogramm ein späteres Programm (Indikativ- und/oder Projektgruppen) vorhält, wird dem Rehabilitanden selbstredend eine Teilnahme angeboten. Darüber hinaus bieten wir selbstverständlich geschlechtsgetrennte Ruheräume sowie Umkleide-, Wasch- und Duschkmöglichkeiten für Pausen, etc. Diese Ruheräume werden in einem der Rehabilitandenzimmer vorgehalten, welches selbstredend nicht anderweitig belegt wird.

Beendigungskriterien

- Die ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation wird regulär und ggfs. vorzeitig beendet, wenn die Rehabilitationsziele erreicht sind.
- Die ganztägig ambulante Rehabilitation wird außerdem beendet, wenn störende und nicht behebbare Einflüsse aus dem sozialen Umfeld den Rehabilitationserfolg gefährden.
- Die Teilnahme am Rehabilitationsprogramm nicht regelmäßig erfolgt.
- Die Mitarbeit weder tragfähig noch ausreichend ist.
- Ein Rückfall bagatellisiert oder geleugnet wird.
- Anhaltende Rückfälligkeit besteht und/oder eine andere Behandlungsform angezeigt ist und somit die Rehabilitationsziele durch die ganztägig ambulante Rehabilitation nicht erreichbar sind.

Sofern eine Fortführung der ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation im stationären Setting zielführender und indizierter ist, wird dies mit den zuständigen Leistungsträgern thematisiert und ggfs. eine Umschreibung der Kostenzusage auf Wunsch des Rehabilitanden beantragt.

6. Adaption

Die Adaptionenbehandlung dient der Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben und der Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, wenn nach einer vorhergehenden stationären medizinischen Rehabilitationsphase noch medizinisch-therapeutische Behandlungsbedürftigkeit, Arbeits- und Wohnungslosigkeit, Rückfallgefährdung sowie kein „funktionierendes“ soziales Umfeld besteht.

Ist nach der stationären medizinischen Rehabilitation eine Adaptionenbehandlung indiziert, erfolgt der Übergang in diese Behandlungsform nahtlos. Die Schwarzbachklinik führt diese Behandlung in unserem Adaptionenhaus in einem

Wohngebiet in fußläufiger Nachbarschaft durch oder vermittelt in Absprache mit den Rehabilitanden und dem Kostenträger nahtlos in eine andere Adaptionseinrichtung. Die Regelbehandlungszeit beträgt bei einer internen Adaption bis zu 13 und bei externen Aufnahmen bis zu 16 Wochen. Unsere Adaption verfügt über insgesamt 6 Plätze. In Absprache mit der Feuerwehr und dem zuständigen Brandschutzbeauftragten wurde die Adaption in allen Räumen mit Brandmeldern ausgestattet. Die Rehabilitanden können darüber hinaus jederzeit per frei zugänglichem Telefonanschluss im Wohnzimmer der Adaption Kontakt zum Klinikpersonal und im Notfall zu den Rettungsdiensten aufnehmen.

Die Übernahme in die hiesige Adaption kann einerseits aus der Entwöhnungsbehandlung in der Schwarzbachklinik Ratingen erfolgen. Andererseits behandeln wir auch Rehabilitanden, welche die Phase I der medizinischen Rehabilitation in einer anderen Fachklinik absolviert haben. Für externe Bewerber ist ein Vorstellungsgespräch in der Schwarzbachklinik verpflichtend vorgesehen. Dies wird mit den Mitarbeitern der Adaption und der ärztlichen Leitung geführt. Darüber hinaus bieten wir ein Probewohnen in der hauseigenen Adaption an.

Ziele der Adaption:

Während der Adaptionsbehandlung werden – individuell abgesprochen und gewichtet - folgende Therapieziele bzw. Schwerpunkte gesetzt:

- (Weitere) Stabilisierung und Vertiefung der Krankheitseinsicht und Festigung der Abstinenzentscheidung und Abstinenzfähigkeit
- Stabilisierung in der Konfrontation mit der Alltagsrealität, Realitätsprüfung und Zukunftsplanung
- Entwicklung persönlicher und sozialer Kompetenzen, wie Erhöhung der Frustrationstoleranz, Erhöhung der Konfliktfähigkeit, Training eines angemessenen Abgrenzungsverhaltens gegenüber konsumierenden Menschen bzw. schwierigen Situationen, in denen Suchtmittel konsumiert werden.
- Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung durch Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, Entwicklung pragmatischer Problemlösestrategien (Umgang mit Krisensituationen)
- Förderung von konstruktiven Konfliktlösungsstrategien, Erlernen von Stressbewältigungstechniken.
- Entwicklung einer beruflichen Perspektive, Heranführung an den beruflichen Alltag, berufliche Integration in der Region
- Förderung der sozialen Interaktionsfähigkeit (interpersonelle Interaktion und Beziehungen)
- Förderung lebenspraktischer Fertigkeiten (Haushaltsführung, Ernährung)
- Erarbeitung und Umsetzung einer sinnvollen Freizeitgestaltung

- Aufbau tragfähiger Kontakte
- Entwicklung eines aktiven Lebensstils, Steigerung der körperlichen Vitalität
- Stabilisierung der Wohnsituation (Finden einer eigenen Wohnung bzw. Vermittlung in eine betreute Wohngemeinschaft)
- medizinische sowie therapeutische Begleitung als Fortführung der vorhergehenden fachklinischen Behandlung
- Entwicklung der Fähigkeit der Selbstorganisation und Selbstversorgung
- Weitere Klärung der wirtschaftlichen Verhältnisse, incl. bestehender Ansprüche und Verpflichtungen, ggfs. Erstellung und weitere Bearbeitung eines Schuldenregulierungsplans

Das Behandlungsprogramm der Adaption umfasst

Im medizinisch-therapeutischen Bereich:

- fachärztliche Behandlung: Eingangs- und Abschlussuntersuchung, wöchentliche Visite, Sprechstunde täglich, externe Konsiliaruntersuchungen sofern erforderlich, sozialmedizinische Beurteilung
- Gruppentherapie (psychotherapeutischer Fokus, unspezifisch) 90. Minuten pro Woche
- Bezugsgruppe (Fokus auf Organisation, Freizeitgestaltung, Praktikum, Arbeitskompetenzen, Wohnungssuche), 60 Min. pro Woche
- Einzelgespräche (Schwerpunkt auf Sozialmanagement und/oder Psychotherapie), einmal wöchentlich
- Krisenintervention – nach Bedarf; i.d.R. im Einzelsetting

Im Bereich berufliche Orientierung und Reintegration:

- Beratung bei der Praktikums- und Arbeitssuche, nach Bedarf
- Einzelgespräche im Rahmen der beruflichen Reintegration, nach Bedarf
- die interne Arbeitstherapie/ Belastungserprobung ist – für alle Rehabilitanden, die weder im Praktikum noch in Arbeit sind – obligatorisch

Im Freizeitbereich:

- Freizeitgruppe (Wochenendorganisation, Freizeitstrukturierung), 30 Min. pro Woche

Im Bereich der Wohnungssuche:

- Mehrfach wöchentlich stattfindende Sichtung der Wohnungsangebote

- Unterstützung bei der Wohnungssuche
 - Ggfs. Begleitung zu Wohnungsbesichtigungsterminen
- Dieses Angebot wird zeitlich an den individuellen Bedarf angepasst.

Hierbei ist bemerkenswert, dass die Wohnungssuche im Raum Ratingen und Düsseldorf deutlich angespannt zu bewerten ist. Unsere Rehabilitanden konkurrieren durchweg mit vielen Mitbewerbern, hier ist oftmals eine intensive Begleitung und Unterstützung notwendig.

In der **Adaption** erfolgt i.d.R. ein Einzelgespräch pro Woche mit dem Schwerpunkt der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung. Die medizinisch-therapeutischen Angebote der Adaption entsprechen denen der stationären Rehabilitation in der Schwarzbachklinik Ratingen. Diese werden in den Kapiteln 5.6 und 5.7 eingehend beschrieben. Besonderheiten in der inhaltlichen Ausgestaltung und in der Frequenz richten sich nach der individuellen Behandlungsplanung und den besonderen Aufgaben der Adaptionsbehandlung.

Abstinenzkontrollen erfolgen in der Regel in den Räumlichkeiten der Schwarzbachklinik Ratingen, die Rehabilitanden der Adaption suchen morgens (07:30 und 8:00 Uhr) und abends (zwischen 20-21 Uhr) die Klinik auf und weisen ihre Abstinenz nach. Letztmalig wird jeder Rehabilitand der Adaption außerhalb der Kernarbeitszeiten dementsprechend zur Atemalkoholkontrolle zwischen 20-21 Uhr (**Hausschluss**) vorstellig. Am Wochenende suchen die Mitarbeiter der Schwarzbachklinik Ratingen, welche ein Freizeitprogramm für die Rehabilitanden anbieten, im Anschluss daran zusätzlich die Adaption auf und stehen bei Fragen, etc. zur Verfügung. Hierdurch können einerseits die dauerhafte Besetzung der Klinik und andererseits der Besuch vor Ort in der Adaption gesichert werden. Eine Teilnahme an oben genanntem Freizeitprogramm ist den Rehabilitanden der Adaption ebenso möglich.

Die **Beratung bei der Praktikums- und Arbeitssuche** dient der Unterstützung bei der Praktikumssuche. Diese erfolgt zumeist im Einzelsetting und beinhaltet:

- allgemeine Informationen über Praktikum, Dauer, Versicherung, Praktikumsbeurteilung
- Abfrage des momentanen Standes der Praktikums- oder Arbeitssuche, Überprüfung anhand der Bewerbungsunterlagen und Telefonlisten
- Erstellung/ Vervollständigung der Bewerbungsunterlagen, ggfs. Hilfestellungen
- Soziales Kompetenztraining, Einüben von Telefonaten und Vorstellungsgesprächen, ggfs. im Rollenspiel
- Klärung und Bewältigung evtl. Schwierigkeiten (z.B. Vermeidungstendenzen, übergroße Anspruchshaltungen etc.)
- Unterstützung der Motivation und des Durchhaltevermögens

Für die Praktikumssuche verfügen wir über einen Praktikumpool mit Praktikumsstellen in den Branchen handwerkliche Berufe / industrieller Bereich, Bürotätigkeiten, Einzelhandel, Dienstleistungen, Gesundheitswesen sowie angelernte Tätigkeiten. Wir sind stetig bemüht, diesen Pool auszubauen. Darüber hinaus ist die Adaption mit 2 Musterarbeitsplätzen mit PC und Internetzugang ausgestattet. Ferner ist jedem Rehabilitanden der Adaption der Zugang zum hauseigenen WLAN ermöglicht. Hierdurch steht den Rehabilitanden der Adaption der Zugang zu Job- und Wohnungsportalen offen.

Berufliche Orientierung und Reintegration in der Adaption

Es ist unser Ziel, den Prozess der beruflichen Orientierung und Reintegration während der Adaptionsbehandlung möglichst übersichtlich und klar zu gliedern und somit Orientierung zu verschaffen. Bei einer Behandlungsdauer von bis zu 16 Wochen und da die Rehabilitanden zumeist ohne Arbeit und/ oder mit geringer beruflicher Vorerfahrung zu uns kommen und zudem häufig ohne Wohnung sind, ist es erforderlich, die notwendigen Klärungs- und Vermittlungsprozesse rasch einzuleiten, um die Adaptionsbehandlung erfolgreich gestalten zu können. Wir bemühen uns bereits während der Vorbehandlung in der Schwarzbachklinik einen Praktikumsplatz zu akquirieren. Andernfalls, insbesondere für externe Rehabilitanden, dienen die ersten zwei Wochen der Adaption der Eingewöhnung in den neuen Rahmen und der Praktikumssuche.

Bei Rehabilitanden, welche aus einer externen Rehabilitation aufgenommen werden, überprüfen wir anhand der Vorberichte, der Anamneseerhebung sowie im Rahmen einer **internen Arbeitserprobung** im Rahmen der klinikeigenen Arbeitstherapie die allgemeinen arbeitsbezogenen Schlüsselfertigkeiten jedes Rehabilitanden und verbessern diese, wo immer dies nötig und möglich ist. Als Basis für die berufliche Reintegration erfassen wir entweder bereits in Phase I der medizinischen Rehabilitation in der Schwarzbachklinik oder bei externen Aufnahmen im Aufnahme-prozedere die berufliche Anamnese (ausgeübte Tätigkeiten, berufliche Erfahrungen und Probleme, individuelle Stärken und Schwächen), wobei wir die Berichte und Erfahrungen der vorbehandelnden Fachkliniken hinzuziehen. Darauf aufbauend wird mit dem Rehabilitanden besprochen, welchen beruflichen Bereich er nach der Adaption anstreben und ob dieser Plan realistisch ist. Im Verlauf des komplexen Beratungsprozesses entsteht eine möglichst erfolgversprechende und zugleich realistische berufliche Zukunftsperspektive. Ebenso kann eine schulische Nachqualifizierung zielführend sein. Sofern erforderlich, wird unsererseits Kontakt zu den verschiedenen Bildungsanbietern aufgenommen. Sofern sich die Vermittlung in ein externes Praktikum verzögert, werden die Rehabilitanden der Adaption zur

Sicherung der Tagesstruktur und zur weiteren Festigung des bisher Erreichten in der hausinternen Arbeitstherapie der Entwöhnungsbehandlung (Phase I) zur weiteren internen Belastungsprüfung eingebunden.

Während der Adaption absolvieren die Rehabilitanden ein externes Praktikum in der näheren Umgebung, hier wird unsererseits ein Anfahrtsweg bis zu 45 Minuten für zumutbar erachtet. Die Zusammenarbeit wird jeweils in einem Dreiecksvertrag zwischen Rehabilitand, Praktikumsgeber und Therapieeinrichtung geregelt. Darin sind Ansprechpartner und Interventionsmöglichkeiten benannt. Das Praktikum findet i.d.R. in einer 4-Tage-Woche statt, jeweils Dienstag bis Freitag. Die Praktikumsuche soll möglichst selbständig erfolgen. Sofern eine Unterstützung in Form von Gesprächen notwendig ist, bspw. um Bewerbungen zu formulieren, Vorstellungsgespräche einzuüben und den Umgang mit Lücken im Lebenslauf hand zu haben, stellen wir diese bereit. Bei Absagen werden Umstände erörtert und unsererseits zur Motivation beigetragen, die Bemühungen fortzusetzen. Treten für die Rehabilitanden Schwierigkeiten auf, die subjektiv nicht alleine zu bewältigen sind, wird gemeinsam eine geeignete Stelle gesucht. Bei auftretenden Schwierigkeiten besprechen wir mit den Rehabilitanden ihre Erfahrungen am Praktikumsplatz bezüglich der eigenen und fremden Verhaltensmuster. Gleichzeitig halten wir Kontakt mit dem Praktikumsgeber. Wir sind ferner um eine enge Zusammenarbeit mit der örtlichen Arbeitsagentur, dem zuständigen Jobcenter und weiteren Arbeitsvermittlungsstellen bemüht.

Zur Beendigung des Praktikums und zur Entlassungsvorbereitung sind folgende Ziele für die Rehabilitanden der Adaption vorgegeben:

- Übernahme in ein festes Arbeitsverhältnis durch den Betrieb, in dem das Praktikum absolviert wurde
- Erhalt von oder Aussicht auf berufsfördernde Leistungen zur Unterstützung der beruflichen Reintegration (seitens des RV-Trägers oder der Arbeitsagentur)
- Bewerbung auf dem freien Arbeitsmarkt
- Bewerbung auf dem zweiten Arbeitsmarkt
- bestehende Möglichkeit, eine (schulische) Ausbildung zu absolvieren.

Haben Rehabilitanden bereits vor Beendigung der Adaptionsmaßnahme ein festes Arbeitsverhältnis erreicht, so können sie noch für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen in der Einrichtung verbleiben, um zu überprüfen, ob sie dem Arbeitsalltag gewachsen sind und um sich eine geeignete Wohnung zu suchen.

7. Personelle Ausstattung

In der Schwarzbachklinik sind, entsprechend den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung, sehr gut ausgebildete Mitarbeiter beschäftigt. Ein aktueller Personalstandplan wird regelmäßig an den federführenden Leistungsträger übermittelt und findet sich ebenso wie die entsprechenden Funktionsbeschreibungen als Anlage im Anhang. Der Sollstellenplan wurde mit dem federführenden Leistungsträger abgestimmt.

Zum Behandlungsteam der Schwarzbachklinik gehören u.a.:

- Chefarzt für Psychiatrie und Psychotherapie (1,0 VK)
- Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie (0,80 VK)
- Psychologische PsychotherapeutInnen bzw. in DRV anerkannter Weiterbildung (3,0 VK)
- SozialarbeiterInnen/pädagogInnen mit bzw. in suchttherapeutischer Weiterbildung (DRV-anerkannt) (4,0 VK)
- SozialarbeiterInnen (1,5 VK)
- SportlehrerInnen (1,5 VK)
- examinierte Krankenschwestern, Altenpfleger (3,5 VK)
- Arbeits- und Ergotherapeuten bzw. Handwerker mit Zusatzausbildung (2,8 VK)
- Ökotrophologin mit Zusatzausbildung (0,30 VK)

Praktikanten, z.B. im freiwilligen sozialen Jahr, PsychologiestudentInnen und StudentInnen der sozialen Arbeit.

8. Räumliche Gegebenheiten

Wie bereits auf Seite 10 geschildert, liegt die Fachklinik auf einem großen parkähnlichen Grundstück. Für 62 Rehabilitanden stehen großzügig bemessene 2 Bettzimmer zur vollstationären medizinischen Rehabilitationsbehandlung zur Verfügung. Jedes der Zimmer verfügt über eine eigene Nasszelle. Parkplätze sind in ausreichender Zahl direkt vor der Klinik vorhanden. Der Zugang ist ebenerdig. Ein ausführlicher Lageplan mit ausführlicher Angabe der Qm Angabe ist dem Anhang beigelegt.

In unmittelbarer Nähe (4-5 Gehminuten) befindet sich das Adaptionshaus. Es handelt sich um ein zweistöckiges Reihenhaus, das ausreichend Platz für 6 Rehabilitanden bietet und in einem Wohngebiet liegt, welches an das Naherholungsgebiet Grüner See grenzt. Im Erdgeschoss befinden sich ein großzügiges Wohnzimmer, eine Küche sowie das Gäste-WC. Im ersten Geschoss befinden sich zwei Einzelzimmer, ein Zweibettzimmer sowie das Bad. Im Obergeschoss befinden sich ein großes

Badezimmer sowie ein geräumiges Zweibettzimmer. Auch im Adaptionshaus sind getrennte Schlaf- und Sanitärbereiche für Frauen und Männer gegeben. Der Keller bietet Platz für kreative Werkmöglichkeiten. Ein kleiner Garten mit Sonnenterasse rundet das Bild ab.

9. Kooperation und Vernetzung

Ein vernetztes System ist die angemessene Antwort des Hilfesystems auf die vernetzten Probleme suchtkranker Menschen. Aus der erweiterten Sicht der ICF können Veränderungen nur begrenzt im Rahmen der medizinischen Rehabilitation initiiert werden. Um Behandlungserfolge nachhaltig zu stabilisieren und eingeleitete Veränderungsprozesse zu verstetigen, bezieht die Schwarzbachklinik systematisch die im Vorfeld sowie im Anschluss handelnden Institutionen und Hilfen in sein Behandlungskonzept ein. Entsprechend vielfältig sind die Kooperationsbeziehungen der Klinik. Die Schwarzbachklinik ist ein integrierter Bestandteil des regionalen und überregionalen Suchthilfesystems. Eine intensive Zusammenarbeit besteht mit Einrichtungen wie: den Fachambulanzen für Suchterkrankungen, den psychosozialen Beratungsstellen für Suchtkranke und Suchtgefährdete, den psychiatrischen Einrichtungen der Umgebung (Fliegener Krankenhaus Ratingen, LVR Klinik Düsseldorf), den betrieblichen Sozialdiensten, den Sozialdiensten der Krankenhäuser, den Fachärzten und Kliniken in Ratingen und Düsseldorf, den Adaptionseinrichtungen, den therapeutischen/betreuten Wohngemeinschaften und Nachsorgeeinrichtungen, sowie den Selbsthilfeorganisationen.

Die Schwarzbachklinik ist eine der zahlreichen Betreuungs- und Therapieeinrichtungen der Ordenswerke des Deutschen Ordens. Der Deutsche Orden ist seit 1999 eine Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Sitz in Weyarn. Die Ordenswerke verfolgen ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige und karitative Zwecke.

Die Klinik ist über ihren Träger Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. (buss) und beteiligt sich sowohl an den Regionalkonferenzen wie auch an den Qualitätszirkeln des buss.

Darüber hinaus bestehen Kooperationsvereinbarungen mit der katholischen Familienbildungsstätte Ratingen (Lehrküche), niedergelassenen Ärzten in Ratingen, etc. dem Jobcenter Mettmann und Essen, der LVR Klinik Essen.

10. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Die Schwarzbachklinik besitzt ein aktuelles, fachärztlich verantwortetes Rehabilitationskonzept, welches auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Forschung basiert.

Sie unterhält entsprechend §20 Abs. 1 SGB IX ein trügereigenes kontinuierliches Qualitätsmanagementverfahren (DO-QUA.R), anerkannt durch die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR). Die interne Qualitätssicherung erfolgt anhand fortlaufender PDCA-Zyklen. Dies umfasst regelmäßige interne Qualitätszirkel, interne und externe Audits nach Auditplan, eine verbindliche Dokumentation und Auswertung, ein systematisches Fehlermanagement und Beschwerdemanagement, systematische Befragungen zur Mitarbeiter- und Rehabilitandenzufriedenheit, eine Managementbewertung, Maßnahmen zum Datenschutz, zur Sicherheit und zur Hygiene, ein Fortbildungsprogramm u.v.m.

Alle Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse der stationären medizinischen Rehabilitation sind von der Aufnahme bis zur Entlassung im Qualitätshandbuch von Prozess- und Verfahrensbeschreibungen mit Schnittstellen, Verantwortlichkeiten und verwendeten Dokumenten differenziert beschrieben.

Die Klinik wurde entsprechend 2018 unabhängig (BSI Group Deutschland) rezertifiziert.

Die Klinik orientiert sich darüber hinaus vollständig an allen externen Qualitätssicherungssystemen z.B. entsprechend des SGB IX wie:

- Die Schwarzbachklinik verwendet eine verbindliche Basisdokumentation (EBIS)
- Die Schwarzbachklinik evaluiert das subjektive Rehabilitationsergebnis durch regelmäßige Rehabilitandenbefragungen
- Die Schwarzbachklinik beteiligt sich an der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitationsträger (z.B. Sozialmedizinischer Verlauf) und unterwirft seine Abschlussberichte einer Laufkontrolle und einem Peer-Review Verfahren
- Die Klassifizierten Therapeutischen Leistungen (KTL) der Schwarzbachklinik werden von der Rentenversicherung nach Häufigkeit, Dauer und Differenziertheit evaluiert.
- Die Gebäude und das therapeutische Team der Schwarzbachklinik entsprechen den Vorgaben der Strukturqualität der Deutschen Rentenversicherung,
- Die Therapie der Schwarzbachklinik orientiert sich an den Reha-Therapiestandards für Abhängigkeitserkrankungen.
- Der Federführer visitiert im Sinne der Vorgaben der DRV regelmäßig. (zuletzt erfolgte diese am 20.08.2015).
- Die Schwarzbachklinik unterzieht sich regelmäßig den Hygieneinspektionen des zuständigen Gesundheitsamtes.

Alle Management-, Kern- und Unterstützungsprozesse der stationären medizinischen Rehabilitation sind von der Aufnahme bis zur Entlassung und Nachbefragung im **Qualitätshandbuch** anhand von Prozess- und Verfahrensbeschreibungen mit Schnittstellen, Verantwortlichkeiten und verwendeten Dokumenten differenziert erfasst.

11. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Die Schwarzbachklinik wird fachärztlich geleitet und gliedert sich in die Abteilungen der medizinischen Rehabilitation sowie der Adaption. Alle organisatorischen und therapeutischen Abläufe sind durch das Qualitätsmanagement geregelt und dokumentiert. Die Kontinuität des Informationsaustausches zu den Rehabilitanden unter allen Funktionsbereichen und Hierarchieebenen wird v.a. durch die Patientenakte und die enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team gewährleistet. Die individuelle und indikationsgeleitete Behandlungsplanung und Überprüfung sowie alle Entscheidungen bzgl. einzelner Rehabilitanden einschließlich des Rückfallmanagements und Konsequenzen bei schweren Regelverstößen erfolgt unter fachärztlicher Leitung anhand der ausführlichen und verantwortlichen Diskussion im Mitarbeiterteam. Die enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team mit täglichen Übergaben und Fallbesprechungen sowie laufender elektronischer Dokumentation ermöglicht einen schnellen Informationsaustausch und eine flexible Koordination und Kooperation in sämtlichen therapeutischen und organisatorischen Belangen.

Übergaben

Für einen kontinuierlichen Übertrag und zur Sicherung therapeutischer und organisatorischer Informationen zu den Rehabilitanden erfolgen täglich mündliche und schriftliche Übergaben. Im für alle Mitarbeiter zugänglichen elektronischen Dienstbuch werden alle besonderen Anordnungen und Vorkommnisse schriftlich erfasst und weitergegeben. Mündliche Übergaben finden zudem morgens und abends bei Dienstwechsel sowie täglich im multiprofessionellen Team statt.

Formulare

Sämtliche Formulare und Nachweisdokumente sind auf einem eigenen Laufwerk des EDV-Netzwerkes archiviert und passwortgesichert mit definiertem Lese-, Nutzungs- und Schreibrecht zugänglich.

Übrige Besprechungen

Gemäß der BAR Richtlinien erfolgen jährliche Mitarbeitergespräche und eine strukturierte Einarbeitungen neuer Mitarbeiter. Es besteht ein Fehler- und Beschwerdemanagement. Das Fehler-, Risiko- und Beschwerdemanagement wird seitens der Mitarbeiter im Rahmen des QM genutzt. Diesbezügliche Anregungen werden gemäß der QM-Prozesse bearbeitet und schnellstmöglich verändert. Unsere Rehabilitanden haben jederzeit die Möglichkeit, ihre Anregungen und Beschwerden mit den Mitarbeitern der Schwarzbachklinik Ratingen anzusprechen, außerdem haben sie wöchentlich die Möglichkeit, Beschwerden und Anregungen in unserem „Patientenrat“ mit der ärztlichen Leitung oder in Vertretung mit der stellvertretenden Klinikleitung zu diskutieren. Ferner ist seitens der Fachklinik ein Briefkasten angebracht worden, indem jederzeit anonym Beschwerden, Anregungen, etc. hinterlegt werden kann.

Die telefonische Erreichbarkeit der Einrichtung von extern und intern wird durchgehend durch den Telefondienst am Empfang bzw. durch den Nachtdienst gewährleistet. Regelmäßig finden Teamtage statt, in denen Änderungen der Gesamtabläufe der Klinik im Team ausführlich diskutiert werden können.

12. Datenschutz

Die Schwarzbachklinik Ratingen setzt die Datenschutzbestimmungen des Deutschen Ordens um. Alle Mitarbeiter sind entsprechend aufgeklärt und haben eine Schweigepflichterklärung unterschrieben. Patientenakten werden in gesicherten Aktenschränken, in verschlossenen Büros aufbewahrt. Alle Computer sind passwortgeschützt. Die Akten werden dokumentensicher zehn Jahre im Aktenarchiv der Klinik aufbewahrt.

13. Notfallmanagement

Die Klinikleitung erfüllt, zusammen mit dem Einrichtungsträger und dem beauftragten Architekturbüro, die baulichen und sicherheitstechnischen Auflagen. Alle Rehabilitandenzimmer, Aufenthaltsräume und Sanitärräume sind mit **Notfallklingeln** ausgestattet. Die Gebäudenotfallvorschriften werden eingehalten.

Die **Abläufe bei medizinischen Notfällen** und für den Brandschutz sind geregelt, die Notfallkette ist detailliert im Notfallplan beschrieben, allen Mitarbeitern bekannt und in allen Diensträumen ausgehängt und als Anlage angefügt.

Auch sämtliche Rehabilitanden erhalten bei Aufnahme Sicherheitseinweisungen, u.a. in Brandschutz, Sofortmaßnahmen, Hygiene und Arbeitssicherheit.

Ein fachärztlicher Hintergrunddienst ist jederzeit gewährleistet. Es besteht eine 24h Rufbereitschaft durch einen der Fachärzte.

Professionelle Ersthelfer sind tagsüber das ärztliche Team und abends und am Wochenende die Krankenschwestern. Die Bereitschaftsdienstmitarbeiter unterziehen sich ebenfalls den vorgeschriebenen regelmäßigen Ersthelferschulungen. Die Krankenschwestern und Ärzte trainieren Notfallübungen gemeinsam in regelmäßigen Abständen. Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst sind in Ratingen angesiedelt und haben eine Einsatzzeit von wenigen Minuten.

Die Klinik ist ausgestattet mit einem Notarztkoffer, Sauerstoffflasche und einem automatischem Defibrillator. Das zentrale Verbandsbuch befindet sich im Schwesternzimmer. Alle erforderlichen Geräte zur Funktionsdiagnostik und die ärztliche Kompetenz zu ihrer Benutzung sind verfügbar.

Alle Mitarbeiter/innen werden jährlich in Erste Hilfe- und Notfallmaßnahmen geschult.

Sie werden regelmäßig zu folgenden Themen unterwiesen:

- Reanimationstraining/ Erste Hilfe
- Hygiene
- Infektionsschutz
- Arbeitssicherheit
- Umgang mit Gefahrstoffen
- Brandschutz
- Medizinisches und technisches Notfallmanagement
- Betriebsanweisungen und Arbeitssicherheitsunterweisung Rehabilitanden.

14. Fortbildung

In der Schwarzbachklinik erfolgen monatliche interne Fortbildungen nach einem Fortbildungsplan. Diese betreffen Fachvorträge interner oder externer Referenten (Medikamente, Drogen, Krankheiten, Psychotherapie, Berichte von externen Fortbildungen und Kongressen), ferner erfolgen zusätzlich die Pflichtfortbildungen (Brandschutz, Sofortmaßnahmen, Evakuierungsübungen) und Dienstfortbildungen (EDV, QM, Labortests). Die Klinik besitzt die Weiterbildungsberechtigung Psychiatrie und Psychotherapie für 24 Monate.

In den jährlichen Mitarbeitergesprächen wird der individuelle Fortbildungsbedarf erhoben und in einem individuellen Fortbildungsplan nach Vorgabe der Rentenversicherung umgesetzt.

15. Supervision

In der Schwarzbachklinik findet im Rahmen der Fallbesprechungen täglich die fachärztliche und therapeutische interne Supervision bzw. kollegiale Intervision im multiprofessionellen Team statt.

Sechswöchentlich erfolgt die Supervision des Teams durch einen externen Supervisor, anerkannt durch die Psychotherapeutenkammer und die Rentenversicherung. Diese erfolgt in Fallsupervision.

Bei Bedarf findet eine Supervision des Leitungsteams mit einem externen Supervisor statt.

16. Hausordnung/ Therapievertrag

Der Therapievertrag wird bei Aufnahme mit dem Rehabilitanden geschlossen; er wird jedem neuen Rehabilitanden in seiner "Mappe" ausgehändigt. Die Hausordnung ist Bestandteil des Behandlungsvertrags und hängt ebenfalls im Gebäude aus.

17. Anlagen und Literatur:

Besprechungsmatrix

Kooperationsvereinbarungen
Musterwochenpläne
Notfallmanagement
Organigramm
Patientenbroschüre
QM Zertifikat
Raumplan inklusive Qm Angaben der einzelnen Räumlichkeiten
Hausordnung
Stellenplan und Funktionsbeschreibungen

Literatur:

Appel, Ch., Aber keiner soll das merken, Partner 6/1985

Arenz-Greiving I., Die vergessenen Kinder von Suchtkranken (1990), Blaukreuz

Bandura A., Self-efficacy. The exercise of control (1997), W.H. Freeman & Company

Batel P., Addiction and Schizophrenia, in: European Psychiatry (2000), Mar; 15(2)

Beck T., Neurobiologische Grundlagen der Sucht, Abhängigkeiten (2000), 3

Berg I.K. & Miller S.D., Kurztherapie bei Alkoholproblemen. Ein lösungsorientierter Ansatz (2000), Auer

BfA (Hrsg.), Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation. (2000)

Bönner K.H., Von der Konfession zur Profession - Entwicklung und Perspektiven in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker. Festvortrag gehalten anlässlich der 20-Jahres-Feier der Fachklinik Eußerthal, in: Sucht aktuell, Jg. 8, H.1 (2001)

Bühringer G., Störungen durch den Gebrauch von illegalen Drogen und psychotropen Arzneimitteln, in: Reinecker, H., Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (2003), Hogrefe

Bungard W., Arbeits- und Organisationspsychologische Aspekte der beruflichen Wiedereingliederung psychisch Behinderter, in: Bungard, W. et al. (Hrsg): Psychisch

Kranke in der Arbeitswelt. Neue Ansätze zur beruflichen Rehabilitation und Integration (1987), Psychologie Verlags Union

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), Jahrbuch Sucht 2004 (2004), Neuland

Dörner K. & Plog U., Irren ist menschlich, Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. 1. Auflage der Neuausgabe (1996), Psychiatrie-Verlag

Driessen M., Veltrup C., Weber J., John U., Wetterling T., Dilling H., Psychiatric comorbidity, suicidal behaviour and suicidal ideation in alcoholics seeking treatment, *Addiction*, 93 (1998)

DRV Bund, Rehabilitation, Vereinbarungen im Suchtbereich, Buck, Berlin 2012

Egner U., Das Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherung und die Berichte zur Qualitätssicherung der BfA, Weiterentwicklung der Behandlungsqualität, in: Qualität ist, wenn..., Qualitätsentwicklung in der Suchtbehandlung, Schriftenreihe des Fachverband Sucht e.V. (2003), Neuland

Ellgring H. & Vollmer H. C., Veränderungen von Persönlichkeitsfaktoren in der Therapie, in: Heigl-Evers A. et al. (Hrsg.), Suchttherapie, psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch (1991), Vandenhoeck & Ruprecht

Feuerlein W., Kufner H., Soyka M., Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit (1989), Thieme

Fiedler P., Dissoziative Störungen und Konversion (1999), Psychologie Verlags Union

Fiedler P., Ressourcenorientierte Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. In: *Psychotherapeutenjournal* 1/2004

Franken, I. H. & Hendriks, V. M.: Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity, in: *Drug and Alcohol Dependence* (2000), Jun 1; 59(3)

Fritze J., Zur Biologie der Abhängigkeit und der Sucht, in: Nissen, G. (Hrsg.): *Abhängigkeit und Sucht - Prävention und Therapie* (1994), Huber

Grawe K., Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie, *Psychotherapeut* 40 (1995)

Grawe K., Klärung und Bewältigung, Zum Verhältnis der beiden wichtigsten therapeutischen Veränderungsprinzipien, in: Reinecker, H.S. & Schmelzer, D. (Hrsg.), *Verhaltenstherapie, Selbstregulation, Selbstmanagement*, Göttingen (1996), Hogrefe

Grawe K., *Neuropsychotherapie* (2004), Hogrefe

Gresch H. U., Partydrogen und Psychosen, in: Treeck, B. van: Partydrogen (1997), Schwarzkopf & Schwarzkopf

Heigl-Evers A. u.a. (Hrsg.), Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten. Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie (2002), V & R

Henkel D., Zemlin U., Dornbusch P., Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen - Teil 1 (2003), Sucht aktuell, 2

Heyman G.M. Addiction: A disorder of choice. Cambridge, MA: Harvard University Press; 2009.

Irlé H., Eckpunkte arbeitsbezogener Strategien bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (2003)

Jahoda, M., Die sozialpsychologische Bedeutung von Arbeit und Arbeitslosigkeit, in: Keupp, H. et al. (Hrsg.), Im Schatten der Wende (1985), DGVT

Kanfer F.H., Reinecker H. & Schmelzer D., Selbstmanagement-Therapie, Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (1991), Springer.

Kanfer F., Goldstein A., Helping people change, A textbook of methods (1991), Pergamon

Klein M., Die Bedeutung der Psychotherapie für die Drogenhilfe, in: Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (Hrsg.), Drogenhilfe: Sozialarbeit, Psychotherapie und Medizin. Der Stellenwert der verschiedenen Professionen. Tagungsbericht 2000, Niederkrüchten, Arbeitsgemeinschaft Drogenarbeit und Drogenpolitik in NRW e.V. (2001)

Köhler T., Rauschdrogen und andere psychotrope Substanzen. Formen, Wirkungen, Wirkmechanismen. (2000), Kohlhammer

Körkel, J., Sucht und Rückfall, Stuttgart, Enke, 1995

Kolitzus H., Ich befreie mich von Deiner Sucht. Hilfe für die Angehörigen von Suchtkranken (2000), Kösel

Krohwinkel, M., Rehabilitierende Prozesspflege am Beispiel von Apoplexiekranken. Fördernde Prozesspflege als System, Broschiert, 448 Seiten, Verlag: Hans Huber, Auflage: 3., durchgesehene Auflage (13. Dezember 2007)

Krystal H. & Raskin H. A., Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion (1983), Vandenhoeck u. Ruprecht

Küfner H. & Feuerlein W., In-Patient Treatment for Alcoholism. A multi-centre evaluation study (1989), Springer

Küfner H., Vortrag gehalten auf dem Heidelberger Kongress des FVS 2004

Kuntz H., Ecstasy – auf der Suche nach dem verlorenen Glück. Vorbeugung und Wege aus Sucht und Abhängigkeit (2001), Beltz

Lago, Fachklinik, Therapiekonzept April 2013, DTZ Berlin

Margraf J., Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Bd. 1 + 2 (2000), Springer

Marlatt G.A., Gordon J.R., Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive disorders (1985), Guilford Press

Marsden, J. et al.: Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study, in: British Journal of Psychiatry (2000) March; 176

Meermann R., Vandereyken W., Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis (1991), Schattauer

Merfert-Diete C., Soltau R., Frauen und Sucht. (1984), Rororo

Miller, W.R., Rollnick, S. (2009), Motivierende Gesprächsführung. 3. Auflage. Lambertus. Verlag. Freiburg im Breisgau.

Moggi, F. (Hrsg.), Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht (2002), Huber

Murray C.J.L., Lopez A., The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020 (1996) Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organisation and the World Bank.

Perlwitz E., Psychologie süchtigen Verhaltens, in: Bartsch N., Knigge-Illner H., (Hrsg.), Sucht und Erziehung, Band 1 (1995) Weinheim 1995

Petzold H., Vormann G., Therapeutische Wohngemeinschaften. Erfahrungen – Modelle - Supervision (1980), Pfeiffer

Poser W. und Poser S., Medikamente, Missbrauch und Abhängigkeit 1996), Thieme

Rahmenkonzeption der RVT

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. (1997), Jetzt fange ich neu an. München, Droemersch Verlaganstalt.

Reinecker, H., Lehrbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie (2003), Hogrefe

Sachsse U. & Reddemann L., Katathym-imaginative Psychotherapie in der Behandlung traumatisierter Patientinnen, in: Kottje-Birnbacher L. et al. (Hrsg.): Imagination in der Psychotherapie 1997, Huber

Sachsse, U.: Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik - Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung, Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) 1999

Sartory G., Elsesser K., Medikamentenabhängigkeit. (2001), Hogrefe

Saunders E. & Arnold F., A Critique of Conceptual and Treatment Approaches to Borderline Psychopathology in Light of Findings about Childhood Abuse, in: Psychiatry, Vol. 56 (May 1993)

Schläpfer E., Burri R., Das Gehirn und die Wirkung von Drogen (2000), Abhängigkeiten, 6

Schäfer D., Langzeitverläufe bei Alkoholabhängigen, in: Längle, Mann & Buchkremer (Hrsg.), Sucht – die Lebenswelten Abhängiger (1996). Atempo

Schneider R., Förderung der Teilhabe am Erwerbsleben in der Suchtrehabilitation: Zielsetzungen und Konzepte (2004). Sucht aktuell, 1

Schoberberger R., Kunze M., Nikotinabhängigkeit. Diagnostik und Therapie (1999), Springer

Seiffge-Krenke I., Formen der Problembewältigung bei besonders belasteten Jugendlichen, in: Olbrich E. & Todt E. (Hrsg.): Probleme des Jugendalters, neue Sichtweisen (1984), Springer

Senf W., Broda M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch (2000), Thieme

Soellner R., Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit (2000), Huber

Spitzer M., Selbstbestimmen (2004), Spektrum

Stern K., Individuelle Rehabilitationspläne in der beruflichen Rehabilitation (1991), Rehabilitation, 30

Suhler P., Verhaltenstherapie, in: Senf W. u. Broda M. (Hrsg.), Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. (2000), Thieme

Swartz J. A., Severe mental illness and substance use disorders among former Supplemental Security Income beneficiaries for drug addiction and alcoholism, in: Archive of General Psychiatry (2000), Jul; 57(7)

Täschner K-L., Harte Drogen – Weiche Drogen. Alle wichtigen Suchtmittel und wie sie wirken. (2001), TRIAS

Thomasius R, Persönlichkeitsstörungen bei Konsumenten illegaler Drogen - Komorbidität, Entwicklungspfade und Auswirkungen auf die Behandlung. Persönlichkeitsstörungen PTT 3 (1998)

Thomasius R. (Hrsg.), Ecstasy. Eine Studie zu gesundheitlichen und psychosozialen Folgen des Missbrauchs (2000), WVG

Thomasius R., (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen. (2000), Thieme

Toneatto T. et al., Diagnostic subgroups within a sample of comorbid substance abusers: correlates and characteristics, in: American Journal of Addiction (2000), 93(3)

Topel H., Euphorie und Dysphorie - Zur Neurobiologie der Stimmungen und des Suchtverhaltens (1991)

Tretter F., Müller A. (Hrsg.), Psychologische Therapie der Sucht (2001), Hogrefe

Vaillant G.E., A 60-year follow-up of alcoholic men (2003). Addiction, 98

Wagner H.-B., Krausz M., Schwoon D.R. (Hrsg.), Tagesklinik für Suchtkranke (1996), Lambertus

Wahl C. (Hrsg.), Spielsucht (1988), Neuland

Wanke K., Zur Psychologie der Sucht, in: Kisper K. P. et al. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegenwart, Bd. 3: Abhängigkeit durch Sucht (1987), Springer

Welz R., Epidemiologie des Drogenmissbrauchs, in Kisker K.P., Lauter H., Meyer J.E., Müller C. & Strömberg E., Abhängigkeit und Sucht (Psychiatrie der Gegenwart 3) (1987), Springer

Wöbcke M., Rauschmittelmissbrauch, Prävention und Therapie (1995), Köse