

Rehabilitationskonzept

Fachklinik Bussmannshof bussmannshof gemeinnützige GmbH

Verfasserin

Anette Brock, Psychologische Psychotherapeutin, Leitende Psychologin

Mitverantwortlich für den Inhalt

Peter Brüseke, Geschäftsführung und Einrichtungsleitung ; Diplom-Sozialarbeiter,
Suchttherapeut

Erstellungszeitraum: November 2016 - Mai 2018

Version: 5 (Version 4/2006 überarbeitet)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung
2. Allgemeines
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung
4. Rehabilitationskonzept
 - 4.1 Theoretische Grundlagen
 - 4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen
 - 4.3 Rehabilitationsziele
 - 4.4 Rehabilitationsdauer
 - 4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung
 - 4.6 Rehabilitationsprogramm
 - 4.7. Rehabilitationselemente
 - 4.7.1 Aufnahmeverfahren
 - 4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik
 - 4.7.3 Medizinische Therapie
 - 4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote
 - 4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen, BORA
 - 4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken
 - 4.7.7 Freizeitangebote
 - 4.7.8 Sozialdienst
 - 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung
 - 4.7.10 Angehörigenarbeit
 - 4.7.11 Paar-,Partnertherapie
 - 4.7.12 Rückfallmanagement
 - 4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege
 - 4.7.14 Weitere Leistungen
 - 4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation
5. Personelle Ausstattung
6. Räumliche Gegebenheiten
7. Kooperation und Vernetzung
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation
10. Notfallmanagement
11. Fortbildung
12. Supervision
13. Hausordnung / Therapievertrag

Anlagen

- Literaturhinweise
- Grundriss der Einrichtung
- Musterwochenplan
- Personalkonzept/Stellenplan inkl. Organisation des Bereitschaftsdienstes
- Qualifikationsnachweise, einschließlich Nachweis der beruflichen Praxis
- ärztliche Leitung und deren Stellvertretung
- Psychologen
- Sozialarbeiter, -pädagogen,
- Qualifikationsnachweise Ergotherapeut, Kreativtherapeut, Sport-Bewegungstherapeut, Ökotrophologin, Fachkrankenschwester
- Qualifikationsnachweis des Supervisors
- Kooperationsverträge
mit Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten,
Nachsorgeeinrichtungen, Labor, Zahnärzten
- Prozessbeschreibung Aufnahmeuntersuchung
- Prozessbeschreibung Suizidalität
- Prozessbeschreibung Rückfall
- Prozessbeschreibung Interkurrente Behandlung
- Prozessbeschreibung Notfallmanagement

Einzugsgebiet : bundesweit, Schwerpunkt NRW (44, 45, 40, 48)

1. Einleitung

(aus Gründen der Übersichtlichkeit wird im gesamten Text das generische Maskulinum verwandt)

Um der Komplexität substanzbezogener Störungen und multimorbider Abhängigkeitserkrankungen Rechnung tragen zu können, differenziert sich die Ausgestaltung der Suchthilfesysteme weiterhin aus. Infolge haben sich auf der Angebotsseite Dienste und Einrichtungen etabliert, die daraufhin arbeiten, Betroffene innerhalb des Spannungsbogens „Überlebensorientierung und/oder Abstinenzorientierung“ individuell abgestimmt und Bedarf gerecht zu versorgen.

Beratungs- und Behandlungskonzepte richten sich dabei allerdings nicht nur nach medizinischen und therapeutischen Erfordernissen, sondern sie werden durch sich verändernde gesundheitspolitische Rahmenbedingungen, Verwaltungsvorschriften und Finanzierungskonzepte mitbestimmt. Dies bedeutet, dass die Arbeit mit Suchtkranken institutionalisierter und auch Auftrag orientierter geworden ist.

Für Behandler ist es daher unerlässlich, sich ihrerseits fortgeführt konzeptionell mit der Passung von Personen mit Substanzgebrauchsstörungen hinsichtlich ihres spezifischen Bedarfs und Möglichkeiten fachgerechter Angebote auseinander zu setzen und diese herzustellen.

So befinden auch wir uns als Fachklinik für medizinische Rehabilitation in einem ständigen Prozess der Fortschreibung und Aktualisierung unserer konzeptionellen Behandlungsgrundlage. Der kritische Dialog mit Leistungsträgern, Kooperationspartnern und Fachkollegen sowie Rückmeldungen von Rehabilitanden wird in diesem Zusammenhang als sehr hilfreich und anregend erlebt.

Daher erschien es nur konsequent, nach unserer über 20-jährigen praktischen Erfahrungen in der Behandlung abhängigkeitskranker Menschen, einer kritischen Würdigung theoretischer Störungsmodelle, ausdrücklicher Berücksichtigung der Chronifizierung und der Auseinandersetzung mit fortschreitender rehabilitationswissenschaftlicher Methodik, eine intensive interpersonelle und interdisziplinäre Überarbeitung unseres Therapiekonzeptes vorzulegen.

Gemäß ihres sozialgesetzlichen Auftrags ist die Rehabilitation erwerbsorientiert.

Unsere übergeordnet strukturelle und inhaltliche Ausrichtung orientiert sich an den Annahmen des bio-psycho-sozialen Krankheitsfolgenmodells der WHO, abbildbar und kommunizierbar über das Klassifikationssystem der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit). Hervorgehoben wird die Bedeutung psychischer und somatischer Funktionsfähigkeit sowie der Aktivität als Voraussetzungen für soziale und erwerbsbezogene Teilhabe.

Die Fachklinik Bussmannshof setzt diese Anforderung in einem interdisziplinären Bezugsrahmen mit fachspezifischen, wissenschaftlich fundierten Angeboten um.

Die Qualitätssicherung erfolgt einerseits routinemäßig durch das seit 1994 bestehende und weiterentwickelte Verfahren der Deutschen Rentenversicherung mit unterschiedlichen Foki und Instrumenten wie die Erhebungen zur Strukturqualität von Einrichtungen, Fragen zur

Rehabilitandenzufriedenheit, Peer Reviews oder der KTL Dokumentaion als Abbild des Leistungsspektrums.

Seit Juli 2012 ist die Fachklinik gemäß den Forderungen der DIN EN ISO: 2008 (ab Mitte 2018 DIN EN ISO: 2015) und deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) zertifiziert. Zertifizierungsstelle: Cert IQ. Das Qualitätsmanagementsystem ist von der BAR anerkannt und erfüllt die Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX.

Klinikintern werden zusätzlich einerseits in jedem Quartal Rehabilitandenbefragungen zur Effizienz und Güte ihrer Rehabilitation befragt. Die Auswertungen werden im Leitungsteam besprochen. Die Ergebnisse informieren über kritische auch atmosphärische Tendenzen und geben Anregungen für Verbesserungen. Andererseits erhält jeder Rehabilitand bei Beendigung seiner Rehabilitation einen von deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) zur Verfügung gestellten Standardfragebogen, in dem ebenfalls konkrete Rehabilitationsbereiche von Rehabilitanden bewertet und als Grundlage für Änderungen zurate gezogen werden.

Datenschutzbestimmungen sind eine selbstverständliche Grundlage unserer Arbeit. Die Teilnahme an turnusmäßig angebotenen internen Schulungen durch einen im Datenschutz geschulten Kollegen (Datenschutzbeauftragter) ist für jeden Mitarbeiter verpflichtend.

2. Allgemeines

Konzeption

Stationäre medizinische Rehabilitation für von illegalen Drogen abhängige Menschen

Geschäftsführung : Peter Brüseke
Leitende Ärztin: Sonja Denninger
Leitende Psychologin: Anette Brock
Träger und Geschäftssitz: bussmannshof gemeinnützige GmbH,
Ernst-Erwin-Bußmann-Pfad 11, 44869 Bochum
Institutskenzeichen: 510 593 201

Kontakt:

Fon: 02327 9754 -0

Fax: 02327 9754-25

info@bussmannshof.de

webmaster@bussmannshof.de

www.bussmannshof.de

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Die Gründung dieses medizinischen Rehabilitationsangebotes für Drogenabhängige geht auf das Jahr 1993 zurück, als nach der theoretischen Konzeptionierung mit dem Aufbau der Einrichtung begonnen wurde. An dieser Stelle soll insbesondere Herr Joachim Dörner (verstorben 2017), Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut Erwähnung finden, der als Einrichtungsleiter bis 2002 die konzeptionellen Grundgedanken und Ausgestaltungen mit hohem fachlichen Anspruch und persönlichem Engagement ausgerichtet hat.

Im März 1995 öffnete die Fachklinik Bussmannshof für 40 Rehabilitanden auf einem ehemaligen landwirtschaftlichen Anwesen im Bochumer Stadtteil Eppendorf. In den Jahren 1999 und 2000 entstanden in kurzer Folge die Ambulanz „Lichtblick“ für ambulante Rehabilitanden, eine ambulante Nachsorge sowie die Tagesklinik „Westfälischer Hof“ als ganztägig ambulante Behandlungsform. Inzwischen sind die ambulanten rehabilitativen Behandlungsplätze eingestellt worden. Bis heute werden vielfältige Teilhabe bezogene Beratungen und Begleitungen im Ambulant Betreuten Wohnen erfreulich gut genutzt, das seit 2009 bereits zahlreiche Drogenabhängige versorgt. Seit dem Jahr 2014 können Interessenten aus dem regionalen Umfeld nach abgeschlossener Rehabilitation eine sozialtherapeutische Nachsorge Angebot in Anspruch nehmen.

Seit Ende 2013 unterstehen die verbliebenen Angebote der alleinigen Trägerschaft der bussmannshof gemeinnützige GmbH Bochum (vormals:Krisenhilfe Bochum gGmbH).

Die Fachklinik Bussmannshof verfügt über 40 Behandlungsplätze für polyvalent abhängige Menschen, Frauen und Männer, mit sowohl manifestierten langjährigen als auch relativ kurzen Konsumzeiten. Der Konsum umfasst alle bekannten illegale Drogen in unterschiedlicher Kombination und Mustern. Grundsätzlich besteht keine Altersbeschränkung. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren bedarf es einer besonderen Begründung, bei Personen wesentlich über 50 Jahren sollten die Grenzen der Integrationsfähigkeit in die bestehende Gruppe im Auge behalten werden. Das Durchschnittsalter beläuft sich derzeit auf 34 Jahre.

Psychiatrische Zusatzdiagnosen wie affektive oder schizophrene Krankheitsbilder und strukturelle Störungen mindestens vom Rang einer Persönlichkeitsstörung, auch Personen mit psychotischen Erkrankungen gehören zum Indikationsspektrum der Fachklinik Bussmannshof. In diesen Fällen ist zunehmend eine medikamentengestützte Behandlung indiziert, die allerdings kritisch und alternativ mit den Ärzten in jedem Einzelfall angeordnet werden .

Akute Psychosen, wiederholte suizidale Krisen und schwere, die Teilnahme an der Therapie und den damit verbundenen Projekten ausschließende somatische Erkrankungen stellen in aller Regel eine Gegenanzeige dar.

Bei bereits aus vorherigen Aufenthalten bekannten ausgeprägten dissozialen Tendenzen behält sich die Einrichtung die Ablehnung einer Aufnahme vor.

Die Regeltherapiezeit beträgt 22 Wochen. Diese kann abhängig vom Leistungsträger auch für 26 Wochen bewilligt werden.

Für eine Rückfallbehandlung sind 16 Wochen vorgesehen.

Zur apparativen Ausstattung im medizinisch und sportmedizinischen Bereich gehören ein Mehrkanal-EKG, ein Defibrillator, ein Notfallkoffer, ein Blutdruckmessgerät, Alkoholtestgeräte, Urinteststreifen für verschiedene Substanzen, eine Körperanalysewaage, ein Ergometer und Zubehör für Akupunktursitzungen.

Zu einem besonderen Indikationsangeboten der Fachklinik zählt die Möglichkeit als Paar eine Behandlung durch zu führen.

Durch zwei fremdsprachige Mitarbeiter (türkisch und russisch) lassen sich transkulturelle Therapiesequenzen einfügen, die der Ethnie einiger Rehabilitanden entgegenkommen soll, indem religiöse Werte und Lebenseinstellungen im Klinikalltag transparent und bzgl. Separationstendenzen in Rehabilitandengruppen thematisiert werden.

Außerdem bieten wir Hundehaltern an, ihre Hunde während der Rehabilitation mit zu bringen. Zuvor wird überprüft, ob ein ausreichender Tier -Haftpflchtsschutz vorliegt und die Bedingungen der Landeshundeverordnung für NRW erfüllt sind.

Die Fachklinik Bussmanshof befindet sich auf dem Gelände eines ehemaligen Landgutes mit Pferden und Reitstall in Bochum-Eppendorf. Die reizvolle Parklage, in einem Landschaftsschutzgebiet gelegen, lädt ein zur Besinnung und Regeneration ebenso wie zu Aktivitäten wie Fahrradfahren, Außensport (Spielfeld für Ballspiele, Beachvolleyball, Joggen) oder Ausritten unter Anleitung auf ausgebildeten Pferden. Gleichzeitig ist die Klinik verkehrsgünstig durch den ÖPNV (Busse und S-Bahn) eingebunden an die Zentren von Bochum, Wattenscheid, Essen und Dortmund bzw. in umliegende Städte Gelsenkirchen, Herne, Witten oder innerhalb des Ennepe-Ruhrkreises. Die Vielfalt an Bildungsstätten, beruflichen, kulturellen sowie freizeitfördernden Anreizen ermöglicht es, viele berufliche und persönliche Lebensmodelle zu gestalten.

Das Einzugsgebiet für die Aufnahme von Rehabilitanden hat sich seit der Gründung im Jahre 1995 über die Grenzen von Bochum und seinen unmittelbaren Nachbarstätten erheblich erweitert. Inzwischen erhalten wir Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet. Den Hauptanteil an Bewerbern erhalten wir allerdings weiterhin aus dem Großraum Ruhrgebiet, sowie dem westfälischen und nordrheinischen Umfeld.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Vor dem Hintergrund einer psychoanalytisch - interaktionellen therapeutischen Haltung enthält das Behandlungskonzept schwerpunktmäßig individuell ausgerichtete Angebote, die den Bedürfnissen und Strukturen der Rehabilitanden möglichst weit entgegenkommen und

gleichzeitig Sozialisierungsprozesse einleiten, damit soziale und berufliche Teilhabe gelingen kann.

Nicht zuletzt aus zeit-ökonomischen Gründen nach mehrfachen Verkürzungen der Behandlungszeiten haben wir unser zunächst psychoanalytisches Konzept modifizieren müssen. Aber insbesondere methodische Erfahrungen mit Rehabilitanden, deren Fähigkeit Deutungen des Bezugstherapeuten aus einer reflexiven Distanz nicht nutzen zu können oder wegen einer primären dyadischen Beziehungsorientierung einer therapeutischen Ich-Spaltung nicht zugänglich wurden, haben wir uns zur Betonung des Dialoges zwischen Psychotherapeuten und Rehabilitanden auf einen interaktionellen Ansatz geeinigt. Diese Form der therapeutischen Gesprächsführung verbindet die Annahme der strukturellen und psychodynamischen Einschränkungen des Rehabilitanden mit Alltag ähnlichen Reaktionsangeboten in einem klinischen Setting zum Zwecke einer Verbesserung der Selbst- und Beziehungsregulierung. Wir orientieren uns insbesondere an den "Gründern" und Fortschreibern dieser Methode A. Heigl-Evers 1983 und später U. Streeck (2007/2009).

Die Rehabilitanden profitieren während eines stationären Aufenthaltes von therapeutischen Erfahrungen unter einem hohen individuellen und intraindividuellen Realitätsbezug im klinischen Alltag. Das soziale Gefüge der Fachklinik mit multiplen Beziehungskonstellationen stellt einen ergiebigen milieuthérapeutischen Raum zur Verfügung. Zur Strukturierung und Orientierung muss der Rahmen der Einrichtung verlässlich sein und den süchtigen und besonders den aggressiven Persönlichkeitsanteilen ein konfliktfähiges Gegenüber bieten. Dieses Gegenüber, hier i.S. der Institution, wird sich vermitteln in durchschaubaren, nachvollziehbaren und zuverlässigen Regeln, die über einen ausführlichen Therapievertrag zum Antritt der Behandlung jedem Rehabilitanden vermittelt werden. Neuerdings erhält jeder neu aufgenommene Rehabilitand in einer "Orientierungsgruppe" mit psychoedukativen Elementen Informationen über inhaltliche, strukturelle und sozialrechtliche Zusammenhänge seiner Rehabilitation.

Eine neue Akzentuierung bzgl. der beruflichen Teilhabe nach BORA - Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker- soll die Rehabilitanden stärker als bisher motivieren, die oberen Grenze ihrer Fähigkeiten zu fördern und insbesondere auch ambitionierte Berufswünsche und anspruchsvolle Hobbys oder Beschäftigungen zu verfolgen und zu erproben und mit passgenauen Maßnahmen jedem Rehabilitanden durch Förderung und Forderungen seinen Erwerbsbezug zu ermöglichen. Eine prozessuale arbeits- und berufsbezogene Diagnostik mit handlungsleitenden (Selbst-)Erkenntnissen sowie das Einholen der Realität der aktuellen Arbeitsmarktsituation ist dabei immer ein wichtiges Korrektiv und wird vor allem durch externe Praktika, persönliche Kontakte zu den Berufsberatern der Rentenversicherer, Fallmanagern der Arbeitsagenturen oder komplementären Einrichtungen (Integrationsdienste, Berufsförderungswerke (BfW) etc.) repräsentiert.

Persönlichkeitstheorie -Theoretische Grundannahmen

Unserer Historie entsprechend favorisieren wir ein psychodynamisches Verständnis, das die "Oberflächen" und "Tiefen" einer Persönlichkeitsorganisation von Grundannahmen der Psychoanalyse und ihren unterschiedlich akzentuierten Teillehren aus der Ich- und Selbst - Psychologie und der Objektbeziehungstheorie, entwicklungspsychologisch, ableiten lässt. Hierdurch ist es möglich, pathogenetische Zusammenhänge aus dem biografischen Kontext

des Süchtigen zu beschreiben und ihm ein Selbstverständnis zu eröffnen, das mittels erweiterter Selbsterkenntnis und Verhaltensänderungen einer Modifizierung zugänglicher wird.

Im Weiteren werden Skizzierungen unterschiedlicher fachspezifischer Schwerpunkte hervorgehoben, die sich aus unserer Sicht insbesondere dazu eignen, die Diagnostik und Therapie von Drogenkonsumenten wissenschaftlich zu unterlegen und den Klinikalltag methodisch zu bereichern. Unsere wissenschaftliche Betrachtungsweise endet daher nicht bei einem Theorieansatz sondern trägt durch Integration suchtmedizinischer, neurobiologischer und verhaltenstherapeutischer Beiträge zu einem zunehmend umfassenderen Denken und Handeln bei der Behandlung suchtmittelabhängiger Rehabilitanden bei (Suchtmedizin kompakt Felix Tretter, Psychologie der Sucht Felix Tretter, Hrsg. Angelica Müller) .

Insbesondere dem Paradigma der Objektbeziehungstheorie, das den Schwerpunkt auf die Repräsentanzen von frühen Beziehungen zu den wichtigsten Bezugspersonen, den sogenannten Objekten legt, kommt eine therapeuleitende Bedeutung zu.

Dabei gehen wir davon aus, dass diese Beziehungen als wichtigster Teil der Orientierung in der Außenwelt sowohl im Bewusstsein wie auch im Unterbewusstsein des Subjekts abgespeichert sind und für dieses bei der Beziehungsgestaltung im Erwachsenenalter handlungsleitend sind. Die Arbeiten zur Ablösung und Individuation und zur frühen Triangulierung (Jacobson 1964, Kernberg 1981, Ermann 1985, 1989, Rotmann 1978) wurden hierbei besonders berücksichtigt.

Mit Triangulierung soll an dieser Stelle gemeint sein, dass im Unterbewusstsein des Kindes eine Dreierbeziehung, auch mit ambivalenten Qualitäten repräsentiert sein kann. In den folgenden Ausführungen geht es insbesondere um die Repräsentanz des Vaters als eines Dritten, d.h. als eines Objekts, das sich deutlich von dem zweiten Objekt, der Mutter, unterscheidet. Insofern kann eine Triangulierung nur gelingen und im Unterbewusstsein des Kindes hinreichend Konturen entwickeln, wenn der wirkliche Vater oder ein anderes der Mutter nahstehendes Objekt einen von dem der Mutter deutlich unterschiedenen Platz im Kontakt zum Kind einnimmt, dies bereits auch in den ersten drei Lebensjahren erlebbar ist. „Ein Misslingen der frühen Triangulierung hat darum unmittelbar negative Auswirkungen auf die Entwicklung des Selbst und der Objektbeziehungen“ (Abelin 1975, Schon 2000, p.732, siehe auch Abelin 1971). Insbesondere ist davon auszugehen, dass im Unterbewusstsein des Kindes eine dyadische Beziehungsstruktur dominant bleibt und somit einer Abhängigkeitsentwicklung Vorschub geleistet wird, indem eine vom Zweiten, in der Regel der Mutter, unabhängige Haltung und damit ein direkter Zugang zu den eigenen Impulsen und Motiven mental gar nicht repräsentiert ist und z.B. auf Substanzen fixiert werden kann.

Aus der Ich-Psychologie wird der Aspekt der Abwehr, der Abwehrmechanismen (A.Freud 1936) für das psychische Funktionieren des Subjekts genutzt, hier insbesondere die Phänomenologie der bei den sogenannten „frühen Störungen“ im Vordergrund stehenden „unreifen“ Abwehrmechanismen wie die Verleugnung, die Wendung gegen das Selbst, die Projektive Identifizierung und die Identifikation mit dem Angreifer.

Aus der Perspektive der Selbst-Psychologie stellen die Elemente Selbstrepräsentanz und Kohärenz für die Befindlichkeit des Subjekts wichtige Aspekte in der Auseinandersetzung mit

seinem Inneren im Austausch mit dem Äußeren dar. Vor allem Affekte von Scham und Schuldgefühlen, die Annahmen zur Entstehung eines „beschädigten“ bzw. beschämten Selbst, mit dem das Subjekt sich zur Vermeidung unerträglicher Schamgefühle nicht identifizieren möchte, führen dazu, wichtige Eigenschaften von sich selbst ab zu spalten (vgl. hierzu Kohut 1971). Die Entstehung dieses beschämten Selbst muss man sich insbesondere in der permanenten Spiegelung durch uneinfühlsame, desinteressierte, aggressive oder missbrauchende Andere vorstellen, was nicht nur dazu führt, dass der Mensch ständig von einer überwältigenden Scham bedroht ist, sondern auch dazu, dass er im Sinne einer Übertragung im Anderen permanent das uneinfühlsame oder missbrauchende Objekt sieht.

Krankheitsmodell und Suchtverständnis

In den klassischen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM V werden psychische Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen als Verhaltensstörungen bzw. nosologische, scheinbar diskriminierbare Einheiten beschrieben. Der neue Begriff der Substanz-Gebrauchsstörungen im DSM V lässt sich zwischen moderat und schwer bewerten und wird um das neue Kriterium des Craving ergänzt. Diese Klassifizierung ermöglicht eine schulenübergreifende, schematisierte Verständigungsgrundlage. Dahinterliegende Krankheitsmodelle lassen sich erst durch zusätzliche, psychodynamische, Dimensionen besser verstehen.

...„Nicht die chemische Wirkung der Rauschgifte entscheidet über die Entstehung und den Charakter der Sucht sondern die psychische Struktur des Drogennutzers“... (Freud, 1898).

Diese Sichtweise lässt bereits erahnen, dass es sich um ein multikausales Störungsgeschehen handeln muss, dass Ursachen, Anlässe und Symptome und Auswirkung eines Individuums in allen Lebensbereichen erwarten lässt.

Auf unserer Suche nach der Wesenheit von Abhängigkeitserkrankungen haben wir die nachfolgenden Aussagen aus den o.g dargestellten Modellen der psychoanalytischen und tiefenpsychologisch Theorieausschnitten abgeleitet und sie zu unseren zentralen Arbeitshypothesen erklärt

- Suchtmittelkonsum als Selbstheilungsversuch
Defizitäre Funktionen in der Ich- Organisation werden durch eine künstliche Ich-Funktion, die Entwicklung einer Sucht, ersetzt

Es liegt in der Regel um eine frühe (präödpale, ich-strukturelle) Störung (siehe hierzu Heigl u. Heigl-Evers 1991, Hempfling 1993). D. h., dass die Ich-Strukturen der Suchtmittelkonsumenten sich nicht in einem hinreichend fördernden Klima entwickeln konnten und daher den Anforderungen einer belastenden Realität in den meisten Fällen nicht gewachsen sind. Theoretisch interessant ist in diesem Zusammenhang auch das Konzept der Grundstörung (Balint 1957, Auchter 2000). Hier muss insbesondere davon ausgegangen werden, dass die frühe Einstimmung, das Tuning- In zwischen Mutter und Kind, aufgrund eigener Problematiken der Mutter nicht im Sinne eines sicheren Gefühls des Verstandenwerdens beim Kind zustande gekommen ist. Therapeutisch bedeutet die Annahme einer frühen Störung, dass vor jeder konfrontativen Arbeit die Förderung der Entwicklung der Ich-Strukturen Vorrang haben muss, z.B. durch die Übernahme einer Hilfs-

Ich-Funktion durch den Therapeuten, also durch aktive Hilfestellung bei der Bewältigung von Spannung, Angst und Unlust auslösenden Situationen.

- Suchtmittelkonsum als Versuch, sich gegen bedrohliche, vom Ich nicht bewältigbare Reize aus der inneren wie aus äußeren Welt zu schützen

Substanzabhängigkeit geht in so gut wie allen Fällen einher mit einer sogenannten Über-Ich-Störung. Dies meint, dass die zu schwachen Ich-Strukturen in den meisten Fällen eine durch frühe Verbote und Bestrafungen sowie „frühe narzisstische Traumatisierungen“ (Trimborn 2000, p. 756) entstandene überstrenge, teilweise grausame Über-Ich-Anteile erzeugt wurden. Vor allem die Überforderung durch nicht altersgemäße Erwartungen und frühe Parentisierung, d.h. die Umkehrung des Eltern-Kind-Verhältnisses durch übermäßige Verantwortungszuschreibung an das Kind sind hier ätiologisch zu vermuten. Das bedingt die Gefahr, die sich auch in vielen Erfahrungen widerspiegelt, dass der Rehabilitand unter Druck eine hohe Anpassungsleistung produziert, nach der Entlassung aus der Behandlung den alltäglichen Belastungen jedoch wieder mit autoaggressiven und destruktiven Reaktionen begegnet und umgehend rückfällig werden muss. Der Therapeut sollte es also so weit wie möglich vermeiden, zum Verbündeten dieses archaischen Über-Ich zu werden, sondern stattdessen versuchen, dem Rehabilitanden die Grausamkeit seines vom Über-Ich veranlassten Umgangs mit sich selbst vor Augen zu führen und damit die Macht der permanenten Selbstbestrafungstendenzen zu brechen. Hierbei gilt es allerdings zu beachten, dass der Therapeut nicht selbst zum Opfer einer Identifikation mit dem originären destruktiven Gegenüber wird.

- Suchtmittelkonsum als Versuch, Unlustgefühle kompensieren zu können

In ganz besonderem Maße scheinen die Handlungen des Suchtmittelabhängigen das Problem seiner Ich-Grenzen zu thematisieren. Der Schutz gegen eine Überflutung durch Außenreize, die extreme Dünnhäutigkeit gegenüber emotionalen Belastungen, unübersehbare Schwierigkeiten mit der Nähe-Distanz-Regulierung und der auffallend problematische Umgang mit realen und symbolischen Grenzen (Regeln und Gesetzen) sind, bewusst oder unbewusst, ständiges Thema im Verhalten der Rehabilitanden und, konsequenterweise, in den Gegenübertragungsempfindungen und auch den Reaktionen der Berater und Therapeuten. So benennen auch Platt und Labate (1982) „die Abschirmung des Süchtigen von einer Umwelt, der er nicht gewachsen ist“ (p.261) zu den wichtigsten Zwecken des Suchtmittelkonsums.

- Suchtmittelkonsum als Ausdruck und Ergebnis eines misslungenen Internalisierungsprozesses benigner Selbst- und Objektrepräsentanzen

Es handelt sich um eine Beziehungsstörung, d.h. es ist dem Drogenkonsumenten im bisherigen Leben nicht gelungen, hinreichend wohlwollende Objekte und die Struktur der Beziehung mit ihnen zu verinnerlichen. In übersichtlicher Weise zusammengefasst und anschaulich dargestellt werden die Beziehungsstrukturen, in denen der Süchtige typischerweise aufwächst (W.-D. Rost 1987, p. 106ff.). Hier ist einmal der gewalttätige, aber schwache und hilflose Vater zu nennen sowie die sogenannte „überfürsorgliche“, aber nur um ihre eigenen Schuldgefühle und Abwehrsysteme kreisende Mutter zu nennen. Um hier eine Neuerfahrung zu ermöglichen, die auch nach Abschluss der Therapie tragfähig ist, muss der Therapeut bereit sein, sich auf eine tragfähige, beständige Beziehung zum

Rehabilitanden einzulassen, um ihm die Bildung eines gutartigen Introjekts zu ermöglichen, wobei dieser Prozess zunächst durch die Übertragung früher Beziehungserfahrungen auf den Therapeuten verhindert wird. Durch beharrliches Antworten und immer wieder durchgeführte Realitätsprüfung, durch Betonung der Unterschiede zwischen dem Therapeuten und den Elternrepräsentanzen, wird der Rehabilitand in die Lage versetzt, die Beziehung zwischen ihm selbst und dem Therapeuten als wohlwollend zu erleben.

- Suchtmittelkonsum als Versuch, ein schwieriges psychisches Strukturniveau aufgrund von fehlenden oder unzusammenhängenden Anteilen des Selbst zu überbrücken

Es liegt in aller Regel eine Identitätsstörung vor, d.h. einerseits ist die Beziehung des Suchtmittelabhängigen zu seinen nächsten Bezugspersonen, in den meisten Fällen den Eltern, nicht durch Identifizierung, sondern durch Verweigerung gekennzeichnet, von den Eltern wurden also in aller Regel keine zusammenhängenden Identitätssegmente übernommen. Der Rehabilitand empfindet weder den schwach wirkenden und nicht konfliktfähigen Vater noch die überbesorgte, von Schuldgefühlen gesteuerte und in der Konsequenz übergriffige Mutter als Rollenmodell. Bereits Uchtenhagen und Zimmer-Höfler (1985) stellen fest, dass vielfach bereits im Vorfeld des Drogenkonsums ein Distanzierungsprozess von konventionellen Werthaltungen und Normen nachgewiesen worden ist. Insbesondere scheint vor allem bezüglich der geschlechtlichen Identität eine tiefgehende Konfusion vorzuliegen. Dieses Fehlen einer positiv definierten Identität scheint einer dauerhaften Integration in die Gesellschaft und einer tragfähigen Identifikation mit sozialen Grundwerten nachhaltig im Wege zu stehen. Dies impliziert die Anforderung an den Therapeuten, die Übernahme von Teilen seiner Identität durch den Rehabilitanden zu beobachten und, falls sinnvoll, zu fördern, aber insbesondere ihre malignen Phantasien, wie der Therapeut sie sieht, nämlich mit einem kalten, uninteressierten, den Mangel suchenden, gelegentlich feindseligen Blick, zu korrigieren und die positiven und wertschätzenden Beziehungsanteile überprüfen zu lassen. Aufgrund der Vorerfahrungen und der Ängste der Suchtmittelkonsumenten muss davon ausgegangen werden, dass das Begehren nach Wertschätzung als Schwäche erlebt und massiv abgewehrt wird.

Eine tiefenpsychologische Sicht auf die Dynamik von Sucht erlaubt unter Berücksichtigung o.g. Aspekte den Zugang zu unterschiedlichen Behandlungsfoki. Mithilfe einer psychodynamischen Befundung in Form eines Erstinterviews nach OPD - 2 (OPD – 2, Arbeitskreis OPD, 2006) lassen sich Struktur schwächere Ich-Funktionen und mögliche Konfliktthemen identifizieren. Dies erlaubt eine erste Arbeitshypothese zum individuellen Konsummuster und auch sinnvolle Interventionen zu Modifizierung und Nachreifung. Idealerweise entwickelt der Rehabilitand ein höheres Strukturniveau als Voraussetzung für eine nachhaltig suchtmittelfreie Lebensführung.

Zum Gesamtbild einer substanzbedingten Störungen zählen neben dem innerpsychischen Raum selbstverständlich auch die Einflussfaktoren, die sich sowohl aus der somatischen Konstitution des Rehabilitanden als auch von Wechselwirkungen seiner interindividuellen, gesellschaftlichen Bezüge ableiten lassen. Methodische Relevanz haben daher alle fachspezifischen Ansätze, die diese Entwicklung unterstützen und einem Behandlungsteam zur Verfügung stehen.

Mithilfe der "Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) steht ein Instrument zur Verfügung, mit dem Gesundheit und mit der Gesundheit zusammenhängende Zustände einheitlich/international dokumentiert werden können. Die Klassifikation ergänzt die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD). Im Mittelpunkt steht nicht die Erkrankung mit den üblicherweise erwarteten Krankheitsfolgen (Behinderungen und Einschränkungen) sondern eine auf die Ressourcen und Fähigkeiten bezogene Sicht des Menschen und dessen Bezogenheit zur Umwelt. Ein terminologisch vorgegebenes Klassifizierungssystem hilft bei der Einordnung und Formulierung der Interventionsziele, sowohl orientiert an den Hauptzielen der Rentenversicherer und den Krankenkassen i.S. einer *Besserung oder Wiederherstellung einer erheblich gefährdeten oder bereits geminderten Erwerbsfähigkeit und Abwendung einer Verschlechterung* als auch an den individuellen Zielen des jeweiligen Rehabilitanden.

Im Behandlungsverlauf erfordert es gemeinsam mit dem Rehabilitanden und frühzeitig einer prozessualen Klärung sinnvoller Entwicklungsschritte beginnend mit einer partizipativen Zielformulierung, die sich über Modifizierungen und Adaption bis zum aussagefähigen sozialmedizinischen Ergebnis entwickeln soll.

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

Die Fachklinik Bussmannshof verfügt über 40 Behandlungsplätze für polyvalent abhängige Menschen (F19.X Störung durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum sonstiger psychotroper Substanzen), Frauen und Männer mit sowohl manifestierten langjährigen als auch relativ kurzen Konsumzeiten. Der Konsum umfasst alle bekannten illegale Drogen in unterschiedlicher Kombination und Mustern. Grundsätzlich besteht keine Altersbeschränkung. Bei Jugendlichen unter 18 Jahren bedarf es einer besonderen Begründung, bei Personen über 50 Jahren sollten speziell die Grenzen der Integrationsfähigkeit in die bestehende Gruppe im Auge behalten werden. Das Durchschnittsalter beläuft sich derzeit auf 34 Jahre.

Zu den Kernindikationen der Fachklinik Bussmannshof zählen neben Störungen im Zshg. mit psychotropen Substanzen psychiatrische Zusatzdiagnosen wie psychotische Episoden, schizophrene, affektive, somatoforme oder durch schwerwiegende Belastung (Traumata) bedingte Krankheitsbilder und strukturelle Störungen mindestens vom Rang einer Persönlichkeitsstörung insbesondere aus dem Spektrum der spezifischen Persönlichkeitsstörungen, hier

Cluster A paranoide PS (F60.0) und schizoide PS (F60.1)

Cluster B emotional instabile PS, Borderline Typus oder impulsiver Typus (60.3);
histrionische PS (F60.4); und dissoziale PS (60.2)

Weniger häufig, dennoch vertreten sind auch Störungen aus dem
Cluster C ängstliche PS (F60.6); abhängige PS (F60.7); anankastische PS (F60.5) und
passiv-aggressive PS (F60.8).

Komorbide Anteile lassen sich den Bereichen der Affektive Störungen (F3) und Belastungs- und Somatoforme Störungen (F4) zuschreiben.

Angelehnt an die Begrifflichkeiten der ICF stellen sich Ressourcen und Defizite

- im Bereich der Körperfunktionen und Körperstrukturen in Form von somatischen, mentalen und psychischen Funktionalitäten mithilfe der Kategorien b 1,2,5,7, sowie s1,4,5,7
- im Bereich der Aktivitäten und Partizipation in Form von eingeschränkter individueller Handlungsstrategien oder Grad der Eingebundenheit in gemeinschaftliche Kontexte in fast allen d-Kategorien dar.

Eine vorläufige, meistens richtungsgebende Einschätzung erfolgt bereits über persönliche und schriftliche Vorstellungskontakte, Empfehlungen der zuweisenden Stellen und Berichte von Vorbehandlern.

Zusammenfassend betrachtet lässt sich die rehabilitative persönliche Indikationsstellung nur über eine gründliche Einzelfallbewertung herausfiltern.

Kontraindikationen

Zu den Kontraindikationen für medizinische Rehabilitation im Bereich illegaler Drogen gehören alle Formen ausgeprägter Über-Ich-Pathologien mit Neigung zur Selbstbeschädigungen, massive dissoziale Tendenzen mit Bindungsproblemen und fremdaggressivem Verhalten sowie manifeste psychiatrische Zusatzdiagnosen, die eine Integration in Gruppenabläufe nicht ermöglichen.

Akute produktive Psychosen, wiederholte suizidale Krisen und schwere, die Teilnahme an der Therapie und den damit verbundenen Maßnahmen und Projekten ausschließende somatische Erkrankungen stellen in aller Regel eine Gegenanzeige dar.

Bei bereits aus vorherigen Aufenthalten bekannten ausgeprägten dissozialen Tendenzen behält sich die Einrichtung die Ablehnung einer Aufnahme vor.

Bei anders angelegten unklaren Indikationsstellungen bieten wir nach einem Informationsgespräch mit der leitenden Ärztin eine Probebehandlungszeit von 14 Tagen an. Für diesen Zeitraum werden mit dem Betroffenen kritische Aspekte wie z.B. verstärkte Entzugsbeschwerden, motivationale Krisen oder sich verändernde Umfeldbedingungen auf Stabilisierung hin begleitet, um eine fortführbare ganzheitliche Behandlung nicht zu gefährden.

Voraussetzung für eine Aufnahme ist das Vorliegen einer gültigen Leistungszusage, ein nahtloser Übergang aus einer qualifizierten Entzugsbehandlung oder Übernahme aus der JVA mit nachgewiesener Substanzfreiheit. Vorausgegangen ist eine Phase der Motivationsüberprüfung über regelmäßige telefonische oder schriftliche Kontakte zu unserem Aufnahmepersonal nach der ersten Anfrage nach einem Behandlungsplatz und einer schriftlichen Bewerbung mit Dokumentation des Suchtverlaufs.

4.3 Rehabilitationsziele

Für den Erhalt, die Wiederherstellung oder Förderung der Fähigkeiten, die eine konstruktive private und berufliche Teilhabe als maximales Rehabilitationsziel ermöglichen, ist es unerlässlich, sich mit dem Organisationsniveau der psychischen Funktionen des Drogenab-

hängigen auseinander zu setzen. Analog dem Krankheitsmodell ist bei abhängigkeiterkrankten Menschen von mäßigen bis schlecht integrierten Ich-strukturellen Konstellationen auszugehen. Deren Identifizierung und Aufarbeitung im Hinblick auf eine symptomfreie zufriedenstellende Befähigung, sich privat und beruflich in der Gesellschaft zu positionieren, sind daher übergeordnete Zielsetzungen. Zu diesen Behandlungszielen zählen:

Psychotherapeutisch - das Erreichen und Erhalten von Abstinenz durch

- Stabilisierung und Reifung von Ich-Strukturen
- Verstehen der biografischen Suchtentwicklung
- Variabilität von Beziehungsgestaltung i.S. größerer Autonomie
- Psychosexuelle Identitätssicherheit, Selbstwert, Selbstkonzept

Private und berufliche Teilhabe - die Entwicklung eines angemessenen Lebenskonzeptes durch

- Förderung der Gesundheitsfürsorge (z.B. Strukturierung eines Lebensrhythmus)
- Entwicklung eines Gefühls für soziale und fachliche Ressourcen und Grenzen
- Stärkung sozialer Kontakte in der Freizeit und bei der Arbeit
- Rollenübernahme in gesellschaftlichen Kontexten

Die individuelle Konkretisierung der Behandlungsziele soll in einem adaptiven Therapieplan zusammen mit dem Rehabilitanden festgelegt werden. Das Vorgehen im betont respektvollen Therapieklima wird nach den Prinzipien der Zielvereinbarung zwischen Behandlern und Rehabilitanden, der interdisziplinären Bearbeitung der Ziele und die Überprüfung der Zielerreichung in Zielkonferenzen und Fallbesprechungen umgesetzt und stets mit Stärkung von Motivation und Ergebnisorientierung kommuniziert.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Regelbehandlungsdauer umfasst einen Zeitraum von 22 Wochen.

Der Therapieprozess ist -an die Erkenntnisse von Therapieverläufen bei polyvalent abhängigen Patienten in stationärer Psychotherapie (S.Leikert, A. Brock, J. Dörner 2000) - in Behandlungsphasen (s. 4.6) unterteilt. Die Übertragung der Phaseneinteilung bei kürzeren Therapiezeiten wird in der Kernphase und im Ausklang der Behandlung berücksichtigt, indem z.B. Inhalte fokussierter werden oder das bevorstehende Ende bereits als flexible Schnittstelle zu nachsorgenden Stellen verschoben wird.

Abhängig vom Fokus der Behandlung z.B. als ein Therapieversuch, als eine Rückfallbearbeitung oder als Krisenintervention u.a. auch nach komorbider Exazerbation reichen die Leistungszusagen von 8 bis 16 Wochen. Verlängerungsanträge ergeben sich häufig aufgrund von neuen diagnostischen Erkenntnissen oder Zielmodifikationen. Die Behandlungsdauer wäre sinnvoll nach den psychodynamischen Ressourcen des Rehabilitanden und einem von uns fachlich vertretbaren Behandlungsumfang zu gestalten, der selbstverständlich auch ökonomische Vorgaben nicht unberücksichtigt lassen kann.

Die Vor- bzw. Nachbereitung jeder medizinischen Rehabilitation nimmt einen besonderen Stellenwert bei der Behandlungsplanung ein. Erste Kontaktaufnahmen mit dem Bewerber und den zuweisenden Stellen über schriftlichen (Bewerbungsschreiben bzw. Zusendung von

Informationsmaterial) und persönlichen Austausch (Informationstermine) bzgl. äußeren und individuellen Bedingungen des Rehabilitanden ermöglichen frühzeitige Hinweise auf die zukünftige konkrete Zusammenarbeit und erleichtern zielführendes Vorgehen. Neben der ohnehin bestehenden Kooperation mit den unterschiedlichen Fachstellen lassen sich die persönlichen Schnittstellen des Rehabilitanden eingangs und bei Austritt aus der Behandlung optimal berücksichtigen.

Der Rehabilitationsverlauf teilt sich in folgende *Behandlungsphasen* auf:

Aufnahmephase

Eingangsdagnostik

Anamnese

Vereinbarung der Therapieziele

Erarbeitung einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung unter Berücksichtigung und Spiegelung der Beziehungsstörung

Entwicklung von Interessen und Freizeitmöglichkeiten in den begleitenden Therapien (Gestaltungstherapie, Sport)

Entwicklung eines Gesundheits- und Körperbewusstseins durch Sport und medizinische Indikationsgruppen

Selbstwahrnehmungs-/ Selbstfindungsphase

Realitätsprüfung mithilfe einer stabilen Beziehung zum Therapeuten

Stärkung der Ich - Funktionen (u.a. Steuerungsfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit, Affektdifferenzierung)

Stärkung der Frustrationstoleranz über Hilfs- Ich Funktionen des Therapeuten

Steigerung der Konfliktfähigkeit

Förderung der Variabilität in sozialen Beziehungen (z.B. Erweiterung des drogenfreien Umfelds)

realitätsnähere Eingrenzung der individuellen Belastbarkeit

Vertiefen der Bewusstheit für seine Persönlichkeitsdynamik vor dem persönlichen Sozialisationshintergrund

Optimierung des Zugangs zum affektiven und motivationalen System

Phase der Verantwortungsübernahme und der Identifizierung

Übernahme von Verantwortung u.a. in der Arbeitstherapie, für Angehörige, Partner

Zunehmende Identifikation mit einem abstinenten Leben im häuslichen Umfeld, in der Freizeit, im Berufsleben

Ablösephase

Bilanzierung der Wohnsituation und Auswertung des abstinenten Umfeldes auf Tragfähigkeit

Überarbeitung beruflicher Ziele, Arbeitserprobungen z.B. in Praktika

Kontakte zu Arbeitsvermittlern und Rehabilitationsberatern

Empfehlung einer Selbsthilfegruppe

Verabschiedungsprozess aus dem stationären Setting

Besprechen und Auffangen von regressiven Tendenzen in Anbetracht des Therapieendes.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Zu den therapeutischen Ansätzen in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen zählen wir insbesondere die Unterstützung

- beim Verstehen, Strukturieren und Modifizieren von Persönlichkeitsorganisationen
- bei der Annahme eines Krankheitsverständnisses mit Verantwortungsübernahme für eine langfristige Abstinenz und umfassende Gesundheitsfürsorge
- bei der Entdeckung vernachlässigter oder optimierbarer Kompetenzen
- bei der Konturierung seiner gesellschaftlichen, d.h. familiären und sozialen Funktionen, Rollen

um Selbstbestimmung, seine Eigenverantwortlichkeit, und Aneignung praktischer Fähigkeit für zukünftige Lebenssituationen zu fördern und stabil zu halten. Es sollen ihm somit Wege aufgezeigt werden, frei von jedem Suchtmittel in der Gesellschaft leben zu können, d.h. Abstinenz zu erreichen und zu erhalten. Körperliche und seelische Störungen sollen während der Behandlung so weit behoben oder ausgeglichen werden, wie es für die Entwicklung einer stabilen sozialen und beruflichen Situation und einer ausreichenden Lebensqualität für eine dauerhafte gesellschaftliche Integration nötig ist. Ggf. muss der Rehabilitand zumindest so weit stabilisiert werden, dass das Rehabilitationsziel mit Hilfe einer anschließenden Nachsorge noch weiter bearbeitet werden kann.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Programm soll der Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit entsprechen. Es soll die Ganzheitlichkeit in den Vordergrund stellen und Interdisziplinarität repräsentieren, die einen Rehabilitanden mit ausreichender körperlicher und psychischer Belastungsfähigkeit sowie grundsätzlicher Motivation zur Optimierung seiner sozialen und beruflichen Teilhabe mit stabiler Abstinenzfähigkeit begleiten kann.

Wir haben die in unserer Studie gefundenen innerpsychischen Entwicklungsschritte dem Gesamtverlauf theoretisch hinterlegt und uns wiederholt bemüht, diese den zeitlichen Vorgaben der Bewilligungszeiträume anzupassen. Daraus erfolgte ein Behandlungsverlauf aufgebaut aus drei Phasen mit u.a. unterschiedlichen Belastungsgraden.

Regelbehandlungszeit (22 Wochen)

Phase I	1.- 6. Woche (Eingangsphase)
1.Woche:	Phase der Selbstkonzentration, Eingewöhnung, Kontaktsperrung zu Vermeidung maligner und überfordernder sozialer Einflüsse, keinen Besuch Ausgang für behördliche Anliegen oder fachmedizinischer Abklärung nur mit einem Mitarbeiter der Klinik Einstieg in das therapeutische Programm
2.- 3.Woche:	Möglichkeit zum Empfang eines drogenfreien Besuchers Entwickeln von Therapiezielen durch Exploration, Diagnostik, Zuordnung zu BORA spezifischen Maßnahmen

ab 4. Woche: Zweierausgang als erste externe Belastungserprobung, anschließend Einzelausgänge, selbstständige Meldungen beim Gericht (§ 35 BtmG, § 57 StGB)

Phase II 7. - 14. Woche (Kerntherapie)

Bearbeitung von Sucht bezogenen, persönlichen Problemen zur Wiederherstellung von Gesundheit und dem Aufbau von Abstinenz sowie sozialer und erwerbsbezogener Kompetenzen, Aktive Mitarbeit bei der Regelung von sozialrechtlichen Angelegenheiten
regelmäßige Teilnahme an allen vereinbarten Therapiemaßnahmen, Übernahme von Verantwortung als Pate, Vorarbeiter und Gruppensprecher
externe soziale und arbeitspraktische Belastungserprobungen
Besuch von Selbsthilfegruppen

Phase III 15. - 22. Woche (Ablösungsphase)

Belastungserprobung in Übernachtungsausgängen
Vorhandensein von konkreten Kenntnissen bzgl. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfallbearbeitungsschritten
Einleiten von Nachsorgemaßnahmen
Bilanzierung der Rehabilitationsergebnisse
Loslösung aus Schutz gebendem Rahmen
Vorbereitung des Überganges in die persönliche Realität
Verabschiedung

analog bei Rückfallbehandlung / Auffrischungsbehandlung (12 -16 Wochen)

Phase I 1. - 3. Woche (Eingangsphase)
Erläuterungen: s.o.

Phase II 4. - 9. Woche (Kerntherapie)
Erläuterungen: s.o.

Phase III 10. -12. Woche (Ablösungsphase)
Erläuterungen: s.o.

Die Therapieangebote im stationären Behandlungssetting bilden sich bzgl. Tageszeit, Funktionsbereich und Umfang der Maßnahmen in einem Wochenplan (s. Mustertherapieplan im Anhang) ab. Er sieht feste arbeitstherapeutische Sequenzen, Gruppentherapiesitzungen Indikationsangebote und Beratungs - Sprechstunden im Sozialdienst vor. Therapeutische Einzelgespräche, ärztliche Untersuchungen, medizinische Beratung, psychologische, arbeitstherapeutische und Sport relevante Diagnostik und Maßnahmenplanung sowie Ernährungsberatung werden individuell mit dem Rehabilitanden vereinbart. Für den Rehabilitanden beginnt der Tag nach der ersten Atemluftkontrolle mit einem gemeinsamen Frühstück in seiner Wohngruppe im Beisein des Bezugstherapeuten, der Pflege seines Zimmers und der Gemeinschaftsräume mit milieuthérapeutischer Anleitung. Anschließend befinden sich die Rehabilitanden in arbeits- und milieuthérapeutischen Maßnahmen bzw.

nehmen an Einzelterminen in der Bezugstherapie, Sport- und Kreativangeboten teil. Eine festgesetzte Mittagszeit mit dem Einnehmen einer warmen Mahlzeit soll zusätzlich bewusst zur passiven oder aktiven Regeneration und Entspannung genutzt werden. Am Nachmittag werden arbeits- und milieutherapeutische Prozesse fortgesetzt und wechseln sich ab mit drei Gruppenangeboten pro Woche und individuell gesetzten Einzelkontakten. Nach einer gemeinsamen Abendreflektion in den Wohneinheiten in Anwesenheit des Spätdienstmitarbeiters, einer anschließenden Abendmahlzeit, angeleiteten Sport- und Freizeitangeboten oder selbst geplanten Aktivitäten bzw. Ruhezeiten wird der Therapietag mit dem Hinweis auf Bettruhe um zwischen 22.00 und 07.00 Uhr abgeschlossen.

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Am Tag der Aufnahme wird der Rehabilitand in festgelegter Reihenfolge empfangen:

Er wird durch die Mitarbeiterin des Aufnahmebüros begrüßt und nach Feststellung von Drogenfreiheit durch ein Urinscreening in das Patientendokumentationssystem (Patfak von Redline Data) der Fachklinik als Klient eingepflegt. Der Wochenplan und ein Vertrag über die Kenntnisnahme bzgl. der Umgangsregelung mit dem eigenen Handy und wird ihm ausgehändigt. Sein Gepäck wird bis zum Einzug in sein Zimmer in der Anmeldung gelagert. Es folgt im Anschluss die ärztliche Eingangsuntersuchung.

Von dort wird der Rehabilitand an seinen Paten übergeben, einem Mitbewohner seiner Wohngruppe, der ihn zu seinem Zimmer führt. Dieses wird ihm von der Mitarbeiterin der Hauswirtschaft übergeben und anhand eines Protokolls die Ausstattung des Zimmers festgehalten. Der neue Rehabilitand kann sich dort einrichten, bis er zur Einnahme des Mittagessens wieder in das Haupthaus zurückkehrt.

Sein Bezugstherapeut stellt sich ihm zu dieser Gelegenheit vor und bittet zum Eingangsgespräch am Nachmittag oder am Morgen des folgenden Tages zur Aufklärung über alle therapeutischen Maßnahmen, deren mögliche Nebenwirkungen und bespricht den Therapievertrag. Unterschrieben erhalten sowohl der Rehabilitand als auch der Bezugstherapeut ein Exemplar. Zur Eingewöhnung und Orientierung im Klinikalltag steht der Pate weiterhin zur Verfügung.

Entweder am gleichen Tag oder zu Beginn des folgenden Tages wird ein Sozialgespräch geführt und der Termin für das Erstinterview und die Eingangstestungen mit den Psychologen vereinbart.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Als richtungsgebende diagnostische Grundlage dienen zunächst alle mit den Anträgen zur Aufnahme vorliegenden Vorbefunde beteiligter Behandler und Institutionen, die Daten und Indikatoren zu rehabilitationsrelevanten Zielfindung und für die therapeutische Methodik in der Gesamtplanung bereits nahe legen.

Eine Vertiefung, Ergänzung und Kontrolle diagnostischer Foki erfolgt über einen gestaffelten Diagnostikprozess nach der Aufnahme des Rehabilitanden. Wir betrachten die

Aufnahmephase in ersten 3 Wochen als eine durch szenische Beobachtungen und durch konkrete diagnostische Ergebnisse nutzbare Zeit, biografische Hintergründe von aktuellen Behandlungsschwerpunkten zu differenzieren, u.a. auch um die Realität der Zeit ökonomisch in der Therapieplanung berücksichtigen zu können.

Indikativ werden somatische Unklarheiten differentialdiagnostisch bei unterschiedlichen Fachmediziner*innen ergänzend überprüft.

Psychische und psychiatrische Undeutlichkeiten werden über indizierte Testungen oder in Fallanalysen unter Supervision abgeklärt.

Verlaufskontrollen werden bzgl. psychisch und somatischer Befindlichkeiten sowie im Bereich der Fähigkeits- bzw. Erlebensentwicklung im Bereich Arbeitstherapie erhoben.

Zu den für uns dazu sinnvoll und notwendig erachteten Verfahren gehören Befundungen aus

Medizin

Somatischer und psychiatrischer Status bei Aufnahme

Jetzige Beschwerden

reha-relevanter Beeinträchtigungen

vegetative Anamnese

psychiatrische Anamnese

Suchtanamnese

Psychologie

Dem Persönlichkeitsmodell ist zu entnehmen, dass es sich bei drogenabhängigen Patienten überwiegend um komplex gestörte Persönlichkeiten handelt, deren ich-strukturelle Organisation zunächst über eine intensive Psychodiagnostik erschlossen werden muss. Die Auswertung diagnostischer Erkenntnisse der zuweisenden Stellen wird bei der Aufnahme durch eine verbindliche Eingangsdiagnostik aktualisiert. Diese Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD – 2, Arbeitskreis OPD, 2006) umfasst eine multiaxiale Diagnostik als auch eine Struktur- und Konflikt bezogene Einschätzung zur Generierung therapeutischer Ansätze, wie Suchtdynamik, subjektive Beschwerden, Krankheitsverständnis, Kontextfaktoren, Zielvorstellungen, Ressourcenbeurteilung.

alternativ: Verhaltensanalyse

> Vertikale Bedingungsanalyse inkl. Funktionalität der Sucht, Dysfunktionale Schemata

Psychische Befindlichkeit

> SCL 90 (Symptomcheckliste nach Derogatis) als Eingangs- und Ausgangsdiagnostik

> Auswertung von Selbstbeurteilungsskalen zur Rückfallwahrscheinlichkeit

> Bewertung von Selbstwahrnehmungsbögen

indikativ:

> KAI (Kurztest für Allgemeine Intelligenz) Test

> BDI Becks Depressions Inventar

Ergo-/Arbeitstherapie

Fähigkeitsprofil Fremdbeurteilung

> Mini -ICF Eingangs- und Ausgangsbeurteilung, interner Zielfragebogen

> Analyse der Bildungs-, Arbeits- und Berufsanamnese, Vorberichte, Sozialberichte

indikativ: AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster)
COGPACK kognitives Leistungstraining

> Analyse des letzten Arbeitsplatzes nach Checkliste (als Anhang)

Sozialdienst

Exploration und Aktualisierung der Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

Sport und Bewegungstherapie

Leistungs- und Motivationsbeurteilung nach hausinternem Sporttherapie-
Beobachtungsbogen

4.7.3 Medizinische Therapie

Der medizinische Bereich wird durch zwei Mediziner vertreten: einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und einer Fachärztin für innere Medizin mit sozialmedizinischer Zusatzqualifikation und in psychotherapeutischer Ausbildung. Beide decken insgesamt 40 Wochenstunden ab, u.a. mit regelmäßigen Sprechstunden. In Krankheits- und Urlaubszeiten werden sie von Honorar-Ärzten vertreten.

Zu ihren Aufgabenbereichen zählen Aufnahme-, Abschlussuntersuchung, Behandlung akuter und bestehender somatischer Erkrankungen, Visiten, sozialmedizinische Beratung und umschriebene Hintergrunddienste, Kooperation mit niedergelassenen Fachkollegen und Fachabteilungen von Krankenhäusern.

Sie nehmen an allen Übergaben, Teamsitzungen und interner Supervision und Fortbildung teil.

Die leitende Ärztin garantiert für eine ordnungsgemäße und fachkundige Durchführung von Behandlungsverläufen, für die somatische, psychiatrische und sozialmedizinische Akzentuierung jedes Rehabilitandenprofils und die gesamte Dokumentation des Rehabilitationsverlaufes und das Verfassen des Entlassungsberichtes in konzeptioneller Zusammenarbeit mit der leitenden Psychologin. Sie supervidiert und steuert die medikamentösen und sonstigen ärztlichen Anordnungen und Verschreibungen.

In der Übersicht ergeben sich folgende ärztliche Aufgaben:

- Übernahme der Verantwortung für jeden Behandlungsverlauf nach Vorgaben des Leistungsträgers und unter Akzentuierung der sozialmedizinischen Perspektive
- Bestätigung der Teilnahme an sport- und bewegungstherapeutischen Angeboten, als auch der Teilnahme bzw. nicht Teilnahme am therapeutischen Programm bei akuter Erkrankung
- Verfassen einer sozialmedizinischen Verlaufs- und Endbeurteilung (Entlassungsbericht)
- Erhebung eines somatischen, neurologischen, psychiatrischen Status
- psychiatrische Diagnosestellung zur Validierung oder Abgrenzung zu ähnlichen Strörungsbildern
- bei Suchtfolgeschäden oder Komorbiditäten konsiliarische Beteiligung weiterer Fachärzte

- Anordnung und Aufklärung über Medikation bzw. alternativer oder anderer unterstützender Maßnahmen (Akupunktur, Bewegungstherapie, Yoga)
- Entwicklung einer ersten sozialmedizinischen Arbeitshypothese bei Aufnahme
- Einbeziehung von Hausärzten oder anderen Vorbehandlern, Fremdbefunden
- Überwachung der Verläufe zu Drogenscreenings
- Abschlussuntersuchung mit einem ausführlichem Gespräch über realistische erwerbsbezogene Perspektiven und möglicherweise weiteren anschließenden Maßnahmen
- Regelmäßiges Vortragsangebot zu medizinischen Fragestellungen (Hepatitis, Infektionskrankheiten, Schlafstörungen, Schmerz, Psychopharmaka, Gesundheitsfürsorge, Craving u.a.) in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen

Inhouse Info-Veranstaltungen zu Tabakentwöhnung mit der Möglichkeit, sich für einen durch die Krankenkassen mitfinanzierten Kursen anzumelden, werden quartalsmäßig angeboten und werden mit jedem Rehabilitanden motivierend vorbereitet.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Abgestimmt auf das Funktionsniveau abhängigkeiterkrankter Rehabilitanden ist die Auswahl an Behandlungsangeboten und -techniken sorgfältig auszuwählen, um Veränderung zu ermöglichen. Veränderungen, die sich auf der Strukturebene ergeben sollen, bedürfen daher anderer Verfahren (Rudolf, G. Strukturbezogene Psychotherapie, 2007) als die der klassischen Deutung und Durcharbeitung innerer Konflikte, die bei den meisten drogenabhängigen Personen erfahrungsgemäß nur sehr bedingt vorliegen.

Mit Ich-stützenden, antwortenden Interventionen sollen dem Rehabilitanden in interaktionellen psychoanalytischen Einzelgesprächen Möglichkeiten emotionaler Korrektur und der Identifizierung mit dem Therapeuten als Vorbild geboten werden. Neben suchttherapeutischer Interventionen durch den Bezugstherapeuten lassen sich auch lerntheoretische Sequenzen aus der modernen Verhaltenstherapie einbinden, damit mithilfe kognitiver Umstrukturierungen oder Übungsaufgaben, Erkenntnisse formulierbar, Ergebnisse nachweisbarer und damit kontrollierbarer werden können. Um Aspekte der Triangulierung trotz im Personalbestand reduzierter Suchttherapeuten für komplementäre Gespräche nicht zu vernachlässigen, sind arbeits- und milieuthérapeutische Gesprächseinheiten eingeführt worden. Mittels dieser von der Symbiose wegführenden Kontakte lassen sich Differenzen in den Beziehungsangeboten gut herausarbeiten und symbiotische Tendenzen problematisieren. Einzelkontakte werden sowohl in Einheiten von 30 als auch 50 Minuten angeboten, abhängig von der mentalen und psychischen Belastbarkeit des Rehabilitanden.

Für Rehabilitanden mit Migrationshintergründen stehen ein türkisch und ein russisch sprachiger Bezugs- bzw. Arbeitserzieher zur Verfügung. In Einzelfällen haben die ethnisch- und kulturgeprägten Lebenshintergründe dieser Mitarbeiter unser Verständnis hinsichtlich der Abhängigkeitsentwicklung und therapeutischer Voraussetzung erweitert. Eine qualitative Forschungsprojekt, geleitet durch Herrn Dr. S. Leikert, A. Brock, P. Brüseke das

Pendel der Integration (2017 in Druck) wird hierzu noch vorgestellt und bzgl. konzeptioneller Implikationen aufbereitet.

Gruppenpsychotherapie, zweimal wöchentlich à 60 Minuten, wird als ein Medium für die Teilnehmer verstanden, sich mithilfe der Therapeuten als ein „Netzwerk“ zu verstehen lernen, das sich Orientierung, Schutz und Raum für soziale Entwicklung geben kann. Die von Heigl-Evers et al. 1994 entwickelte psychoanalytisch-interaktionelle Methode ermöglicht eine Gruppe zu leiten, ohne maligne Regressionen zu evozieren und sukzessive die Empathie untereinander zu begünstigen, so dass das eigene Verhalten und das des Gegenübers besser einschätzbar wird.

In der verhaltenstherapeutisch orientierten Gruppentherapie stehen neben der Vermittlung von psychoedukativen Inhalten die konkrete Auseinandersetzung mit der individuellen Suchtdynamik sowie die Erarbeitung konkreter Bewältigungsstrategien im Vordergrund. Dabei findet eine Orientierung an der Theorie der Neuropsychotherapie nach Grawe statt, welche postuliert, dass die neuronalen Korrelate der Störung in Situationen von massiver Inkongruenz entstanden sind und zum Zeitpunkt der Entstehung der Inkongruenzreduktion dienen, langfristig jedoch das Gegenteil bewirken. Somit kann die individuelle Bedürfnisstruktur ermittelt werden (vergleichsweise Plananalyse) und Selbstwirksamkeitserfahrungen durch neue, kongruente Bewertungs- und Handlungsmuster gefördert werden. Die Gruppenstärke entspricht der Belegung der Hausgruppen mit bis zu 10 Rehabilitanden.

Psychoedukative Gruppenangebote, wöchentlich à 60 Minuten, zur Indikation störungsspezifischer oder teilhabestärkender Wissensvermittlung und Übungsfeldern ergänzen als Standardmodul oder als spezielles Angebot das Behandlungsprogramm. Zur groben Orientierung bzgl. zeitlichen Umfangs und Frequenz nutzen wir die Vorgaben der Evidenzbasierten Therapie Module (ETMs nach Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit 2015).

Aus der Auswahl folgender psychoedukativer Angeboten nehmen Rehabilitanden grundsätzlich bzw. indikativ teil:

- Medizinische Informationsgruppe zu suchtmmedizinischen Aspekten und allgemeiner Gesundheitsfürsorge
- Orientierungsgruppe zur Maximierung von Transparenz für rehabilitative Anforderungen und Möglichkeiten, eigenen Bedarf und Rahmenbedingungen zu koordinieren und die Motivation zu halten
- Motivationsgruppe (Sportgruppe, Gestaltungsgruppe) zur Anregung und Aufrechterhaltung von Aktivität und Hilfestellung für sinnstiftende und interessenweckende Beschäftigungen
- Geschlechtsspezifische Gruppen, um genderbezogene Aspekte der Behandlung und des persönlichen Lebensstils zu erkennen und zu berücksichtigen
- Entspannung durch Akupunktur und Yoga als Vertiefung zum Standardangebot

- Ernährungsberatung in Gruppen zur theoretischen und praktischen Anleitung für gesunde Ernährung und Hilfestellungen bei Essstörungen
- Milieutherapeutische Gruppen zu Selbstversorgung im Alltag, Hygieneverhalten, Notfallmanagement
- Informationsgruppe für das Nachsorgemangement
- Informationsgruppe zur Heranführung an den Selbsthilfgedanken
- Gruppen zu Problemen am Arbeitsplatz mit Teilnehmersvorschlägen (Mobbing, Soziale Kompetenz, Über-,Unterforderung, Kinderbetreuung etc.)
- Inhouse Info -Veranstaltungen zur MPU, Raucherentwöhnungsprogrammen und zu Fragen einer HIV Infektion werden regelmäßig durchgeführt

Die Vermittlung von Themen und Sachverhalten enthält einerseits einen hohen Anteil an sozialer Realität und aktuellem Wissensstand, lässt sich aber jederzeit an die gerade vorliegenden Problemlagen der Teilnehmer anpassen, so dass ein Rehabilitand sowohl neue Erkenntnisse gewinnen aber auch seine Fragen und Sorgen thematisieren kann.

Kunst- und Gestaltungstherapie

Die Kunst- und Gestaltungstherapie ist ein fester Bestandteil des Therapieprogramms. Sie spricht vor allem nonverbale Ausdrucksqualitäten der Rehabilitanden im Rahmen des ganzheitlichen therapeutischen Behandlungsansatzes an. Die Kunst- und Gestaltungstherapeutin eröffnet die Möglichkeit, die persönlichen gestalterischen Qualitäten der Teilnehmer zu entdecken oder auszubauen und die Gestaltungen unter biographischen Gesichtspunkten anzuschauen und zu begreifen. Über Schaffensprozesse und Ergebnisse können Rehabilitanden bereits besprochene therapeutische Themen bildhaft erläutert oder weitere, neue Themen und Zusammenhänge eröffnet werden. lassen sich Erkenntnisse aus der Einzel- und Gruppentherapie und Gestaltungstherapie sinnvoll integrieren.

Social Defense - Achtsamkeit im Umgang mit negativen Affekten

Dem modularen Gruppen- und Einzelangebot liegt vom Grundsatz her ein achtsamkeitsbasiertes Selbstkompetenztraining zugrunde. Es werden Techniken und Taktiken der Selbstverteidigung (körperorientiert), sowie der Selbst- und Sozialregulation in Form von Aspekten der Selbst- und Fremdwahrnehmung, Deeskalation und Kommunikation vermittelt und in der Anwendung geübt.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Traditionell kommt der Arbeits- und Berufsorientierung in der medizinischen Rehabilitation eine bedeutende Stellung zu. Seit der Vorstellung von Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker durch Vertreter der deutschen Rentenversicherer und der Suchtfachverbände im April 2015 stehen neue Anregungen zur Verfügung, die konzeptionelle Umstellungen für die Entwicklung erwerbsbezogener Integration erforderlich machen. Die Strukturierung über Zielgruppen, einer vertiefenden bzw. differenzierenden arbeits- und berufsbezogenen Diagnostik, die am individuellen Integrationspotential ausgerichtete Maßnahmeplanung und die Vernetzung der

am Rehabilitationsprozess beteiligten Einrichtungen und Stellen gehören zu den zentralen Aspekten in der Durchführung als auch bei der Dokumentation erwerbsfördernder Leistungen.

Eine erste Darstellung arbeitsbezogener Interventionen wurde im Oktober 2016 mit einer konzeptionellen Anpassung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker für die BORA-Zielgruppen aktualisiert. Ergänzungen und Modifikationen mit dem federführenden Leistungsträger und einer internen Überarbeitungen liegen inzwischen vor und werden ab März 2017 umgesetzt.

Eine Übertragung dieser Zuteilungsmatrix auf die Rehabilitanden unserer Fachklinik kann nach unseren Erfahrungen nur gelingen, wenn sie durch elementare arbeits- und milieuthérapeutische Maßnahmen flankiert wird. Nachlassende Selbstfürsorge, Übergänge aus Obdachlosigkeit und nach Haftzeiten und lange Phasen von Inaktivität und Strukturverlusten im Alltag erschweren dem Großteil unserer Rehabilitanden zunächst einen motivationalen Zugang zu komplexen gesellschaftlichen und arbeitsbezogenen Zusammenhängen, den Blick auf eine zukünftige gesellschaftliche und erwerbsbezogene Positionierung.

Arbeitstherapie spielt sich daher in einem Spannungsfeld von Fördern und Fordern ab, wobei die Relation zwischen Hilfestellungen und Selbstverantwortlichkeit bzw.-ständigkeit ständig ausbalanciert werden muss. Kann Arbeit erst einmal verstanden werden als Möglichkeit zur Individuation, Identitätsbildung, als mentale und ökonomische Separationsstrategie aus Abhängigkeiten, als narzisstische Aufwertung durch wiedererlangte Funktions- und Leistungsfähigkeit, lassen sich die Lebensräume zuvor sozialdesintegrierter Personen merklich aufspannen.

Um eine Maximierung der Selbstbefähigung zu erreichen, beginnt Arbeitstherapie für alle Rehabilitanden mit der Exploration von Fähigkeiten und Ressourcen mittels unterschiedlich diagnostischer Vorgehen, wird angeregt durch physische und mentale Aktivierung mittels sport- und bewegungstherapeutischer Trainingsplänen bzw. computergestützten kognitiven Trainings (Cogpack), Vorstellungs- und Bewerbungstraining und Anleitung zur Selbstständigkeit im Alltag. Motivierungsimpulse in Form von Erfahrungen, selbst gesetzte Ziele erreichen zu können oder Sinn stiftende Beschäftigungen für sich erkennen zu können, verbunden mit systematisierten Reflexions- und Feedbackphasen akzentuieren und verstärken individuelle Prozesse im Therapieverlauf.

Der Umfang arbeits- und therapeutischer Einheiten umfasst wöchentlich bis zu 19 Stunden, montags bis freitags morgens von 9.00 bis 12.00 Uhr (inkl. Zimmerroutine und Hauswirtschaftstraining in der Wohngruppe), sowie dienstags, mittwochs und donnerstags nachmittags von 14.15 - 16.00 Uhr.

Umsetzung im Rehabilitationsverlauf

Jeder Rehabilitand nimmt im Rahmen der Arbeitstherapie bereits einen Tag nach der Aufnahme an Maßnahmen teil, die für die Sammlung arbeits- und berufsrelevanter Daten und Informationen vorgesehen ist:

- Berufs-Arbeitsanamnese/Vorberichte (Sozialberichte)
- Beobachtungen im Klinikalltag unter Milieutheraeutischen und Funktions- und Leistungsrelevanten Gesichtspunkten
- Fähigkeitsprofil nach Mini ICF, Avem bei Indikation
- Zielformulierungsgespräche anhand eines hauseigenen Fragebogens zu Grundarbeitsfähigkeiten, der sich am Mini ICF, zukünftig auch an einem ICF Core Set, orientiert
- AT Besprechungen (Bilanzierungsgespräche, systematische Rückmeldung, Psychoedukation in Gruppen)

Jeder Rehabilitand erhält ebenfalls von Beginn an eine ihm entsprechende Anleitung zu hauswirtschaftlichen Tätigkeiten bei der Ausübung der Zimmerroutine mit den Zielsetzungen der Instandhaltung eines eigenen Lebensraumes, seines Einzelzimmers, Wiederherstellung von Ordnung, Sauberkeit, Selbstfürsorge, Übernahme von Verantwortung für die eigene Lebensqualität.

Darüber hinaus wird jeder Rehabilitand am milieutheraeutisch ausgerichteten Hauswirtschaftstraining in seiner Wohngruppe beteiligt mit der Zielsetzung, sich in die häusliche, zeitliche und soziale Ordnung einer Gemeinschaft einzubringen und für deren Instandhaltung und Erhalt Verantwortung zu tragen. Eine Kommunikation unter Berücksichtigung von Konfliktfähigkeit, Frustrationstoleranz, ethnischer Sozialisation, Kompromissbereitschaft und angemessener Durchsetzung persönlicher Interessen soll das soziale Lernen erleichtern und werden als alltägliche Übungsfelder intensiv genutzt unter der Anleitung des milieutheraeutisch ausgerichteten Pflegepersonals oder der Ergotherapeutin. Rückmeldungen über Auffälligkeiten oder Ressourcen werden dem Rehabilitanden zurückgemeldet, um sich z.B. zeitnah korrigieren zu können. In Teambesprechungen und Zielkonferenzen werden diese Auffälligkeiten individuell verstanden und mit dem Betroffenen therapeutisch indiziert (bezugstherapeutisch, Sport-bewegungstherapeutisch, medizinisch u.a.) bearbeitet.

Eine besonders wichtige Aufgabe hat die Arbeitstherapie in der Begrenzung der Regressionstendenzen beim Rehabilitanden. Überwiegend löst eine stationäre Unterbringung mehr oder weniger starke Tendenzen zur Regression aus, die, wenn sie nicht durch ein starkes Entgegenhalten von Realitätsanforderungen begrenzt werden, in eine strukturelle Passivität abgleiten können, z.B. in Form wiederholter Krankmeldungen aus Vermeidung.

Als ersten Arbeitstherapiebereich lernt jeder Rehabilitand leichte bis mittelschwere hauswirtschaftliche Aufgaben im Haupthaus der Fachklinik kennen, um die Qualität seiner Grundarbeitsfähigkeiten abschätzen zu lernen. Der maximal zweiwöchige Aufenthalt dient neben der Ein- und Umgewöhnung der Entscheidung für Einsätze in anderen Übungsfeldern und begleitende psychoedukative Wissensvermittlung und Kompetenzerweiterung, z.B. in

der Hauswirtschaft (Wäscherei, Wäschebewirtschaftung, Reinigungskolonnen, Reinigungsmittelbewirtschaftung, Zimmerverwaltung und -bewirtschaftung)

der Verwaltung (Telefonzentrale, Verwaltungstätigkeiten mit EDV Qualifizierung)
Hausmeisterei,

der Pferdewirtschaft und Schreinerei unter externer Führung

dem Garten- und Landschaftsbereich

dem handwerklichen Bereich (Maler- und Lackiererarbeiten, kleinere Maurerarbeiten, Holzpflege), Schneiderei für Ausbesserungsarbeiten oder Herstellung von Heimtextilien

dem Fahrdienst.

Jedem dieser Bereiche sind in einer Übersicht Ziele, Stellenprofil, Diagnostische Instrumente, Therapeutische Maßnahmen, KTLs und der verantwortliche Mitarbeiter zugeordnet.

Abb 1 stellt beispielhaft den AT-Bereich Soziales, Hauswirtschaft, Pflege dar

Eine jahrelange Zusammenarbeit mit dem Schauspielhaus Bochum ermöglicht bisher eine kontinuierliche externe Praktikumserfahrung.

Der der Fachklinik angegliederte Reiterhof stellt ebenfalls Praktikumsplätze für Rehabilitanden bereit.

Fallbezogen und Interessen geleitet werden Rehabilitanden in der Suche einer Praktikumsstelle unterstützt. Die ständige Aquirse von Praktikumsanbietern und Durchführung von insbesondere auf BORA abgestimmten Angeboten soll zukünftig durch eine Erweiterung des Personals um 2,5 Stellen intensiviert werden.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Einen hohen Stellenwert in der Suchtrehabilitation hat der Sport, der insbesondere Einfluss auf das Verhältnis des Abhängigen zu seinem Körper und zu seiner Gesundheit nehmen soll. Das Verhältnis des Drogenabhängigen zu seinem Körper ist oft schon seit frühester Kindheit, insbesondere im Zusammenhang mit Missbrauch, Gewalterfahrungen und Verwahrlosung, spätestens aber im Verlauf der Drogenkarriere massiv gestört worden. Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und inneren Spannungsregulierung sowie das Körperschema sind hochgradig defizitär.

Die Sporttherapie greift dieses Problem von drei verschiedenen Perspektiven aus auf: Der körperliche Allgemeinzustand wird durch die sportliche Aktivität verbessert; Erfahrungen mit sportlicher Betätigung ermöglichen eine realistische Anspruchs- und Zielsetzung mittels Mannschaftssportarten wird Teamfähigkeit und soziales Verhalten eingeübt.

Jeder Nachmittag ist während der stationären Rehabilitation für sportliche Aktivitäten reserviert, die von einem Sporttherapeuten und einer Bewegungstherapeutin angeleitet werden. Hinzu kommen sportliche Aktivitäten im Rahmen alternierender strukturierter Sportprojekte wie Badminton, Volleyball, Fussball und Joggen.

Bereits während ihres Aufenthaltes in der stationären Rehabilitation werden „Probeteilnahmen“ an unterschiedlichen externen Sportarten und -vereinen angeregt. Verführungssituationen z.B. durch gesellschaftlich akzeptiertes Trinken nach dem Training werden mit den Rehabilitanden thematisiert und auf Alternativen hin vorbesprochen.

Mit Yoga werden Rehabilitanden angeleitet, ihren Körper in seiner Funktionalität und im Zusammensoiel mit mentalen Prozessen besser wahrzunehmen. Atemübungen und bestimmte Körperstellungen tragen sowohl zur Mobilisierung als auch zur Entspannung z.B. bei vegetativen Beschwerden unter Entzügigkeit oder psychosomatischen Störungen bei und helfen bei der Stressbewältigung.

Suchtakupunktur nach dem Nada Protokoll wird eingesetzt, um Rehabilitanden belastbarer, insbesondere kurz nach der Entzugsbehandlung und Aufnahme in der Rehabilitation, zu machen z.B. dadurch, dass sie besser ein- und durchschlafen können oder sich mental stabiler fühlen, sich besser konzentrieren und aufmerksamer sein können.

Zwei Mal in der Woche wird ein Aufenthalt in einer externen Saunaanlage mit Schwimmbad angeboten, was sich sowohl zur Fitness als auch zu indizierten Reduzierung verschiedener Beschwerden im Rahmen von Entzügigkeit nutzen lässt.

4.7.7 Freizeitangebote

Neben den sportlichen Aktivitäten sollen besonders solche Freizeitaktivitäten gefördert werden, die soziale und/oder kreative Kompetenzen fördern. Dazu gehören Malen und Gestalten, gemeinsames Musizieren im Musikraum sowie Besichtigungen und Ausflüge.

Teilnahme an Tagesausflügen, Turnieren etc. dient der Förderung der Gemeinschaft aber auch der Zusammengehörigkeit unter den Rehabilitanden. Daher werden regelmäßig Ausflüge veranstaltet, die entweder neue Möglichkeiten der Freizeitgestaltung vermitteln oder Interesse für kulturelle Anliegen wecken sollen.

Unter Anleitung des Diplom-Sportlehrers nimmt die Fachklinik an Turnieren teil, die entweder selbst oder von anderen Einrichtungen ausgerichtet werden, insbesondere Fußballturniere. Die Bewegungstherapeutin bietet jährlich Trainings für Volksläufe (Firmenlauf) an und werden Volleyballturniere auf dem Beachvollyballfeld organisiert.

Ein Miniatur -Tennis Feld und eine Einloch-Golfbahn sollen zu alternativem Sportvergnügen anregen.

In Einzelfällen werden Reitstunden indiziert, die sowohl therapeutischen Nutzen als auch der Entspannung durch einen geleiteten Ausritt erbringen.

4.7.8 Sozialdienst

Die Notwendigkeit, soziale Anliegen mit Behörden und Institutionen zu regeln, werden in einer Sozialsprechstunde vorbereitet und im Idealfall von dem Rehabilitanden im Rahmen seines persönlichen Sozialmanagements (Terminabsprachen, selbständige Erledigung von formellen Angelegenheiten etc.) geleistet.

Schwerpunkte des Sozialdienstes bestehen in der Vorbereitung von Nachsorgemaßnahmen oder Vorbereiten begleitender Hilfen im sozialen Umfeld nach der Entlassung, sozialrechtl. Beratung (wirtschaftl. Sicherung, Entschuldung u.a.) zur Bewältigung sozialer Barrieren bei privater oder der berufl. Wiedereingliederung. Kontaktpflege zu möglichst persönlich bekannten Ansprechpartnern bei der Agentur für Arbeit, zu Rehaberatern der Rentenversicherer sowie die inhaltliche und formale Abstimmung mit Praktikumsgebern.

Nach vorheriger Abklärung der Bedarfe des Rehabilitanden zwischen ihm und Vertretern des multiprofessionellen Teams leitet der Sozialdienst die notwendigen Schritte für eine Anschlussmaßnahme wie Nachsorge, Ambulant Betreutes Wohnen, Selbsthilfe oder gesetzlicher Betreuung ein.

4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Im ganzheitlichen Gesundungsprozess des Suchtkranken hat auch die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit und somit des körperlichen Wohlbefindens einen hohen Stellenwert. Ziel der somatischen Therapie ist es, nachdem zu Beginn ein umfassender Gesundheitsstatus erfasst wurde, einen somatischen Therapieplan zu erstellen. Überfällige Behandlungen müssen organisiert und durchgeführt werden, körperliche Behinderungen müssen erfasst werden und stigmatisierende Folgen der oft langjährigen Drogenkarriere gilt es zu minimieren.

Im Verlauf der Behandlung soll der Rehabilitand eine angemessene Selbstwahrnehmung und Achtsamkeit erlernen und schließlich in der Lage sein, selbstverantwortlich und fürsorglich mit seiner Gesundheit umzugehen. Die Aufklärungsarbeit der Ärzte und der Fachkrankenpflege, der Ernährungsberaterin und der Sport- und Bewegungstherapeuten umfasst dabei die Vermittlung basaler Kenntnisse von allgemeiner und spezieller Hygiene mit Hinweisen über gesundes Leben und Wohnen. Die Gesundheitserziehung u.a. in der wöchentlichen medizinischen Informationsgruppe behandelt Themenkomplexe wie Umgang mit Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, Geschlechtskrankheiten), legalen Suchtmitteln (Nikotin, Alkohol) aber auch Aufklärung über sozialmedizinische Anforderungen in der Rehabilitation.

In Einzel- und Gruppenangeboten lehrt und thematisiert die Ökotrophologin individuelle und grundsätzliche Aspekte von Ernährung und zum Körperbewusstsein. Sie stellt u.a. nach Auswertung von Essprotokollen angepasste Ernährungspläne zusammen und begleitet in enger Zusammenarbeit mit den Bereichen Medizin, Krankenpflege, Sport (hier: Cardiotraining und Joggen) und Bezugstherapie, bei der Gewichtsreduktion oder bei der Nahrungsmstellung nach Fehlernährung oder Umgestaltung der Essgewohnheiten. In den Wohngruppen bieten sich praktische Anleitungen bei der Zubereitung von Mahlzeiten an. Eine Lehrküche bietet Haus übergreifende Koch-Projekte an.

Letztlich soll es dem Rehabilitanden ermöglicht werden, die somatischen Beeinträchtigungen seiner Vorgeschichte so weit wie möglich zu überwinden und alle Bereiche des gesunden Lebens aus eigener Kraft und mit Sachverstand autonom zu bewältigen.

Alle hier genannten Angebote sind kombinierbar mit Übungen aus dem Reha-Sport (Rückenschule), dem Cardio- und Lauftraining zur Steigerung der Aktivität, Mobilisierung und Kondition. Mit Yoga wird zudem Entspannung und Selbstachtsamkeit stimuliert.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Bei entsprechender Indikation sollten die Bezugspersonen des Rehabilitanden, insbesondere Partner, Eltern oder erwachsene Kinder prozessbegleitend und niedrigfrequent in den therapeutischen Prozess einbezogen werden, da im stationären Setting Konflikte im Bezugssystem mit hoher Wahrscheinlichkeit transparent werden und eine Bearbeitung dieser Konflikte erforderlich wird, so weit die Aufrechterhaltung der u.U. pathogenen Kontakte für therapeutisch sinnvoll erachtet wird. Es soll nach Möglichkeit versucht werden, eine Angehörigengruppe zu bilden, was aber nach der bisherigen Erfahrung wegen mangelnden Interesses oder mangelnder Kooperation nicht zu jedem Zeitpunkt möglich sein dürfte.

4.7.11 Paar- bzw. Partnertherapie

Die Fachklinik unterscheidet zwischen u.g. Paardynamiken:

Paaren, die schon länger in einer Beziehung leben, bieten wir eine Kombination aus Individual- und Paartherapie an. Die Partner werden unterschiedlichen Wohngruppen zugeordnet.

Paare, die sich während des Aufenthaltes finden, verändern erfahrungsgemäß individuelle als auch gemeinsame Voraussetzungen für eine Fortsetzung ihres Therapieverlaufes.

Um diese Einflüsse begleiten zu können, erhalten diese Personen eine Therapeutische Probezeit von 14 Tagen zur Klärung folgender Aspekte:

- Bedeutung der Paarbeziehung innerhalb der Behandlung
- Bereitschaft, sich mit den suchtbezogenen, weiblichen und männlichen Aspekten auseinanderzusetzen (Geschlechtsspezifische Gruppe)
- Entwicklung von Regeln (Paarvertrag),

so dass nachfolgend eine Entscheidungsgrundlage für das Befürworten, Modifizieren oder Ablehnen der Paarbeziehung mit den Partnern und den Mitarbeitern vorliegt.

Das Angebot einer Paartherapie im stationären Rahmen bietet Partnern, die gemeinsam den Ausstieg aus dem Konsum anstreben, verschiedene Vorteile:

- ein zeitgleiches Angebot für Personen, die sich aus Verlustängsten oder Eifersucht heraus ohne ihren Partner / ihre Partnerin nicht in eine Entwöhnungsbehandlung trauen würden
- positiven Einfluss auf die Behandlungsmotivation insofern, als dass Paargespräche etwas für die Partnerschaft leisten können, diese stärken und stabilisieren
- geleitetes Bewusstwerden bei beiden Partnern für die verletzlichen Seiten der Geschlechtsrolle
- reflektierte Übungsmöglichkeiten für geschlechtsspezifisches Rollenverhalten
- Bearbeitungsmöglichkeiten für Verletzungen der Geschlechtsidentität

Nachdem es zunächst einmal darum gehen muss, mit beiden Partnern ein therapeutisches Arbeitsbündnis zu erzeugen, das Hilfreiche an einer Paartherapie zu vermitteln und die Erwartungen und Wünsche der beteiligten Patienten mit den realistischen Möglichkeiten des Verfahrens abzugleichen, soll es nach dieser Initialphase darum gehen,

- sich mit expliziten und impliziten Modellen der Partner von ihrer Partnerschaft auseinander zu setzen
- die äußeren Rahmenbedingungen der Partnerschaft systematisch und bewusster (Umgang mit Kindern, Haltung zu Angehörigen, Wohnsituation, berufliche Situation etc.) zu berücksichtigen und einen Umgang mit ihnen zu finden
- eine angemessene Transparenz für die Partner untereinander bezüglich ihrer speziellen Verletzlichkeiten in ihren Geschlechtsrollen zu erzeugen
- bei entsprechender Indikation Diagnose, Beratung und Therapie bei funktionellen Sexualstörungen einzuleiten
- Zukunftsperspektiven, insbesondere die Teilhabe am Erwerbsleben betreffend, miteinander abzustimmen.

In einer qualitativen Studie mit dem Titel "Der Therapieprozess bei polyvalentabhängigen Patientinnen in stationärer Psychotherapie –Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung in der Mutter-Tochter-Generationsfolge" stellen Leikert et. al. 2011 maligne Beziehungsmuster u.a. in Partnerschaften heraus und bieten wichtige Hinweise für das Verständnis von Paardynamiken unter Abhängigkeitserkrankten.

4.7.12 Rückfallmanagement

Regelmäßige Atemluftkontrollen vor dem tgl. Therapiebeginn, nach Rückkehr aus Ausgängen, Urinscreenings bei Hinweisen und Verdacht auf Konsum gehören zur objektivierbaren Erkennung möglicher Intoxikation bzw. zur Klärung klinischer Auffälligkeiten.

Der Umgang mit Rückfällen, bei vollstationärer Rehabilitation insbesondere im Zusammenhang von Ausgängen oder in innerklinischen Verführungssituationen, scheint uns einer der wesentlichen Ansätze die therapeutische Interaktion und Tragfähigkeit der Beziehungsgestaltung zu sein. Ein Rückfall stellt selbstverständlich eine Störung im Ablauf der Behandlung dar (auch im Sinne eines Widerstands), auf die disziplinarisch reagiert werden muss. Gleichzeitig aber soll an ihm ein therapeutischer Fortschritt erzielt werden, indem mit diesem Rückfall und den Gründen, die ihn ausgelöst haben, intensiv therapeutisch gearbeitet wird.

Der reguläre Umgang mit Rückfällen besteht darin, dass der Rehabilitand räumlich isoliert wird, um den Rückfall konzentriert zu reflektieren. Er wird damit auch sozial getrennt, um seine Mitrehabilitanden in seinem Zustand nicht ungünstig zu beeinflussen. Eine 2-wöchige Rückfallkontaktsperre ermöglicht dem Konsumenten eine Besinnungsphase, in der er ohne ablenkende äußere Einflüsse seine Abstinenzentscheidung überdenken, Anlässe seiner Rückfälligkeit identifizieren und eine Bewältigungsstrategie entwerfen kann. Der Rehabilitand entwirft direkt nach der Rückfälligkeit und vor Abschluss der Kontaktsperre eine schriftliche Reflexion, die im Team diskutiert wird, um über eine Fortführung, Modifizierung oder Beendigung der Therapie zu entscheiden. Im Wiederholungsfall bzw. in Kombination mit deutlich disziplinarischen Verstößen wird die Weiterbehandlung gründlich auf therapeutische und prognostisch effiziente Ansätze im Gesamtteam überdacht.

In der Bezugsgruppe erhält der Rückfall als ein Ereignis mit affektiver und kognitiver Wirkung auf einzelne oder den Gruppenkontext therapeutischen Raum in der Gruppensitzung, in der sowohl persönliche Schutzfaktoren als auch an der Überwindung einer kollektiven Gefährdung gearbeitet werden soll.

Verbindlich ist die Teilnahme an der angebotenen Rückfallprophylaxe. Jeder Rehabilitand muss im Verlauf seines Aufenthaltes einem Rückfall Prophylaxe Training bei Drogenabhängigkeit beigewohnt haben (RPT; Ein Trainingsprogramm von Hartmut Klos (Autor), Wilfried Görden (Autor), September 2009)

4.7.13 Gesundheits- und Krankenpflege

Die Kranken- und Gesundheitspflege erfüllt außer originären pflegerischen Aufgaben wie die Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen in dieser Fachklinik eine zusätzliche Triangulierungsposition über milieutherapeutische Funktionen in Form von

- Beratung zur individuellen Lebens- und Haushaltsführung i.S. von Anleitung bei individuellen alltagsrelevanten, hauswirtschaftlichen und körperhygienischen Angelegenheiten, Intervention bei Umgang mit Geld in Zusammenarbeit mit Verwaltung und Sozialbüro
- Begleitung bei praktischen Aufgaben in der Hausgemeinschaft durch Moderation der Hausgruppe, Organisation und Regulierung der Einkäufe, Freizeitplanung u.a.
- Einzelbetreuung nach Terminabsprache i.S. ergebnisorientierter Gespräche, Planungshilfen, Monitoring
- Lösungsorientierte Klein-Gruppen zu Konflikten
- Psychoedukative Indikationsgruppe zu ausgesuchten Themen.
- Durch die Fachkrankenpflege werden Umgang mit Medikamenten geschult sowie zu pharmakologischen Interventionen alternative Skills vorgestellt, die beim Craving , Schlafstörungen oder vegetativen Befindlichkeitsstörungen einsetzbar sind.

4.7.14 Weitere Leistungen

Als ein Teil der Behandlungskette innerhalb der Suchthilfe ergibt sich für die Fachklinik bereits mit Aufnahme eines Rehabilitanden die Notwendigkeit, einen Verbleib zu antizipieren, der sich an den unterschiedlichen Ergebnissen der Rehabilitation orientieren wird und mögliche weitere Leistungen anregen, kritisch überprüfen und schließlich einleiten soll.

Im Rahmen einer Indikationsgruppe zum Thema "Nachsorge", an der jeder Rehabilitand bis zur Hälfte seiner Therapie teilnimmt, werden Maßnahmen vorgestellt, die sich in ihrem Angebot am persönlichen Bedarf nach dem Ende einer fachklinischen Behandlung ausrichten. Unmittelbar nach der ersten Fallbesprechung mit Zielüberprüfung werden abhängig von den Antragsfristen infrage kommende poststationäre Maßnahmen vom Rehabilitanden, unterstützt vom Bezugstherapeuten oder dem Sozialdienst, kontaktiert. Eine persönliche Vorstellung ist in den meisten Fällen sinnvoll und z. B. während einer Heimfahrt realisierbar. Die Beantragung erfolgt bei endgültiger Entscheidung, spätestens nach einer weiteren Fallbesprechung.

Prinzipiell werden folgende Indikation und Zuständigkeiten am häufigsten in Anspruch genommen und daher mit einander abgestimmt. Im Entlassungsbericht erscheinen diese Maßnahmen als weiterführende Empfehlungen.

Maßnahmen für die berufliche Teilhabe

- Externe Adaptionen zur Fortsetzung der beruflichen Integration. Hier werden sowohl die regionalen als auch bundesweiten Einrichtungen benannt, falls ein grundsätzlicher Umfeldwechsel angestrebt wird.

- Stufenweise Wiedereingliederung im bisherigen oder neuen Betrieb (Hamburger Modell)
- Träger beruflicher Bildung (BTZ, BFW, Jobcenter) zum Wechsel in ein anderes Berufsfeld, falls Leistungsvermögen und/oder Eignung der bisherigen beruflichen Tätigkeit infrage stehen.
- Berufliche Weiterbildung, Berufliche Fortbildung werden bei nur wenig erstausgebildeten Rehabilitanden weniger häufig angefragt.

Fortführung der Rehabilitation, Stabilisierung

- Ambulante Rehabilitation in anerkannten Suchtberatungsstellen zur Fortsetzung und oder Intensivierung bei weiterhin bestehendem Rehabilitationsbedarf
- Nachsorgeleistungen in Suchtberatungsstellen oder durch die Fachklinik selbst angeboten

Fortführung der Behandlung psychischer, psychiatrischer und/ oder sozialer Störungen

- Ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Therapiesitzungen bei niedergelassenen ärztlichen, psychologischen Psychotherapeuten, Psychiatern oder Familien- und Paartherapeuten

Maßnahmen für soziale Teilhabe bei eingeschränkter Selbstverantwortung durch Vermittlung an

- gesetzlichen Betreuer
- Soziotherapie nach § 54 SGB XII, § 55 SGB IX
- Betreutes Wohnen

Eine Gesamtvernetzung der Fachklinik mit unterschiedlichen Systempartnern (s. Punkt 7) wird erhalten und dauerhaft nutzbar durch bi- oder multilateralen Informationsfluss zum Wohl des Rehabilitanden. Persönlich bekannte Ansprechpartner bieten dabei einen merklichen Vorteil.

4.7.15 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

In der letzten Woche des Aufenthaltes wird mit dem Rehabilitanden in allen Funktionsbereichen ein Bilanzierungsgespräch geführt, wobei sich der Schwerpunkt des Austausches sich auf die jeweilige Fachdisziplin beziehen sollte. Es finden Abschlusstestungen bei Verlaufsdiagnostik statt.

Dem Abschlussgespräch der leitenden Ärztin ist in jedem Fall die medizinische Abschlussuntersuchung vorausgegangen, die auf organische Aspekte der Funktionstüchtigkeit und Leistungsfähigkeit i.S. einer sozialmedizinischen Einschätzung zu achten hat.

Ein therapeutisches Entlassgespräch wird von der Bezugstherapie, auf Wunsch des Rehabilitanden auch mit der leitenden Psychologin geführt. Thematisiert werden Entlassbericht relevante Angaben zu Diagnosen, Behandlungsergebnissen und Empfehlungen für die persönliche zukünftige Lebensführung.

In der Hauswirtschaft erfolgt die Übergabe des geräumten Zimmers auf der Grundlage des Protokolls, das bei Aufnahme mit ihm erstellt wurde.

Im Sozialbüro werden die Entlassformalitäten vorbereitet. Am Entlasstag werden dem Rehabilitanden alle Entlassungsunterlagen übergeben.

Seine Entlassung wird an die Drogenberatungsstelle und im Bedarfsfall an die Justizbehörden schriftlich gemeldet.

Die Beendigungskriterien für die medizinische stationäre Rehabilitation entsprechen den Vorgaben der DRV (Bund 2014) und werden nach den Entlassformen codiert.

Qualitativ orientieren sich diese Kriterien an unserem Konzept und werden im Therapievertrag und in der Hausordnung benannt.

Eine Rehabilitation gilt als regulär beendet, wenn alle formalen und inhaltlich-therapeutischen Bedingungen berücksichtigt wurden.

Vorzeitige oder disziplinarische Entlassungen sind erforderlich, wenn seitens des Rehabilitanden und / oder seitens des therapeutischen Teams keine Erfolg versprechende Weiterführung der Behandlung abzusehen ist.

Zum Ausschluss aus der Behandlung können führen:

Verstoß gegen die ausdrücklich erwünschte Drogenfreiheit in der Einrichtung bzw. des Klinikgeländes

Nicht regulierbare Fremd- und Selbstgefährdung über verbale (Gerüchte, Mobbing), körperliche (Gewalt inkl. sexueller Übergriffe, Nötigung) und wirtschaftliche (Geschäfte untereinander, Betrug etc.) Aggressivität

Missachtung des therapeutischen Klimas z. B. Vermeidung von therapeutischen Maßnahmen oder durch Szene typisches Auftreten

Spätestens am 8.Tag nach der Entlassung soll der Abschlussbericht versandt sein.

Rehabilitationsbereiche	Stellen- umfang	Fachliche Qualifikation*
<p>Sucht-, psychosoziale Therapie und Koordination des Behandlungsverlaufes</p> <p>> BORA Implementierung und Anwendung</p> <p>Psychodynamisch-interaktionelle Einzel- und Gruppentherapie</p> <p>Psychosoziale Betreuung bei privater und berufl. Teilhabe : Zielfassung, Krisenintervention, Rückfallbearbeitung Paartherapie, Angehörigengespräche</p> <p>Dokumentation, Entlassungsbericht</p> <p>Indikationsgruppen zum Nachsorge Management, zu Problemen am Arbeitsplatz u.a.</p>	<p>5,6 Stellen</p>	<p>6 Bezugstherapeuten: Sozialarbeiter, Sozialpädagogen mit suchttherapeutischer Zusatzausbildung Psychologische Psychotherapeuten (i.A.)</p>
<p>Kreativtherapie gestalterischer, kreativer Umgang mit Material (Selbsterfahrung) Anregung zu kulturellen Aktivitäten</p> <p>Indikationsgruppe: Motivationsförderung durch Selbsterfahrung</p>	<p>0,6 Stelle</p>	<p>Gestaltungs- und Kunsttherapeutin</p>
<p>Sport-, Bewegungstherapie, Entspannung und Achtsamkeit basierte Körperarbeit</p> <p>Förderung der körperl. Leistungsfähigkeit (Rehasport)</p> <p>Anleitung z. gesunder Körperwahrnehmung Balance herstellen zw. Achtsamkeit und Entspannung durch Yoga</p> <p>Reiten (extern)</p> <p>"Social defense" : Angst- und Gewalt freies Miteinander (extern)</p>	<p>insgesamt 1,0 Stelle</p>	<p>Diplom-Sportlehrer</p> <p>Gymnastiklehrerein, (Yogalehrerin in Ausbildung)</p> <p>Reitlehrer</p> <p>Kampfsport- und Mental-Trainer</p>

Rehabilitationsbereiche	Stellen- umfang	Fachliche Qualifikation*
<p>Ergotherapie - Arbeitstherapie Diagnostik und Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten und beruflicher Basiskompetenzen</p> <p>> BORA Implementierung und Anwendung</p> <p>Umgang mit Probleme am Arbeitsplatz/Arbeitsstörungen</p> <p>AT: Arbeit als therap. Mittel für Basiskompetenzen</p> <p>Steigerungen der Belastung unter Kontrollierten Bedingungen</p> <p>Zieleentwicklung mithilfe der Arbeitsanamnese und berufl. Fähigkeiten/Fertigkeiten</p> <p>„realitätsnahe“ Arbeitsbedingungen als Arbeitstraining und Belastungserprobung</p> <p>PC-Schulung</p> <p>ET: (auch Milieuthherapie) physische und psychische Funktionsentwicklung für Alltags- und Arbeitstauglichkeit Förderung von instrumentellen und sozio-emotionalen Grundarbeitsfähigkeiten (lebenspraktisch, handwerklich, gestalterisch) Erstellen von Leistungsprofilen, berufl. Orientierung</p> <p>Indikationsgruppen zu Hygiene Selbstversorgung/ Alltagstraining</p>	<p>1,8 Stellen</p> <p>1,0 Stelle</p> <p>0,8 Stelle</p>	<p>Arbeitstherapeut, Diplom-Ergotherapeutin</p>
<p>Freizeitangebote Aktive und eigenverantwortliche Planung der Freizeit Sinnstiftende Lebensführung neben Arbeit durch Aussenaktivitäten</p>	<p>0,1 Stelle</p>	<p>Honorarkräfte</p>

Rehabilitationsbereiche	Stellen umfang	Fachliche Qualifikation*
Klinischer Sozialdienst begleitende Hilfen im sozialen Umfeld sozialrechtl. Beratung (wirtschaftl. Sicherung, Entschuldung u.a.) berufl. Wiedereingliederung (Arge, berufl. Reha, Praktikumskontakte) Nachsorge – Planung, ABW, Selbsthilfe, Betreuung	1,0 Stelle	Mitarbeiterin i. Sozialbüro Diplom-Sozialarbeiter,- pädagoge

Therapiegruppen übergreifende Funktionsbereiche

Geschäftsführung und Einrichtungsleitung ; Diplom-Sozialarbeiter, Suchttherapeut

- > betriebswirtschaftliche Sicherung, Mitarbeiterführung, Personaleinsatz, Organisationsentwicklung, Beschwerdemanagement

Verwaltung

- > Buchhaltung, Personaverwaltung, Aufnahme- und Sozialbüro

Leitende Ärztin; Fachärztin für innere Medizin, Sozialmedizin, in Ausbildung für Psychotherapie

- > medizinisch-therapeutische Gesamtleitung, Sozialmedizinische Beratung und Begutachtung, Berichtswesen

Facharzt für Psychiatrie und Neurologie

- > somatische Untersuchungen, somatische Therapie, Gesundheitsberatung, fachliche Supervision

Leitende Psychologin ; approbierte Psychotherapeutin

- > Steuerung der Diagnostik und Therapieprozesse, Teaminterview, -weiterbildung, Konzeptentwicklung, Beschwerdemanagement

Qualitätsmanagement, Nacht- und Wochenendbereitschaften, Gebäudemanagement und Haus -Keeping

Zur Einführung des Konzeptes **Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker** für die BORA-Zielgruppen wurde eine personelle Aufstockung notwendig, deren Anteile der Tabelle 2 zu entnehmen sind.

* Nachweise der fachlichen Qualifikation liegen der DRV Westfalen für alle Mitarbeiter bereits vor und sind anerkannt. Änderungen bei der Personalplanung werden zeitnah kommuniziert.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik bietet ein architektonisches Abbild seiner inhaltlichen Konzeption. Die Einrichtung arbeitet auf der Basis einer sehr auf Individualität ausgerichteten Konzeption, was u.a. eine Unterbringung der Rehabilitanden so gut wie ausschließlich in Einzelzimmern vorsieht. Dies bedeutet, dass die 40 Behandlungsplätze zu übersichtlichen Einheiten auf vier Wohnhäuser aufgeteilt wurden. Jedes der vier Häuser verfügt über acht Einzelzimmer und ein Doppelzimmer, zusätzlich einen Wohn- und Aufenthaltsbereich inkl. einer gemeinsamen Küche. Daher stehen 32 Einzelzimmer zur Verfügung und vier Doppelzimmer, die auch zur Unterbringung von Paaren dienen. Die Büros der Bezugstherapeuten, der Ergotherapeutin und der Fachkrankenpflege sind in die Wohnhäuser integriert, so dass die Nähe der Bezugstherapeuten die therapeutische Arbeitsbeziehung zusätzlich festigt.

Im zentralen Haupthaus befindet sich im Erdgeschoss der Empfang mit Telefonzentrale, das Aufnahmebüro, ein großer Essraum, eine Lounge mit gemütlichem Kamin, zur Gruppen übergreifenden, gemeinschaftlichen Unterhaltung ein zentrales TV-Gerät, Kicker und Tischtennisplatte. Ein PC-Raum für Schulungszwecke oder Internetnutzung für Rehabilitanden sowie ein Mal- bzw. Gestaltungsraum stehen zusätzlich auf dieser Ebene zur Verfügung. Im Kellergeschoss wurde ein moderner Fitnessraum eingerichtet, zudem gibt es einen Kraftsportraum und einen Musikraum mit unterschiedlichen Instrumenten für selbständige oder angeleitete Sessions. Eine Wäscherei gehört ebenfalls zu diesem Bereich. Im ersten Stock des Haupthauses befinden sich das Arztzimmer, die Büros der Einrichtungsleitung, der Sozialberatung, der leitenden Psychologin. Als Funktionsräume stehen ein Multifunktionsbüro, ein Mehrzweck-Gruppenraum, sowie das Labor für Urinscreenings zur Verfügung.

In einer Werkstatthalle neben der Reithalle befinden sich verschiedene Arbeitstherapiebereiche wie Schneiderei sowie ein Werkzeug- und Gerätelager und eine Werkbank mit mehreren Arbeitsplätzen für Reparaturarbeiten.

Ein Raumlageplan liegt der DRV Westfalen vor. Barrierefreiheit nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (§ 4 BGG) liegt nicht vor.

7. Kooperation und Vernetzung

Entsprechend eines ganzheitlichen Behandlungsansatzes mit Blick auf eine kombinierbare Vernetzung mit Kooperationspartnern, die zu einer dauerhaften und angepassten Teilhabe beitragen können, pflegt die Fachklinik Busmannshof unterschiedlich akzentuierte Kontakte zu

- Drogenberatungsstellen

Beispiel: Krisenhilfe e. V. Bochum Drogenberatung, Kontaktcafe, Methadonambulanz, Prophylaxefachstelle und INSAT Beschäftigungsprojekt zur Qualifizierung und beruflichen Integration suchtkranker Menschen

- Einrichtungen für Entzugsbehandlungen

Beispiel: Station „Delphi“ des Martin-Lutherkrankenhauses, einer Abteilung der qualifizierten Entzugsbehandlung in Bochum-Wattenscheid
> bei Rückfallkrisen

- Psychiatrischen Krankenhäusern
Beispiel: Martin-Luther-Krankenhaus
> für psychiatrische Kriseninterventionen
- Fachabteilungen verschiedener Krankenhäuser in der Region
Beispiel: St Anna Hospital in Herne - Eickel, Bergmannsheil in Bochum, St. Josefs Hospital in Bochum
- Hausärzten, niedergelassene Fachärzte inkl. Substitutionsmediziner und Zahnärzten
> Nachbereitung bzw. Ergänzungen rehabilitativer Empfehlungen
- niedergelassenen Psychologischen/ärztlichen Psychotherapeuten
> Nachbereitung, Fortführung, Stabilisierung psychodynamischer Aspekte von Rehabilitationsergebnissen
- Kontakte zu Arbeitsagenturen und Jobcentern
> Planung von Beratungsgesprächen nach Beendigung der Rehabilitation
Voraussetzung ist selbstverständlich, dass der künftige Wohnsitz bekannt ist.
Kontakt zu Reha-Fachberaterin Beispiel: Frau Bauschke, Mitarbeiterin der DRV Westfalen
- Adaptionseinrichtungen
> Beispiel: NADO in Dortmund, Haus mit Ausblick "Kadesch" in Herne, Klinik am Kaisberg in Hagen
- Zusammenarbeit mit Trägern des Ambulant Betreuten Wohnens
Beispiel: ABW bussmanshof, ABW AWO und Diakonie, ABW Krisenhilfe e.V. in Bochum
> niederschwellige Begleitung bei sozialer und beruflicher Teilhabe
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen z.B. der Regionalgruppen der NAS, Freundeskreis oder Spielerselbsthilfegruppen des LVR in Essen.
- Einbezug von Gesetzlichen Betreuern, Bewährungshelfern und Führungsaufsichten
Kommunikation mit amtlich bestellten Betreuern, Rechtshelfern, Richtern und Staatsanwälten
- Zusammenarbeit mit externen Betrieben
Beispiel: Schauspielhaus Bochum, Musiktheater Gelsenkirchen, Schlosserei Schmelter
Weitere Kooperationspartner sind dem BORA Konzept zu entnehmen.
> Bewährungs-, Belastungserprobung mittels realitätsnaher Praktika
- Einbezug von externen Präventionskräften für MPU-Vorbereitungskursen, Raucherentwöhnungsseminaren oder HiV Beratung regional angrenzender Drogenberatungen
Beispiel: suchthilfe direkt Essen, Bochumer Aidshilfe
- Kontakte zu Sporttrainern für Freizeit- oder Vereinssportangebote
- Als Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. mit regelmäßigen Regionaltreffen, Jahrestagungen, AGs und jährlichen Bundestreffen für Managementfragen wird ein aktueller Austausch über Entwicklungen im Suchthilfebereich sicher gestellt.

- Die Teilnahme an der Innovationswerkstatt Science Circle NRW ermöglicht eine Auseinandersetzung mit forschungsrelevanten Aspekten in der Rehabilitationsforschung,
- Die Teilnahme an der AG Therapie (Arbeitsgruppe stationärer Rehakliniken und Zuweisern aus NRW) fördert den praxisrelevanten Diskurs.

Über alle obengenannten Anlaufstellen und Gremien lassen sich Schnittstellen und Vernetzungen gestalten, die einer nachhaltigen Teilhabe des Rehabilitanden maximal nutzen sollen.

Auf eine Kontaktpflege zu festen Ansprechpartnern wird besonderen Wert gelegt.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Lt. den Vereinbarungen nach § 20 SGB IX und den Gemeinsamen Empfehlungen nach § 20 Absatz 1 SGB IX wird das Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung mit unterschiedlichen Foki und Instrumenten wie die Erhebungen zur Strukturqualität von Einrichtungen, Fragen zur Rehabilitandenzufriedenheit, Peer Reviews oder der KTL Dokumentaion, Aufstellung von Rehabilitationsstandards (bisher ausgelegt für Alkoholabhängigkeit), Rehabilitandenstruktur, Visitationen und Berichte zur Qualitätssicherung werden zur Grundlage für eine interne, einrichtungsbezogene Qualitätssicherung medizinischer Rehabilitationseinrichtung, hier für Abhängigkeitserkrankungen. Die Ergebnisse dienen einer Analyse von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Als Leistungserbringer stationärer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist zusätzlich nach § 20 Abs. 2 SGB IX ein Qualitätsmanagement, mittels eines systematischen Verfahrens regelmäßig durchzuführen, um eine qualitätsstarke Versorgung zu gewährleisten und zu optimieren.

Seit Juli 2012 ist die Fachklinik gemäß den Forderungen der DIN EN ISO: 2008 (ab Mitte 2018 DIN ISO: 2015) bzw der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) zertifiziert. Zertifizierungsstelle: Cert IQ.

Das Qualitätsmanagementsystem ist von der BAR anerkannt und erfüllt die Anforderungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX. Das interne Qualitätsmanagement wird das überarbeitete Konzept in das QM Buch i.S. der Fortschreibung einarbeiten.

Klinikintern werden einerseits quartalsmäßig Rehabilitandenbefragungen zur Effizienz und Güte ihrer Rehabilitation befragt. Die Auswertung wird im Leitungsteam besprochen. Die Ergebnisse informieren über kritische auch atmosphärische Tendenzen und geben Anregungen für Verbesserungen.

Zusätzlich erhält jeder Rehabilitand bei Beendigung seiner Rehabilitation einen von der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) Standardfragebogen. Von den Rehabilitanden werden konkrete Rehabilitationsbereiche bewertet. Die Rückmeldungen dienen ebenfalls als Grundlage für inhaltliche, strukturelle und prozessualer Impulse.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Um die Effektivität der Arbeit als multiprofessionelles Team zu gewährleisten, sind regelmäßig stattfindende Sitzungen in Anwesenheit aller Disziplinen mit Fallbesprechungen, gemeinsamer Therapie- und Interventionsplanung und interner und externer Supervision wichtige Termine. Sie stellen in der Tages- und Wochenroutine eines jeden Mitarbeiters verbindliche Zusammentreffen dar, um organisatorische und therapeutische Prozesse in der Arbeit mit den Rehabilitanden zu kommunizieren, zu steuern und zu reflektieren. Sämtliche Teamsitzungen, Übergaben und Mitteilungen aus den Fachbereichen oder Beobachtungen oder Neuigkeiten zu Rehabilitanden werden in einem digitalen Dienstbuch innerhalb des Datenverarbeitungsprogramms PATFAK der Firma Redline Data dokumentiert. Nichtanwesende können ihnen fehlende Informationen jederzeit nachlesen.

Dokumentation

Die Basisdokumentation wird über das Datenverarbeitungssystem Patfak der Firma Redline Data erfasst. Es erfolgen Eingaben über

Behandlungsbeginn und -ende

soziodemografische Angaben

Erwerbstatus, Wohnsituation, Arbeitgeber, Kontaktdaten usw.

In der digitalen Patientenakte werden Beobachtungen und Anmerkungen zum Bewerbungsverlauf, zu Aufenthalt und nachfolgende Kontaktinhalte gesammelt.

Im Bedarfsfall werden die im System hinterlegten pdf Formulare für Antragstellungen, Bescheinigungen usw. genutzt.

Dokumentation von Testungen, Profilbögen und Wochenplänen entspricht der individuellen Chronologie jeden Therapieverlaufs.

Die einrichtungsinterne Erfassung therapeutischer Leistungen erfolgt mit der aktuellen KTL Ausgabe von 2015. Jeder Fachbereich notiert die von ihm durchgeführten Leistungen, die akkumuliert im Entlassungsbericht das Maßnahmeprofil für jeden Rehabilitanden abbilden.

Der Entlassungsbericht (s. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015) mit sozialmedizinischer Anamnese, Reha-Prozess und -ergebnis, Empfehlungen zu weiterführenden Maßnahmen und freiem Text mit quantitativer und qualitativer Leistungsbeurteilung stellt die Grundlage für Entscheidungen zu Maßnahmen nach Beendigung der Rehabilitation

Klinik- und Therapieorganisation

Die jeden Tag zu Arbeitsbeginn stattfindende Übergabe zwischen dem Nachtdienst und den Mitarbeitern, die am Tagesprogramm beteiligt sind, dient der Informationssammlung und -vermittlung. Besprochen werden relevante Ereignisse aus dem Spät- und Nachtdienst.

Jeden Mittag (montags, mittwochs und freitags) treffen sich alle Diensthabenden zu einem Mittagsteam zu unterschiedlichen Arbeitsschwerpunkten wie Krisenmanagement, Rückfallbearbeitung, Zielkonferenz, Fallbesprechungen oder Vorbereitungen für das

Wochenende instabiler Rehabilitanden. Zusätzlich ergeben sich Rückmeldungen zu Beobachtungen aus „Szenen“ des Klinikalltags, die sich diagnostisch verdichten lassen und mögliche therapeutische Impulse geben können. Der Dienstag wird variabel eingesetzt. Es finden entweder Hausteams statt, die Vertretungszeiten vor- und nachbesprechen, es werden interne und externe Fortbildungen oder Team-bzw. Fallsupervision durchgeführt.

Jeden Abend kommuniziert/ren der/die Mitarbeiter im Spätdienst Ereignisse aus dem Tagesverlauf an den Nachtdienst.

Einmal wöchentlich, donnerstags, findet ein Großteam zu strukturellen und organisatorischen Fragen statt. Daran nehmen die Mitarbeiter aller Funktionsbereiche und das Leitungsteam teil.

Zu wichtigen konzeptionellen Fragen oder Grundsatzentscheidungen in organisatorischen und therapeutischen Bereichen diskutiert das Leitungsteam. Dazu gehören z.B. die Behandlung von Beschwerden, Vorschlags- und Verbesserungswesen, Aktualisierung von Strukturanforderungen und der Austausch mit den Leistungsträgern.

Hierzu finden sich zusammen der Einrichtungsleiter und Geschäftsführer, die leitende Ärztin und die leitende Psychologin, die Qualitätsmanagementbeauftragte und situativ der Verwaltungsleiter zusammen.

Grundsätzliche und nachhaltige Entscheidungen trifft der Einrichtungsleiter nach gründlicher Abwägung aller fachlichen Beiträge.

Datenschutzbestimmungen sind selbstverständliche Grundlage unsere Arbeit. Die Teilnahme an turnusmäßigen internen Schulungen durch einen Datenschutzbeauftragten ist für jeden Mitarbeiter verpflichtend.

10. Notfallmanagement

Um bei medizinischen Notfällen den Verunfallten unmittelbar, effektive medizinische Hilfe zukommen zu lassen sowie Schaden zu mindern und eine notwendige Weiterbehandlung direkt einzuleiten, bei technischen Notfällen oder im Katastrophenfall eine effektive, Schaden mindernde Reaktion auf die jeweilige Situation sicher zu stellen, wird ein Prozess vorgehalten, der sich als Not- und Unfall Prozessbeschreibung im QM Handbuch dargestellt ist und als Anhang D 10c_NOT_Notfall- und Unfallmanagement beigefügt ist.

11. Fortbildung

Die regelmäßige Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen und die gezielte Fortbildung von Mitarbeitern ist verpflichtend. Zusammen mit Suchttherapeuten, dem Arbeitstherapeuten, der Ergotherapeuten, Sport- und Bewegungstherapeuten sowie den Fachkrankenpflegern werden Fortbildungsschwerpunkte besprochen und extern oder Inhouse wahrgenommen.

Im Rahmen ihrer Berufsordnung sind ärztliche und psychologische Psychotherapeuten angehalten, sich regelmäßig fort zu bilden (Fortbildungspunkte), u.a durch Teilnahme an externen Interventions- und Supervisionszirkel.

Eine psychoanalytisch orientierte Weiterbildung für das gesamte Team wird von einem externen Psychoanalytiker, Herrn Dr. S. Leikert geleitet und findet viermal im Jahr statt. Sie ist gegliedert in einen grundsätzlich theoretischen Teil zu strukturellen Störungen und einem Forschungsteil zu Rehabilitanden speziellen Fragestellungen mit Praxisrelevanz.

12. Supervision

In sechswöchigem Turnus erfolgt durch einen externen Psychologischen Psychotherapeuten Supervision für alle therapeutischen Mitarbeiter. Im Zentrum der Sitzungen stehen unverstandene Aspekte in der Persönlichkeitsorganisation konkreter Rehabilitanden, kritische Phänomene im klinischen Alltag oder die Entwicklung von Lösungen bei strukturellen, organisatorischen Problemen.

13. Hausordnung / Therapievertrag

Der Therapievertrag zwischen dem Rehabilitanden und der Fachklinik wird bei der Aufnahme dem Rehabilitanden besprochen. Er dient einer grundsätzlichen und gegenseitigen Anerkennung der Hausregeln und den Behandlungsprinzipien. Zusätzlich lassen sich persönliche Zusatzvereinbarungen mit dem Rehabilitanden dort festlegen.

Zum Therapievertrag gehört als Anlagen, ein Handy-Vertrag und im Bedarfsfall eine Vereinbarung über den Umgang mit dem Hund im sozialen Miteinander und innerhalb und außerhalb der klinischen Räumlichkeiten.

Ein verbindlicher Wochenplan gibt die Zeiten und Veranstaltungen für jeden Rehabilitanden an vor. Die Hausregeln liegen in jeder Wohngruppe in einer Orientierungsmappe "Herzlich willkommen in der Fachklinik Bussmannshof" aus und werden in der eingangs verpflichtenden Informationsveranstaltung für alle Neuaufnahmen besprochen und bei Nachfragen erläutert.

Als Auszug hieraus gelten folgende Regeln und Richtlinien für die Therapie:

▪ Regeln des Zusammenlebens - Hausordnung

Das Mitbringen, Anbieten oder Konsumieren von Drogen, Alkohol und nicht verordneten bzw. nicht vom Arzt genehmigten Medikamenten ist in der Einrichtung und auf dem Gelände nicht erlaubt.

Körperliche oder psychische Gewalt gegen Personen und Tiere sowie Beschädigung oder Zerstörung von Gegenständen (Inventar, fremdem Eigentum) wird hier nicht akzeptiert.

Geld zu verleihen, Geschäfte unter Mitpatienten oder das Spielen um Geld ist nicht erlaubt.

Hunde als Begleiter in der Therapie:

Es gilt die Landeshundeverordnung von NRW. Auf dem Gelände besteht Leinenpflicht und die Notwendigkeit, Verunreinigungen durch das Tier zu beseitigen. Unser Streben ist ein Mensch und Tier gerechtes Zusammenleben in der Einrichtung. Haftpflichtversicherung, Gesundheitszustand des Tieres und die Bereitstellung einer Kautions wurden vor der Aufnahme überprüft.

Nachruhe besteht zwischen 22.00 Uhr und 07.00 Uhr.

Mit dem Inventar der Einrichtung (Zimmerpflege, Instandhaltung von Wohnbereichen und Außenanlagen) bitten wir, pfleglich, Material schonend und Energie bewusst um zu gehen.

Es besteht ein Rauchverbot und in ausgewiesenen Bereichen der Einrichtung (Haupthaus, Wohnhäuser, Patientenzimmer, Toiletten, Werkstatt). Dazu zählt ebenfalls ein Verbot, offenes Feuer in Form von Kerzen, Duftstäbchen, Duftlampen etc. zu benutzen.

Die Teilnahme an der Belehrung zu Verhalten im Notfall ist für jeden Rehabilitanden zu Beginn seiner Behandlung verpflichtend. (s. Anhang Notfallplan)

Anregungen oder Beschwerden zu Abläufen im Klinikalltag nehmen wir gern persönlich oder schriftlich (s. Formulare: Beschwerden, Anregungen und Vorschläge) entgegen und suchen zeitnah nach einer sinnvollen Lösung.

▪ Richtlinien für die Therapie

Ihre Rehabilitationsbehandlung orientiert sich neben inhaltlich-therapeutischen Voraussetzungen an formalen (sozial-, strafrechtliche und behördliche Grundlagen) und zeitlich definierten Vorgaben.

➤ Formale Auflagen

Eine besondere Mitwirkungspflicht gegenüber Gerichten, Arbeits- und Ausländerbehörden beeinflusst Ihre Behandlung z.B. in Form von

- Anwesenheitszeiten in der Klinik
- regelmäßiger Meldepflicht bei zuständigen Gerichten
- einer zügigen Wiederherstellung der wirtschaftlichen Absicherung und Krankenversicherung

➤ Dauer der Behandlung

Ihre Leistungszusage kann drei unterschiedliche Behandlungsformen vorsehen:

Therapieversuch *4-8 Wochen*
In der 2.- 6. Woche muss eine Verlängerung auf die Regelbehandlungszeit (s.u.) besprochen werden.

Rückfallbehandlung, Auffrischungsbehandlung *12-16 Wochen*
Verlängerung ist in Ausnahmen möglich/nötig.

Regelbehandlungszeit *22-26 Wochen*

Für jede Rehabilitationsdauer wird eine anschließende Nachsorge dringend empfohlen.
Phasenverkürzungen oder Ausnahmen von den zeitlichen Fristen müssen im Team besprochen werden.

➤ Inhaltlich-Therapeutische Ausrichtung

Ihr Behandlungsverlauf orientiert sich lt. unseres Konzeptes an drei Phasen mit unterschiedlichen Belastungsgraden

Regelbehandlungszeit (22 Wochen) :

Phase I	1. - 6. Woche (Eingangsphase)
1.Woche:	Phase der Selbstkonzentration und Eingewöhnung Ausgangsontaktsperre,kein Besuch, Ausgang nur mit einem Mitarbeiter der Klinik
2.- 3.Woche:	Besuche drogenfreier Kontakte möglich
ab 4.Woche:	Zweierausgang als erste externe Belastungserprobung, anschließend Einzelausgänge selbstständige Meldungen beim Gericht (§ 35 BtmG, § 57) Entwickeln von Therapiezielen
ab 15. Woche	Übernachtungen als Belastungserprobung
Phase II	7. - 14.Woche (Kerntherapie)
	Bearbeitung von Sucht bezogenen, persönlichen Problemen zur Wiederherstellung von Gesundheit und dem Aufbau von Abstinenz sowie sozialer und beruflicher Kompetenzen Aktive Mitarbeit bei der Regelung von sozialrechtlichen Angelegenheiten, regelmäßige Teilnahme an allen vereinbarten Therapiemaßnahmen Übernahme von Verantwortung als Pate, Vorarbeiter und Gruppensprecher, externe soziale und arbeitspraktische Belastungserprobungen, Besuch von Selbsthilfegruppen

Phase III	15. - 22. Woche (Ablösungsphase)	Belastungserprobung in Übernachtungsausgängen, Anwenden von konkreten Kenntnissen bzgl. Rückfallprophylaxe bzw. Rückfallbearbeitungsschritten
		Einleiten von Nachsorgemaßnahmen, Bilanzierung der Rehabilitationsergebnisse, Loslösung aus Schutz gebendem Rahmen und Vorbereitung des Überganges in die persönliche Realität, Verabschiedung

Rückfallbehandlung / Auffrischungsbehandlung (12 Wochen):

Phase I	1. - 3. Woche (Eingangsphase)	Erläuterungen: s.o.
Phase II	4. - 9. Woche (Kerntherapie)	Erläuterungen: s.o.
Phase III	10.- 12. Woche (Ablösungsphase)	Erläuterungen: s.o.

Eine Rehabilitation gilt als regulär beendet, wenn alle formalen und inhaltlich-therapeutischen Bedingungen berücksichtigt wurden.

Vorzeitige oder disziplinarische Entlassungen sind erforderlich, wenn seitens des Rehabilitanden und / oder seitens des therapeutischen Teams keine erfolgversprechende Weiterführung der Behandlung abzusehen ist.

Zum Ausschluss aus der Behandlung können führen:

- Verstoß gegen die ausdrücklich erwünschte Drogenfreiheit in der Einrichtung bzw. des Klinikgeländes
- Nicht regulierbare Fremd- und Selbstgefährdung über verbale (Gerüchte, Mobbing), körperliche (Gewalt, inkl. Sexueller Übergriffe, Nötigung) und wirtschaftliche (Geschäfte untereinander, Betrug etc.) Aggressivität
- Missachtung des therapeutischen Klimas z. B. Vermeidung von therapeutischen Maßnahmen oder durch Szene typisches Auftreten

alternativ: Das Verhalten hat eine therapeutische Probezeit (in der Regel 14 Tage) zur Folge, in der für einen definierten Zeitrahmen die Änderungsbereitschaft über Reflexionsberichte und klinische Beobachtungen überprüft wird.

Rückfallprophylaxe: Jeder Rehabilitand nimmt verbindlich an dem PRT teil.

Rückfallbearbeitung: Rückfälle deuten sich an. Achtsame Eigen- oder Fremdwahrnehmung sind der beste Schutz vor Konsum.

Unser Angebot, mit Rückfälligkeit zu arbeiten, bedeutet Ihre aktive Kooperation in Form von:

- Mitteilungen Ihrerseits über „Ahnungen“, Vorbereitungen oder bereits erfolgte Rückfälle zur schnelleren Überwindung einer kollektiven Gefährdung
- Im Fall eines eigenen Rückfalls: eigeninitiatives Mitteilen Ihres Rückfalls
- Einhaltung der sozialen Isolierung zum Schutz von Mitpatienten
- Schriftlicher Reflexion des Hergangs, Angaben zu Beteiligten und zu Ihren persönlichen Gründen und schriftliche Reflexion nach der Besinnungszeit zur Überprüfung von Erkenntnissen
- 14-tägige Rückfallkontaktsperre: analog der Phase der Selbstkonzentration
- Erweiterung Ihrer Abstinenzfähigkeit durch persönliche Schutzfaktoren

Literaturhinweise

Abelin, E.L.: The role of the father in the Separation-Individuation Process. In: J. Mc Devitt & C. Settlege (Ed.): Separation-Individuation. Essays in Honor of Margaret S. Mahler, New York 1971, p. 229-252

Some further observations and comments on the earliest role of the father. In: International Journal of Psycho-Analysis, 56, 1975, p. 293-302

Arbeitskreis OPD (2006): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2, Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung, Bern: Huber

Balint, M.: Die drei seelischen Bereiche. In: Psyche 11, 1957, p. 321-344

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. Gemeinsame Empfehlungen zur Erkennung und Feststellung des Teilhabebedarfs, zur Teilhabepflicht und zu Anforderungen an die Durchführung von Leistungen zur Teilhabe, 2014

Deutsche Rentenversicherung: Strukturqualität von Reha-Einrichtungen. Anforderungen der deutschen Rentenversicherung, 2014

Deutsche Rentenversicherung: Bericht der Reha-Qualitätssicherung zur Reha-Einrichtungsstruktur, 2014

Deutsche Rentenversicherung: Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter (BORA) vom 14. November 2014

Deutsche Rentenversicherung: Gemeinsamer Leitfaden der deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Überprüfung von Konzepten ambulanter, ganztägigambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker, 2011

Deutsche Rentenversicherung: KTL Klassifikation therapeutischer Leistungen, 2015.

Ermann, M.: Die Fixierung in der frühen Triangulierung. In: Forum der Psychoanalyse, 1, 1985, p. 93 – 110

Das Dreieck als Beziehungsform. In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 34, 1989, p. 261-269

Freud, A. (1936): Das Ich und die Abwehrmechanismen. Frankfurt/M. 1984 (OA 1936)

- Heigl, F. & Heigl-Evers, A.: Basale Störungen bei Abhängigkeit und Sucht und ihre Therapie. In: Heigl-Evers, A., Helas, I. & Vollmer, H.C. (Hg.): Suchttherapie. Göttingen 1991
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J.: Abriss der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In: Heigl-Evers, A., Heigl, F., Ott, J. & Rüger, U.: Lehrbuch der Psychotherapie, Göttingen 1997
- Heigl-Evers, A., & Ott, J.: Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Methode In: Heigl-Evers, A., & Ott, J. (Hg) Die Psychoanalytisch-intraktionelle Methode, Theorie und Praxis, Göttingen 2002
- Heigl-Evers, A., Heigl, F. & Ott, J.: Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Gruppentherapie In: Heigl-Evers, A., & Ott, J. (Hg) Die Psychoanalytisch - intraktionelle Methode, Theorie und Praxis, Göttingen 2002
- Hempfling, F.: Lehre der präöipalen Störungen. In: Bilitza, K.W. (Hg.): Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen 1993
- ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit WHO, 2001
- Jacobson, E.: Das Selbst und die Welt der Objekte, Frankfurt/M. ,1973 (OA 1964)
- Kernberg, O.: Innere Welt und äußere Realität, München 1988 (OA 1980)
Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart, 1981 (OA 1976)
- König, Karl : Störungen der Ich -Organisation. In: Psychodynamik der Sucht, 2009, Bilitza K.W. (Hg), p. 103-113
- Klos, Hartmut;Görger, Wilfried Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit, Ein Trainingsprogramm, Göttingen 2009
- Kramp, G., Jackstell S., Wöbke, N.: Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF Balance Buch und Medien Verlag, 2013
- Leikert, S., Brock, A. & Dörner, J.: Therapieverläufe bei polyvalent abhängigen Patienten in stationärer Psychotherapie. Forum Psychoanalyse 16, 2000, (p.45-58)

- Leikert, S., Brüseke P, Graudenz, J: Der Therapieprozess bei polyvalent abhängigen Patientinnen in stationärer Psychotherapie – Transgenerationale Weitergabe von Traumatisierung in der Mutter-Tochter Generationsfolge. Forum Psychoanalyse, 2010
- Leikert, S., Brock, A. & Brüseke, P.: Das Pendel der Integration-Konstellationen des Drogenmissbrauchs im interkulturellen Kontext, 2017 in Druck
- Leikert, S. & Ruff, W.: Methodische Prinzipien psychoanalytischer Therapieforschung. Forum Psychoanalyse 10, 1994, 77-86
- Müller, A: Diagnostik süchtiger Störungen In: Psychologie der Sucht Treter F., Müller A (Hg) Göttingen, 2001
- Platt, J.J. & Labate, C.: Heroinsucht. Theorie, Forschung, Behandlung. Darmstadt 1982
- Rost, W.-D.: Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart, 1987
- Rudolf, Gerd et al. : Strukturbezogene Psychotherapie, Leitfaden zur psychodynamischen Therapiestruktureller Störungen 2. Auflage Stuttgart, 2007
- Schaarschmidt, U. & Fischer, A.: Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Göttingen, 1996
- Stachowske, R.: Sucht und Drogen im ICF Modell, Asanger Verlag, Kröning 2008
- Streeck U. : Über eine Art, in therapeutischer Interaktion zu reden. Zum antwortenden Modus in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In Heigl-Evers, A. & Ott, J (Hg) Die Psychoanalytisch-intraktionelle Methode, Theorie und Praxis, Göttingen, 2002
- Tretter F., Müller A.: Grundaspekte der Sucht In: Psychologie der Sucht Treter F., Müller A (Hg) Göttingen 2001
- Tretter F., Sonntag, G.: Grundaspekte der Suchttherapie In: Psychologie der Sucht Treter F., Müller A (Hg) Göttingen 2001
- Trimborn, W.: Überich. In: Mertens, W. & Waldvogel, B. (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe, Stuttgart, 2000, p.754-758
- Winnicott, D.: Playing and reality. London 1971
- Wurmser, L.: Drogengebrauch als Abwehrmechanismus. In: Lettieri, D. J. & Welz, R. (Drogenabhängigkeit – Ursachen und Verlaufsformen), Weinheim/Basel 1983, p. 84-86

Anlagen

Musterwochenplan für Rehabilitanden, für Mitarbeiter

Prozessbeschreibung Aufnahmeuntersuchung

Prozessbeschreibung Suizidalität

Prozessbeschreibung Rückfall

Prozessbeschreibung Interkurrente Behandlung

Prozessbeschreibung Notfallmanagement