

Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation in der D-Abteilung (Adaptionsbehandlung)

Die *PSYCHOSOMATISCHE KLINIK
BERGISCH GLADBACH* ist

- Ø ein psychiatrisches Fachkrankenhaus für Abhängigkeitserkrankungen
- Ø Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss)
- Ø Mitglied im Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“
- Ø Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der stationären Suchttherapie e. V. (deQus)
- Ø 5/2007, 5/2010 und 7/2012 zertifiziert nach KTQ-Reha Version 1.1 einschließlich BAR-Qualitätskriterien
- Ø 12/2017 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015
- Ø 5/2015 zertifiziert nach QM-Kultur-Reha Version 3.0 einschließlich BAR-Qualitätskriterien

Anschrift (Hauptklinik):

Schlodderdicher Weg 23 a
51469 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202/206-0
02202/206-173 (Chefarzt)
Fax: 02202/206-163 (Verwaltung)
02202/206-182 (Chefarzt)

Anschrift Adaption:

Schlodderdicher Weg 23 a
51469 Bergisch Gladbach

Tel.: 02202/206-123
Fax: 02202/206-204

Träger:

PSK Psychosomatische Klinik Bergisch Land gGmbH
Wilhelm-Breckow-Allee 20
Sitz: 51643 Gummersbach

Verfasser:

Dr. med. Thomas Kuhlmann
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Facharzt für psychotherapeutische Medizin
Chefarzt

Sven Bange
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Oberarzt

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Eine Einrichtung der
Klinikum Oberberg GmbH



Stand 21.11.2017
im Anhang leicht gekürzte Fassung

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Allgemeines.....	5
3.	Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	6
3.1	Entwicklung der Klinik und aktueller Stand	6
3.2	Geographische Lage	7
3.3	Einzugsgebiet und Behandlungsverbund	7
4.	Rehabilitationskonzept	9
4.1	Theoretische Grundlagen	9
4.1.1	Theoretische Grundorientierung	9
4.1.2	Therapeutische Grundhaltung	12
4.1.3	Gender Mainstreaming / Diversity Management.....	14
4.1.4	Integration neurobiologischer Erkenntnisse	15
4.1.5	Bio-psycho-soziale Orientierung / ICF	15
4.1.6	Leitlinien und Reha-Therapiestandards	16
4.2	Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	17
4.2.1	Indikationen / Kontraindikationen.....	17
4.2.2	Voraussetzungen der Behandlung	17
4.2.3	Behandlung komorbider Rehabilitanden	17
4.2.4	Behandlung von Rehabilitanden unter Substitution	20
4.3	Rehabilitationsziele	22
4.4	Rehabilitationsdauer.....	24
4.5	Individuelle Rehabilitationsplanung	25
4.5.1	Entwöhnung	26
4.5.2	adaptive Phase	26
4.6	Rehabilitationsprogramm.....	28
4.7	Rehabilitationselemente	31
4.7.1	Aufnahmeverfahren.....	31
4.7.2	Rehabilitationsdiagnostik.....	31
4.7.3	Medizinische Therapie	32
4.7.4	Psychotherapeutisch orientierte Einzel-/Gruppengespräche, andere Gruppenangebote .	32
4.7.4.1	Einzels psychotherapie	32
4.7.4.2	Gruppenpsychotherapie	33
4.7.4.3	Indikationsspezifische Gruppen.....	33
4.7.4.4	Sonstige Gruppenangebote.....	33
4.7.4.5	Kriseninterventionen.....	33
4.7.5	Arbeitsbezogene Interventionen	34
4.7.5.1	Arbeitstherapie / Werktherapie (intern)	34
4.7.5.2	Küche / Hausreinigung / Haushalt	35
4.7.5.3	Berufsintegrierende Maßnahmen	35
4.7.6	Sport- und Bewegungstherapie	36

4.7.7	Freizeitangebote	36
4.7.8	Sozialdienst.....	37
4.7.9	Gesundheitstraining und Ernährung	37
4.7.10	Angehörigenarbeit	37
4.7.11	Rückfallmanagement.....	38
4.7.12	Gesundheits- und Krankenpflege	38
4.7.13	Weitere Leistungen	38
4.7.13.1	Realitätstraining	38
4.7.14	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	39
5.	Personelle Ausstattung	41
6.	Räumliche Gegebenheiten	41
7.	Kooperation und Vernetzung.....	42
7.1	Betreutes Wohnen.....	42
7.2	Institutsambulanz	42
7.3	Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem	43
8.	Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	44
9.	Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation	45
10.	Notfallmanagement	45
11.	Fortbildung	46
12.	Supervision	46
13.	Hausordnung / Therapievertrag.....	47
13.1	Haus Lindscheid (Entwöhnungsbehandlung)	47
13.2	Hauptklinik Bergisch Gladbach.....	47
13.2.1	Adaptive Behandlungsphase: Lage der Klinik / Anfahrt	47
13.2.2	Adaptive Behandlungsphase: Therapievertrag	48
13.2.3	Adaptive Behandlungsphase: Grundregeln der stationären Behandlung (Hausordnung)	49
14.	Anlagen.....	51
14.1	Literatur.....	51
14.2	Grundriss der Einrichtung.....	56
14.3	Musterwochenplan	57
14.4	Personalkonzept / Stellenplan	58
14.4.1	Soll-Stellenplan	58
14.4.2	Aktuelle Personalstandmeldung	58
14.5	Qualifikationsnachweise Personal	58
14.5.1	Qualifikationsnachweise Ärztlicher Leiter, Psychologen, Sozialarbeiter	58
14.5.2	Qualifikationsnachweise sonstige Mitarbeiter	59
14.5.3	Qualifikationsnachweise Supervisor	59
14.6	Kooperationsverträge	59
14.7	Einzugsgebiet (Postleitzahlen)	59

1. Einleitung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (PSK) ist eine psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen und erbringt Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für abhängigkeitskranke Menschen im Auftrag der gesetzlichen Rentenversicherungsträger und der gesetzlichen Krankenkassen auf Grundlage der geltenden Bestimmungen des Sozialgesetzbuches.

Dies betrifft sowohl die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen, die von illegalisierten psychotropen Substanzen abhängig sind (sog. Drogenabhängige) als auch die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeit von legalisierten psychotropen Substanzen (Alkohol- und Medikamentenabhängige).

Das hier vorgelegte wissenschaftlich begründete Reha-Konzept orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (siehe 4.1.3). Die ICF ergänzt das diagnosebezogenen medizinischen Dokumentationssystem ICD um eine Klassifikation, der ein bio-psycho-soziales Modell von Krankheit und Gesundheit zugrunde liegt [1].

Danach lässt sich Gesundheit oder Behinderung nicht nur durch medizinisch erfassbare Defizite oder durch Benennen von verbliebenen Funktionen charakterisieren. Für die ganzheitliche Beschreibung von Gesundheit oder Behinderung ebenso wichtig sind die durchführbaren Aktivitäten oder die Möglichkeiten einer Person, trotz eines Gesundheitsproblems am Leben in der Gemeinschaft teilzuhaben.

Die ICF hat insbesondere den Bereich der Rehabilitation bzw. Leistungen zur Teilhabe vielschichtig durchdrungen. Damit hat sie den Paradigmenwechsel der Rehabilitation von der einseitigen Betrachtung des Gesundheitsdefizits hin zum Ziel der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft intensiv befördert.

Für die Rehabilitation und Sozialmedizin ist die ICF darüber hinaus bei der Feststellung des Rehabilitationsbedarfs, bei Diagnostik, Interventionsplanung und der Evaluation rehabilitativer Leistungen nutzbar.

Für unsere therapeutische Grundhaltung bedeutet der ICF-Bezug, den Rehabilitanden* ganzheitlich zu sehen, also nicht nur Suchterkrankungen zu erkennen und zu behandeln, sondern von Behinderung bedrohten oder betroffenen Rehabilitanden unter Einbeziehung der Kontextfaktoren dazu zu verhelfen, ihre Teilhabe zu sichern bzw. wiederherzustellen.

Konkret zielt das Konzept darauf ab, drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und einem Leben in der Gemeinschaft durch Leistungen zur Rehabilitation abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Besonderes Ziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit mit dem Ziel der Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft bis hin zur Wiedererlangung der Erwerbstätigkeit.

Bei der Ausgestaltung des Konzepts wurden die Inhalte der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001) [2], der BAR-Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen (2006) [3] sowie in sinngemäßer Übertragung die Empfehlungen des gemeinsamen Rahmenkonzepts der Deutschen Rentenversicherungen und der Gesetzlichen Krankenversicherungen zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (2011) [4] berücksichtigt.

Im Rahmen unserer Bemühungen um einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess (siehe 8. Maßnahmen der Qualitätssicherung) beteiligt sich die Klinik am Qualitätssicherungsprogramm einschließlich der Effektivitätskontrollen der Deutschen Rentenversicherung. Die Klinik ist extern zertifiziert (5/2007, 5/2010, 7/2012 nach KTQ-Reha 1.1, 12/2014 nach DIN EN ISO 9001:2008), der Reha-Bereich zusätzlich gemäß BAR-Qualitätskriterien (5/2015 nach QM-Kultur-Reha 3.0).

* Wir verwenden das generische Maskulinum („der Rehabilitand“, „der Therapeut“), das hier männliche und weibliche Personen einschließt.

2. Allgemeines

Das therapeutische Konzept zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach umfasst die stationäre medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeit von illegalisierten Drogen einschließlich der hier konzeptionell dargestellten **adaptiven Phase**. Die Adaption ist Bestandteil der D-Abteilung und konzeptionell dort verankert. In diesem gesondert zusammengestellten Konzept sind alle für die Adaption relevanten Inhalte aus dem Gesamtkonzept entnommen und zusammengestellt, so dass es möglich ist, sich gesondert mit der inhaltlichen, konzeptionellen und formalen Aufstellung der Adaption zu befassen. Dies ist insbesondere durch die Möglichkeit der (externen) Aufnahme auch von alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden zur besseren Fokussierung hilfreich.

Indikationen zur medizinischen Rehabilitation in der Adaption sind nachgenannte Störungen und Erkrankungen:

Hauptindikation: Manifeste Abhängigkeit von illegalisierten Drogen einschließlich Polytoxikomanie sowie Rehabilitanden mit vorrangiger Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit.

Darüber hinaus behandlungsbedürftige psychiatrische Störungen und Erkrankungen, die zusätzlich zur Hauptindikation bestehen und in Ausmaß und Behandlungsbedürftigkeit mit den Mitteln der Klinik im Rahmen des Rehabilitationsprozesses mitbehandelt werden können.

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist mit der Abteilung zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger im Krankenhausbedarfsplan des Landes NRW, für die 80 Betten der beiden Abteilungen der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker bestehen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V. Federführender Leistungsträger für beide Reha-Abteilungen ist die DRV Rheinland, Düsseldorf. Leistungen der Entwöhnungsbehandlung bedürfen vorab - je nach Zuständigkeit - der Genehmigung der Rentenversicherung, Krankenkassen, örtliche Beihilfestellen oder Landschaftsverbände.

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine so genannte gemischte Krankenanstalt nach § 30 GewO unter steter Aufsicht des Gesundheitsamtes Bergisch Gladbach. Träger der Einrichtung ist die Psychosomatische Klinik Bergisch Land gGmbH, eine Einrichtung der Klinikum Oberberg GmbH mit Sitz in Gummersbach (Institutionskennzeichen 260 531 581).

Anschrift Hauptklinik: Schlodderdicher Weg 23a, 51469 Bergisch Gladbach, Tel.: 02202 / 206-0; Fax: 02202 / 206-182, E-Mail: info@psk-bg.de; www.psk-bg.de.

Anschrift Adaption: Schlodderdicher Weg 23a, 51469 Bergisch Gladbach, Tel.: 02202 / 206-123; Fax: 02202 / 206-204, E-Mail: info@psk-bg.de; www.psk-bg.de.

Geschäftsführer: Herr Sascha Klein, KKH Waldbröl GmbH, Dr.-Goldbogen-Str. 10, 51545 Waldbröl.

Ärztlicher Leiter: Dr. med. Thomas Kuhlmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Chefarzt.

Abteilungsleiter: Sven Bange, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt.

Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Entwicklung der Klinik und aktueller Stand

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen mit 122 Betten. Bei Inbetriebnahme 1980 umfasste die Klinik eine Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (40 Betten), 1981 wurde eine weitere Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger eröffnet mit zunächst 8 Betten, die bis zum Umzug dieser Abteilung im Jahr 1993 sukzessive auf 30 Betten erhöht wurden zuzüglich adaptiver Behandlungsphase mit zunächst 8, seit 1998 10 Betten. 1990 wurde eine erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger, zunächst als Modelleinrichtung [5, 6, 7, 8] mit 12 Betten eröffnet. Im Rahmen des landesweiten Ausbaus dieses neuen Behandlungsansatzes wurde 1994 und 1995 je eine weitere Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit je 12 Betten eröffnet, seit 2008 umfasst die Akutabteilung 42 Betten (je 14 Betten pro Station).

Die Klinik ist seit dem 01.04.1994 in die regionale Pflichtversorgung Drogenabhängiger für die Stadt Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis eingebunden.

Aktuell besteht die Klinik aus:

- Ø drei Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit je 14 Betten [9],
- Ø einer Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger inklusive einer adaptiven Phase (auch für Alkohol- und Medikamentenabhängige) mit 40 Betten,
- Ø einer Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Rehabilitanden mit 40 vollstationären Betten und 6 ganztägig ambulanten Plätzen [10],
- Ø einer Institutsambulanz für suchtmittelmisbrauchende und -abhängige Patienten und deren Angehörige [11],
- Ø einem komplementären Bereich, dem aufsuchenden Betreuten Wohnen für Abhängigkeitskranke einschließlich psychiatrischer Komorbidität, für Klienten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, Köln und angrenzenden Gebieten [12],
- Ø und einer Hausgemeinschaft „Haus am Hömel“ in Engelskirchen für Suchtpatienten mit Unterstützungsbedarf im Sinne des aufsuchenden betreuten Wohnens [13],
- Ø einem soziotherapeutischen Wohnheim für drogenabhängige Personen mit psychiatrischer Komorbidität [14].

Während sich die Akutstationen, die Abteilung für Entwöhnungsbehandlung Alkohol- und Medikamentenabhängiger (A-Abteilung) und 10 Behandlungsplätze (adaptive oder vierte Behandlungsphase) der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger (D-Abteilung) auf dem Klinikgelände in Bergisch Gladbach befinden, sind weitere 30 Behandlungsplätze (erste bis dritte Therapiephase) der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger (D-Abteilung) in „Haus Lindscheid“ in Wermelskirchen-Dabringhausen an der Dhüntalsperre untergebracht.

Das therapeutische Konzept der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger richtet sich an Rehabilitanden mit Abhängigkeit von illegalisierten und ggf. weiteren psychotropen Substanzen und auch Rehabilitanden mit darüber hinausgehenden psychiatrischen Störungen in behandlungsrelevantem Ausmaß (psychotische Störungen, affektive Störungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, neurotische, Persönlichkeits-, Verhaltens- und emotionale Störungen) einschließlich psychopharmakologischer Behandlung bei im Vordergrund stehender Abhängigkeitserkrankung. Die Einbeziehung der Bezugspersonen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation inklusive Nachsorge wird dabei stets angestrebt.

Die Abteilung umfasst insgesamt 40 Betten, verteilt auf 30 Betten im Standort Haus Lindscheid und 10 Betten der adaptiven Phase in der Hauptklinik. Die Regelbehandlungszeit beträgt 38 Wochen (26 Wochen in Haus Lindscheid und 12 Wochen in der adaptiven Phase) zuzüglich vier Wochen bei psychotischen Störungen und bei ausgeprägten Schweregraden auch affektiven und Borderline-Störungen.

Die apparative Ausstattung umfasst EKG, Notfallkoffer, Defibrillator, Alkoholmessgerät und (in der Hauptklinik) ein Gerät zur Durchführung semiquantitativer Drogenscreenings.

Die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger ist 1993 im Zuge der Erweiterung der Akutstationen vom Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach nach Haus Lindscheid umgezogen, zeitgleich wurde die adaptive Phase auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach eröffnet.

3.2 Geographische Lage

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (Hauptklinik) liegt an der Stadtgrenze zwischen Bergisch Gladbach und dem Kölner Stadtteil Dellbrück in einem waldreichen Naherholungsgebiet mit gutem Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel (zur Lage siehe Skizze im Anhang):

- Ø mit den Straßenbahnlinien 3 und 18 (Richtung Thielenbruch) bis zur Haltestelle „Dellbrücker Hauptstraße“ dann weiter mit dem Bus 436, Richtung Bergisch Gladbach, bis Haltestelle „Schlodderrich“. Oder bis zur Endhaltestelle „Thielenbruch“ und ca. 10 Min Fußweg,
- Ø aus Köln mit der S-Bahn (S11) Richtung Bergisch Gladbach bis Haltestelle „Duckterath“, von dort mit dem Bus 436, Richtung Köln-Dellbrück, bis Haltestelle „Schlodderrich“ oder von der Haltestelle „Duckterath“ zu Fuß in ca. 12 Minuten.

Die adaptive Behandlungsphase wird auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach in einem eigenen Gebäude durchgeführt. Die Hauptklinik ist vom Zentrum Bergisch Gladbach drei Kilometer entfernt und unmittelbar an der Stadtgrenze zu Köln gelegen.

Die geografische Lage und organisatorische Anbindung der adaptiven Behandlungsphase der Hauptklinik an die Städte Bergisch Gladbach (über 100.000 Einwohner) und Köln (ca. 1 Million) schafft günstige Voraussetzungen zum Erreichen der therapeutischen Ziele der adaptiven Phase, der Wiedereingliederung über therapeutisch unterstützte intensivierete Außenorientierung: Arbeitsplätze für Betriebspraktika in klein- und mittelständischen Unternehmen sowie größeren Firmen mit vielfältigen handwerklichen, gewerblichen, kaufmännischen und hauswirtschaftlichen Angeboten stehen ebenso zur Verfügung wie ein breit gefächertes Freizeitangebot sowie alle öffentlichen Behörden und Ämter.

3.3 Einzugsgebiet und Behandlungsverbund

In der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde die Bedeutung gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker, zu denen auch Suchtkranke gehören, herausgearbeitet. Im Rehabilitationsbereich für Suchtkranke wurde diese Orientierung zunächst nicht übernommen mit dem Ergebnis, dass Rehabilitanden sich durch gemeindeferne Langzeittherapie aus ihrer suchtgeprägten Umgebung passager ablösen konnten, um dann jedoch nach Abschluss der Behandlung abrupt mit eben diesem alten Milieu konfrontiert zu werden. Eine Regionalisierung des Einzugsgebietes für diese Rehabilitandenklientel ist daher grundsätzlich sinnvoll, um die gestufte Wiedereingliederung in Familie, Beruf und Gesellschaft bereits in die Entwöhnungsbehandlung integrieren und damit erleichtern zu können. Darüber hinaus kann das regionale Verbundsystem effektiver genutzt werden. Überregionale, also relativ gemeindeferne Behandlungen sind im Einzelfall selbstverständlich auch sinnvoll und in unserer Einrichtung ebenfalls möglich.

Seit Eröffnung der Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger (D-Abteilung) bestehen vielfältige Kontakte zum regionalen Drogenhilfenetz.

Darüber hinaus ist es in den letzten Jahren gelungen, die Zusammenarbeit mit den Institutionen des regionalen Verbundsystems im Raum Köln/Rheinisch-Bergischer Kreis und dem südlichen Rheinland erheblich zu intensivieren und weiterzuentwickeln. Die Verankerung der Klinik mit all ihren Abteilungen in die Region ist durch die Einbeziehung der Akutstationen in die regionale Pflichtversorgung (seit dem 01.04.1994) und die Eröffnung der Institutsambulanz (am 01.12.1998) inhaltlich und organisatorisch weiter gestärkt worden [15, 16, 17].

Inzwischen bestehen zu allen Einrichtungen der Drogenhilfe im Versorgungsgebiet intensive Arbeitsbeziehungen: von Notschlaf- und Kontaktstellen bis zu abstinenzorientierten Entwöhnungseinrichtungen, von Substitutionsambulanzen inklusive Diamorphinbehandlung über Bewährungshilfe bis zur AIDS-Hilfe, Ämtern, Justizbehörden etc. Darüber hinaus ist die Klinik in die unterschiedlichen regionalen Arbeitskreise des Drogenhilfeverbundsystems eingebunden (Methadon-Arbeitskreise, Beratungsstellen, Juristenkreis, regelmäßige Arbeitstreffen mit den Gesundheitsämtern etc.; siehe auch Übersicht „Betreuungsangebote“ der RAG / DRV Rheinland).

Entsprechend dem Konzept „Soforthilfe NRW“, welches der Verbesserung der Erreichbarkeit und Integration jener Drogenabhängigen dient, denen eine Überwindung der Abhängigkeitsproblematik durch Inanspruchnahme der auf KOMM-Struktur basierenden Drogenhilfeangebote nicht möglich ist, nehmen wir sowohl Rehabilitanden in unserer Drogenentwöhnungsabteilung auf, welche zuvor ambulant über Beratungsstellen auf die stationäre Therapie vorbereitet worden sind, als auch solche Rehabilitanden, welche sich erst über die Stationen zur Qualifizierten Akutbehandlung für eine Nahtlosverlegung in eine stationäre medizinische Rehabilitation (gemäß „Soforthilfe NRW“) entscheiden.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

4.1.1 Theoretische Grundorientierung

Suchterkrankungen* sind hochkomplex, in ihrer Ätiologie, Genese und Dynamik wirken pharmakologische, somatische, psychische und soziale Wirkfaktoren als multifaktorielles Bedingungsgefüge untrennbar zusammen. Was sich als weitgehend uniformes klinisches Bild zeigt, ist die gemeinsame Endstrecke sehr heterogener ätiopathogenetischer Prozesse. Dies zeigt sich auch am hohen Anteil komorbider Störungen, die der Abhängigkeitsentwicklung vorausgehen, sie begleiten oder ihr folgen können.

Das Verständnis von Sucht muss deshalb notwendigerweise multifaktoriell und interdisziplinär angelegt sein. Den Bezugsrahmen bildet ein bio-psycho-soziales Modell, das die Aus- und Wechselwirkungen der der Abhängigkeitserkrankung zugrunde liegenden Prozesse vor dem Hintergrund der konkreten Lebenswelt des Rehabilitanden berücksichtigt (siehe auch 4.1.5).

Von den etablierten psychotherapeutischen Therapieverfahren wird zzt. keines für sich allein der Komplexität der geschilderten Zusammenhänge gerecht, jeder Rehabilitationsansatz muss deshalb ein integrativer sein.

Wir gehen von einem modernen psychodynamischen Verständnis der Suchterkrankung aus, das offen ist für Anpassungen und Erweiterungen, alternative Sichtweisen akzeptiert und neue Erkenntnisse aus Therapie- und Grundlagenforschung (insbesondere Bindungsforschung, Entwicklungspsychologie, Neurobiologie) integriert, ohne seine Basisannahmen aufzugeben.

Wir beziehen uns auf die psychoanalytisch-interaktionelle Methode nach Heigl-Evers [18, 19, 20, 21], die psychoanalytisch-systemische Psychotherapie nach Fürstenau [22, 23], die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf [24, 25, 26], die mentalisierungsgestützte Therapie nach Fonagy [27, 28] und die ressourcenbasierte psychodynamische Therapie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen nach Wöller [29, 30] sowie die integrativen Konzepte der Neuropsychotherapie nach Grawe [31] und der integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen nach Fiedler [32].

Das Gemeinsame diese Ansätze ist, das sie auf die Behandlung von Rehabilitanden mit schweren Störungen der Selbststruktur und deutlichen Entwicklungsdefiziten („frühe Störungen“), wie sie der Suchtentwicklung nahezu regelhaft zugrunde liegen, ausgerichtet sind. Diese Störungsbilder können mittels Operationalisierter Psychodynamischer Diagnostik (OPD) abhängigkeitspezifisch erfasst werden [33, 34, 35].

Aus diesem tiefenpsychologischen Grundverständnis leiten wir unser psychodynamisches Verständnis der Suchterkrankten ab [36, 37, 34]:

- Ø Abhängigkeitserkrankungen entstehen aus dem Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell).
- Ø Vor der Abhängigkeitsentwicklung steht als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung eine psychische Eingangsproblematik.
- Ø Zunächst dient der Konsum der Regulierung bzw. Kompensation dysfunktionaler interpersoneller Beziehungsmuster, intrapsychischer Konflikte und struktureller Einschränkungen („primäre psychodynamische Funktion des Suchtmittels“).
- Ø Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung entsteht eine Eigendynamik des Konsums. Der Konsum löst sich zunehmend von seinen ursprünglichen Bedingungen ab. Es entsteht eine sekundäre chronische Abhängigkeitserkrankung („Suchtspirale“).

* Im Mittelpunkt der Behandlung steht der abhängigkeitskranke Mensch, nicht seine Krankheit. Dies sollte im Hintergrund immer mitgedacht werden, wenn im Folgenden von der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen gesprochen wird.

- ∅ Die psychischen Voraussetzungen und die psychischen Folgen des Konsumverhaltens sind wechselseitig aufeinander bezogen („zirkuläre Kausalität“).
- ∅ Diagnostik und Therapie von Abhängigkeitserkrankungen können sich nicht auf die Erfassung und Behandlung der psychischen Entstehungsbedingungen beschränken, sondern müssen auch die autonom gewordene Abhängigkeit (Eigendynamik) in den Blick nehmen („sekundäre Kompensation der Krankheitsfolgen“).

Eine zentrale Annahme ist die, dass das Konsumverhalten spezifische psychische Funktionen erfüllt, die sich an der individuellen Persönlichkeitsorganisation orientieren. Die Funktion des Suchtmittels für das psychische Funktionieren einer Person ist auch ein zentraler Aspekt der von Khantzian vertretenen Selbstmedikationshypothese [38].

Diese psychodynamischen Ansätze werden durch Erkenntnisse der Grundlagenforschung weiter ergänzt, insbesondere aus den Neurowissenschaften und der psychologischen Therapieforschung.

Rahmenmodelle für die schulenübergreifende Integration unterschiedlicher Therapiekonzepte sind insbesondere von den Arbeitsgruppen um Grawe [31, 39, 40, 41] und Fiedler [32, 42, 43, 44] erarbeitet worden. Dabei werden neben Patienten-, Therapeuten- und Beziehungs- bzw. Prozessvariablen auch Therapie- und Veränderungsprinzipien sowie allgemeine Rahmenbedingungen der Psychotherapie diskutiert, wie z. B. Anregungen zum Selbstmanagement, Aktivierung sozialer Stützsysteme, besondere Maßnahmen zur Transfersicherung etc.

Grawe [31] kommt in seiner Konzeption einer „Neuropsychotherapie“, die versucht neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die Behandlung nutzbar zu machen (siehe 4.1.4), zu integrativen Überlegungen, die in einem „konsistenztheoretischen Modell des psychischen Geschehens“ zusammengefasst sind. Zentral ist hier das Streben nach Kongruenz und Konsistenz. Aus Grundbedürfnissen erwachsen annähernde und vermeidende motivationale Schemata, die das konkrete Erleben und Verhalten formen. Zwangsläufig entstehen Diskordanzen und Inkongruenzen, die bei einem gewissen Ausmaß zu psychischen Problemen führen können. Einen Überblick über das Modell zeigt Abbildung 1:

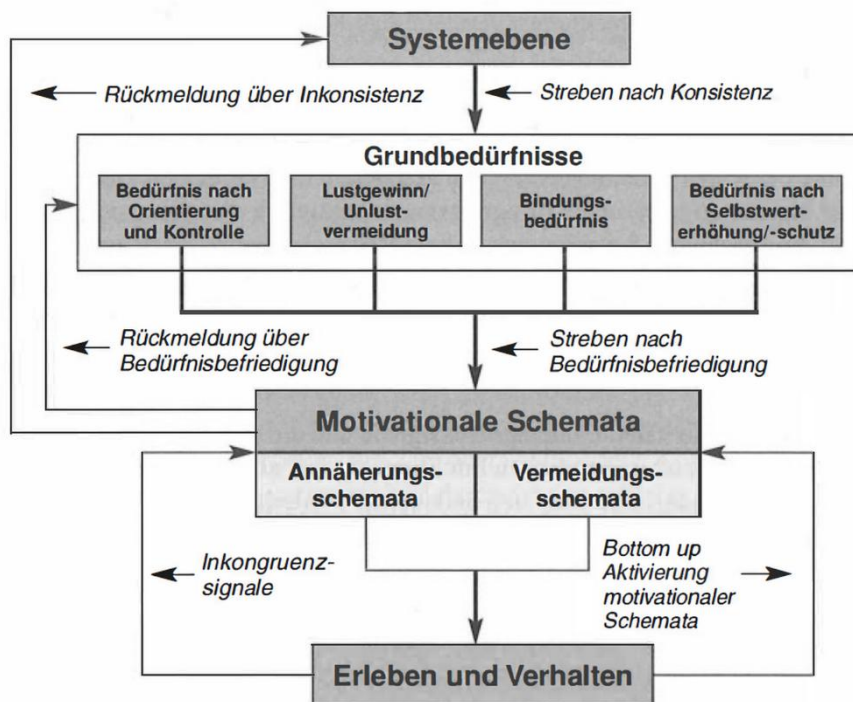


Abb. 1 Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens nach Grawe

Im Mittelpunkt des Ansatzes von Fiedler zu einer „Integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ [32] steht eine Psychotherapieperspektive, die er mit den Begriffen „Phänomenorientierung“ und „Störungsspezifität“ beschreibt. Durch die gleichzeitige Berücksichtigung von phänomenorientierter und störungsspezifischer Perspektive können Aufgaben der selektiven, differenziellen und adaptiven Indikation besser gelöst werden.

Es geht einerseits darum, in einer genauen Differenzial-Diagnose das Störungsspezifische zu erfassen (Abhängigkeitstyp, Persönlichkeitsstörung, evtl. Komorbidität, sonstige psychische und somatische Erkrankungen); gleichzeitig müssen andererseits die Personeneigenarten des Rehabilitanden, seine Biografie, seine Interaktionseigenarten und Interaktionsauffälligkeiten und sein sozial-gesellschaftlicher Lebenskontext angemessen gesehen werden (Phänomenperspektive).

Die Berücksichtigung beider Aspekte ist die Voraussetzung für ätiologische Überlegungen, die ihrerseits den integrativen Behandlungsprozess prägen. So führt eine Diagnose nicht unmittelbar zur Behandlung(smethodik), sondern zunächst - in einem wichtigen Zwischenschritt - zu einem Erklärungsansatz, einem Ätiologiemodell der Erkrankung.

Damit stehen die Herleitung therapeutischer Ziele, Strategien und Methoden ausdrücklich in einem theoretischen Begründungszusammenhang. Bezug und Rahmen für die Begründung therapeutischer Maßnahmen ist das Grundlagenwissen über Ätiologie, Verlauf und Veränderbarkeit von Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen. Erst in der konkreten Abstimmung mit dem Rehabilitanden werden weitere methodische Konkretisierungen notwendig.

Theoretische Vorstellungen über Störungsbild, Phänomenvielfalt und Behandlungsperspektiven einerseits und Individualität und Einzigartigkeit der Rehabilitandenprobleme andererseits müssen aufeinander bezogen werden. Deshalb greifen von Beginn der Behandlung an deduktive und induktive Entscheidungsprozesse ständig ineinander. Sie fügen sich erst allmählich zu einer Strategie selektiver und differenzieller Indikationsüberlegungen zusammen. Abbildung 2 fasst die allgemeinen Planungsschritte einer Integrativen Psychotherapie schematisch zusammen [32].

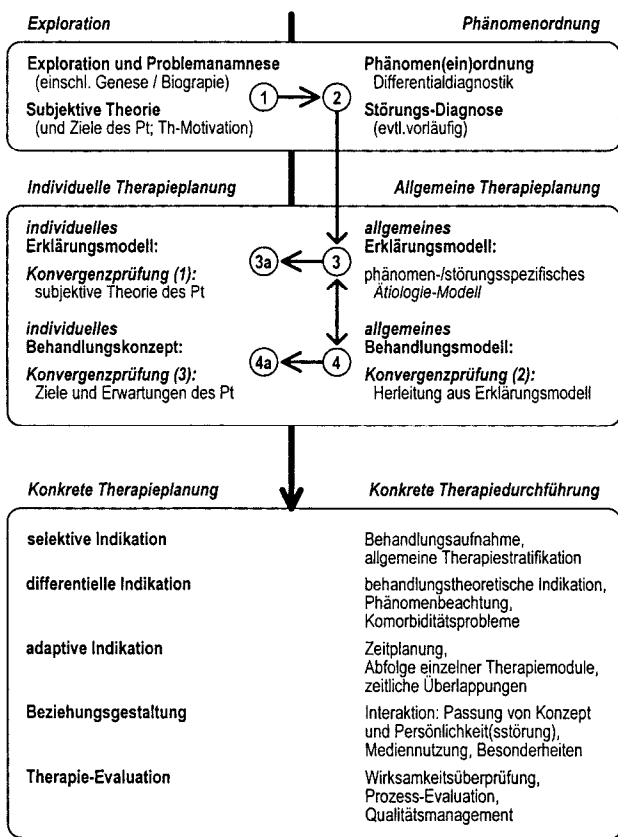


Abb. 2 Therapieplanung in der Integrativen Psychotherapie nach Fiedler

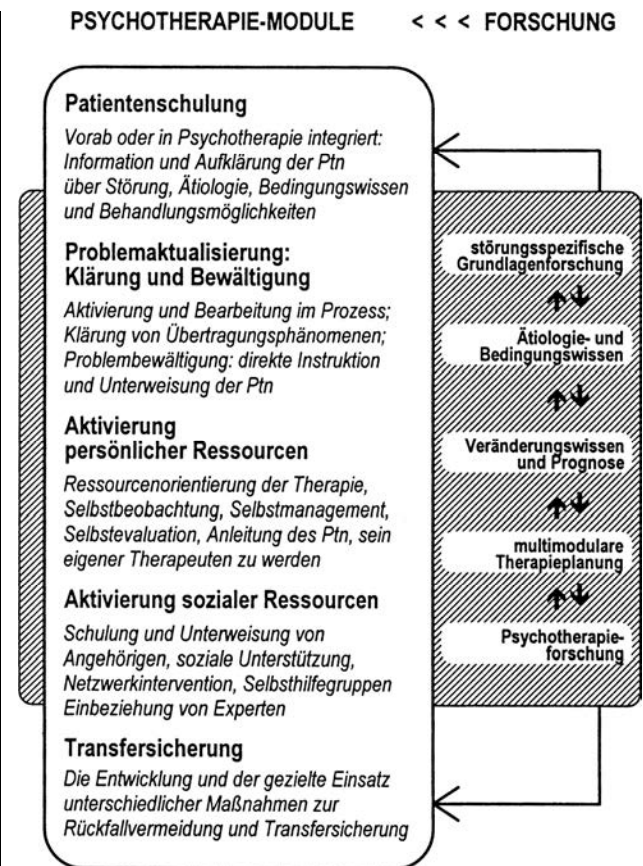


Abb. 3 Basismodule einer phänomen- und störungsspezifischen Behandlung nach Fiedler

Dabei wird die Erklärungsperspektive des Therapeuten zunächst weitgehend unabhängig von der subjektiven Theorie des Rehabilitanden durch die Suche und schließlich Wahl eines wissenschaftlich begründeten Ätiologiemodells vorbereitet. Erst wenn der Therapeut eine allgemeine Ätiologietheorie gefunden und diese in ein individuelles Erklärungsmodell für genau diesen Rehabilitanden übersetzt hat, werden subjektive und psychologische Ätiologietheorien, Zielvorstellungen und Erwartungen auf Übereinstimmung und Widersprüchlichkeit überprüft (Konvergenzprüfungen).

Bei der konkreten, individuellen Therapieplanung können unter integrativer Perspektive fünf Schwerpunkte benannt werden, die wir mit Fiedler als Basismodule einer integrativen psychotherapeutischen (Sucht-)Behandlung verstehen [32]: Patientenschulung, Problemaktualisierung, Aktivierung persönlicher Ressourcen, Aktivierung sozialer Ressourcen, Transfersicherung. Einen Überblick gibt Abbildung 3.

4.1.2 Therapeutische Grundhaltung

Die Behandlung von Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen erfordert sowohl eine Fokussierung des therapeutischen Prozesses auf die Bearbeitung suchtspezifischer Problembereiche als auch eine Integration weiterer vor allem sozialer und biografischer Aspekte. Deshalb muss die therapeutische Arbeit stets mehrdimensional (multifaktoriell und interdisziplinär) angelegt sein (s. o.).

Die Vielschichtigkeit der Bearbeitung und Überwindung wesentlicher Aspekte der Abhängigkeitserkrankung erfordert über das psychodynamische Verständnis hinaus die Berücksichtigung und Integration unterschiedlicher psychotherapeutischer Ansätze, dies gilt insbesondere für Methoden und Techniken aus Systemischer Therapie, Gesprächs-, Gestalt-, Verhaltens- und Körpertherapie. Hinzu kommen andere, nicht primär psychotherapeutisch orientierte Behandlungsformen (Sport-, Ökotrophologie, siehe 4.7).

Darüber hinaus haben sich folgende therapeutische Grundhaltungen berufsgruppenübergreifend als hilfreich erwiesen:

Für Suchtrehabilitanden, insbesondere Drogenabhängige, die überdurchschnittlich häufig innerpsychische Konflikte und psychiatrisch behandlungsbedürftige Probleme im Sinne „früher Störungen“ aufweisen, ist die Möglichkeit der direkten persönlichen Einbeziehung des Therapeuten in den Behandlungsprozess unverzichtbar. Die auch emotional erlebbare Auseinandersetzung mit als empathisch, aber auch als strafend empfundenen Anteilen desselben Therapeuten ist elementarer Bestandteil des psychischen Stabilisierungsprozesses [45].

Die Bearbeitung maladaptiver Beziehungsmuster, psychischer Konflikte und Entwicklungsstörungen erfordert eine aktive und für den Rehabilitanden unmittelbar erfahrbare Teilnahme des Therapeuten am Behandlungsprozess im Sinne des „Prinzips Antwort“ (Heigl-Evers).

Die „selektive Expressivität“ im Sinne Heigl-Evers ermöglicht dem Rehabilitanden, den Therapeuten als konkret erfahrbares Gegenüber in seiner historischen, emotionalen und rationalen Dimension, durch die ihm gegenüber mitgeteilten Erfahrungen, Gefühle und Einschätzungen zu erleben und sich diesbezüglich auseinander zusetzen. Der therapeutisch wirksame Umgang mit den sensiblen Aspekten von Nähe und Distanz basiert auf der für den Rehabilitanden unmittelbar erfahrbaren Grundhaltung des Therapeuten, welche die nachstehend genannten Kategorien umfasst:

- Ø Präsenz als waches Interesse, Neugier und Aufmerksamkeit gegenüber allen, verbalen und nonverbalen, Signalen des Rehabilitanden,
- Ø Respekt als realem Ernstnehmen des Rehabilitanden mit all seinen Ressourcen und Störungen, seiner Biografie und bisherigen Lebensweise und
- Ø Akzeptanz als grundsätzlich wohlwollend annehmende Haltung dem Rehabilitanden gegenüber als einzigartigem Individuum.

Darüber hinaus kommt die Integration des einzelnen Rehabilitanden in die Gruppe und der Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere große Bedeutung zu. Bei Wahrung der professionellen Distanz und Verantwortung der Mitarbeiter werden die Rehabilitanden von Beginn an mit ihrer Eigenverantwortung für die Entwicklung und Wahrung eines **therapeutisch wirksamen**

und belastungsstabilen Klimas konfrontiert [46]. Der Umgang der Mitarbeiter untereinander - gerade in schwierigen, konfliktbeladenen Situationen - und die Fähigkeit zur Zusammenarbeit, zum konstruktiven Streiten statt pathologischen Harmonisierens ist entscheidend für die Entfaltung einer annehmenden, tragenden und nicht ausgrenzenden Behandlungsatmosphäre. Dabei kommt der Entdeckung, Wahrung und Förderung vorhandener Ressourcen der Rehabilitanden wachsende Bedeutung zu als wesentlicher Vorbereitung auf eine sinnerfüllte Lebensperspektive nach der Behandlung.

Grawe geht aufgrund seiner umfangreichen therapievergleichenden Meta-Analysen [39] davon aus, dass es im Wesentlichen vier **allgemeine Wirkprinzipien** sind, denen schulübergreifend die größte Bedeutsamkeit für positive Änderungsprozesse in der Psychotherapie zugeschrieben werden müsse [40, 47]:

- Ø Problemaktualisierung: direktes Herangehen und Fokussierung der Therapie auf die spezifischen Probleme des Rehabilitanden.
- Ø Ressourcenaktivierung: Stärkung der Selbstheilungskräfte und Ressourcen der Rehabilitanden.
- Ø Problembewältigung: aktive Hilfen und Unterstützung durch die Therapeuten bei der Lösung konkreter Probleme;
- Ø Klärung: eine ausreichende Analyse und sinnstiftende Ausdeutung von Problemursachen und Konflikten.

Im Rahmen seines „konsistenztheoretischen Modell des psychischen Geschehens“ betont Grawe [31] das aktive, **strukturierende Vorgehen** des Therapeuten. Einerseits muss dieser in allem den Konsens des Rehabilitanden haben und alles, was er tut, muss mit den motivationalen Zielen des Rehabilitanden vereinbar sein. Gleichzeitig muss er aber die Verantwortung für die wichtigsten therapeutischen Entscheidungen übernehmen, er muss ein „guter Anwalt des Patienten“ sein und Verantwortung dort übernehmen, wo der Rehabilitand auf seinem jetzigen Stand damit überfordert wäre.

Da bei komorbiden Abhängigen in wechselnder Ausprägung ein Mangel an Motivation und Impulskontrolle, gestörte Objektbeziehungen und eingeschränkte Introspektionsfähigkeit, ungenügende Affektregulierung und Probleme bei der Herstellung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses vorliegen können, sind auch **supportive Haltungen** indiziert. Definitionsgemäß werden die supportiven Verfahren häufig nur negativ von konfliktaufdeckenden oder einsichtsorientierten Verfahren abgegrenzt.

Grundsätze einer supportiven psychotherapeutischen Behandlung sind [48]:

- Ø Vermeidung aller regressionsfördernden Momente,
- Ø aktive Haltung des Therapeuten statt Abstinenz oder anonymer Position, um ihn als reale Person präsent und kenntlich zu machen,
- Ø besondere Beachtung der Schutzfunktion im Umgang mit Widerstandsformen,
- Ø behutsamer Umgang mit Übertragungsphänomenen mit dem Ziel, deren unkontrolliertes Ausufern zu vermeiden.

Ziel supportiver Psychotherapie sind neben der Symptomrückbildung Stärkung der Ich-Funktionen, Anhebung des Niveaus der Adaption und Verbesserung des Selbstwertregulationssystems [49]. Die direkte Ich-Stützung umfasst Stärkung der Realitätsprüfung, Nutzung der Ressourcen, direkte Anleitung und Strukturierung, Angstreduktion und direkte Stabilisierung des Selbstwertgefühls. Möglichkeiten der direkten Ich-Stützung sind Umgebungsveränderungen, Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen sowie die Überwindung von pathologischer Affektinstabilität einschließlich auch pharmakologischer Behandlung [50].

Um die Akzeptanz von und die Auseinandersetzung mit Ambivalenzkonflikten zu fördern und die Rehabilitanden aktiv in die Planung einer realistischen Zukunftsperspektive einzubeziehen, sind therapeutische Haltung und Intervention gemäß dem Konzept des **Motivational Interviewing** (MI) nach

Miller & Rollnick [51, 52] von wesentlicher Bedeutung. Dabei werden die Ambivalenzkonflikte thematisiert und im Sinne des aktiven Zuhörens den Rehabilitanden reflektierend verdeutlicht unter strikter Beachtung eines spezifischen Interventionsstils, Förderung einer empathischen therapeutischen Beziehung zum Rehabilitanden und Respekt vor dessen Autonomie.

Ziel sind die Entwicklung von Veränderungsabsicht beim Rehabilitanden, Wahrnehmung und Förderung der Akzeptanz bestehender Spannungen, Widersprüche und Ambivalenzkonflikte infolge des gezielten therapeutischen Vorgehens und - im nächsten Schritt - die praktische Vorbereitung und Umsetzung eines Veränderungsplans. Widerstand seitens des Rehabilitanden wird als Signal aufgegriffen, das therapeutische Vorgehen zu wechseln mit dem Ziel, dass der Rehabilitand die Bedeutung der Veränderung erkennt, die Absicht zur Veränderung und die Zuversicht entwickelt, durch sein eigenes Handeln die Nachteile der gegenwärtigen Situation überwinden und seine eigene Lebensperspektive konstruktiv aktiv beeinflussen zu können.

Das erfordert konsequenten Verzicht auf Konfrontation im Sinne des Vorschreibens und autoritären Erziehens, Förderung der Bereitschaft zur Übernahme von Eigenverantwortung für die Verbesserung des Status quo, also zu aktiver Mitarbeit im Rahmen der Therapie, und flexiblen therapeutischen Umgang mit dem Widerstand. Bezüglich des Widerstandes ist zu hinterfragen, ob dieser vor allem Ausdruck pessimistischer Erwartung hinsichtlich etwaiger Veränderungen oder Ausdruck einer Störung der konkreten Arbeitsbeziehung mit der Person des Therapeuten ist. Interventionen gemäß dem MI-Konzept können sinnvoll und vielfältig mit anderen therapeutischen Ansätzen verbunden und gut im Rahmen eines mehrdimensionalen therapeutischen Ansatzes integriert werden [53, 54, 55, 56, 57, 58]. Die Vertiefung und Verankerung der dem MI-Konzept zugrunde liegenden Haltung im therapeutischen Alltag, über Interventionen und Fallbesprechungen, wird durch kontinuierliche jährliche Schulungen für die Mitarbeiter gefördert, die vom Chefarzt durchgeführt werden; er ist aktives Mitglied im Motivational Interviewing Network of Trainers (MINT: Internationales Trainernetzwerk).

4.1.3 Gender Mainstreaming / Diversity Management

Unter dem Begriff „Gender Mainstreaming“ wird die kontinuierliche Berücksichtigung und Reflexion geschlechts- und geschlechtsrollenspezifischer Fragestellungen, dynamischer Prozesse und Interaktionen verstanden, die über Spezialangebote wie indikative Gruppen etc. aber auch als Querschnittsaufgabe im gesamten therapeutischen Prozess stets zu berücksichtigen sind. Dabei wird das Geschlecht als soziale Kategorie anerkannt sowie die Tatsache, dass es keine geschlechtsneutrale Wirklichkeit gibt [59].

Die Reflexion, Aufarbeitung und ggf. Neubewertung eigener geschlechtsrollenspezifischer Erfahrungen und Haltungen und der Umgang mit diesbezüglichen Zuweisungen durch andere ist Bestandteil auch des therapeutischen Gruppenprozesses, dies gilt insbesondere für die Rollen als Frau oder Mutter, Mann oder Vater. Es werden aber auch Erfahrungen und Haltung im Zusammenhang mit Prostitution, Zuhältertum, Umgang mit und Erwartungen an den eigenen Intimpartner etc. aktiv in der Gruppe reflektiert und bearbeitet. Die Bearbeitung spezifischer auch geschlechts- und geschlechtsrollenspezifischer Fragestellungen im Gruppen- oder Einzelsetting ist abhängig vom konkreten therapeutischen Prozess und der psychischen Verfassung der Rehabilitanden.

Bei Bedarf erforderliche Kontrollmaßnahmen werden stets von geschlechtsgleichen Mitarbeitern im Einzelkontakt durchgeführt.

„Diversity“ bedeutet Vielfalt im Sinne sozialer und kultureller Unterschiedlichkeit von Menschen. Zu den Kerndimensionen des Diversity Konzepts zählen insbesondere Alter, körperliche und psychische Befähigungen, die ethnische oder kulturelle Herkunft, Geschlecht, sexuelle Orientierung und Religion oder Weltanschauung, aber auch die soziale Herkunft wird immer häufiger als zentrale Dimension gesehen. Diversity Management toleriert nicht nur die individuelle Verschiedenheit, sondern hebt diese im Sinne einer positiven Wertschätzung besonders hervor (Chancengleichheit und Inklusion).

Es geht um die Herstellung von Bedingungen, die es allen Personen ermöglichen, ihre individuellen Potenziale, Talente und Leistungsfähigkeit in einem durch Offenheit geprägten Klima zu entfalten [60]. Bezogen auf Migration heißt das z. B., eine fragende und lernende Haltung im Umgang mit

Migranten zu entwickeln und ihre z. T. erheblichen Anpassungsbemühungen und -leistungen wertzuschätzen und aufzugreifen.

Die Komplexität, Dynamik, Unschärfe und Widersprüchlichkeit von Diversity werden als professionelle Herausforderung gesehen. Dabei muss auch abgewogen werden, was im Einzelfall im Rahmen des gegebenen Settings machbar und möglich ist.

4.1.4 Integration neurobiologischer Erkenntnisse

Das Verständnis von und Wissen über neurobiologische Abläufe beim Lernen und die regulative Wirkung von Suchtstoffen ist in den letzten Jahren deutlich gewachsen [61]. Das Belohnungssystem im Mittelhirn steuert das Annäherungsverhalten und wird aktiviert durch alle als positiv erlebten Betätigungen. Suchtstoffe aktivieren das Belohnungssystem besonders stark und bewirken durch ihre intensive, anhaltende Stimulation häufig eine bleibende Lernerfahrung. Die Mandelkerne (Amygdalae) im Mittelhirn sind stark aktiviert bei Vermeidungsverhalten, das auf alte Angst-/Fluchtmuster zurückgeht. Die Herunterregulation (Beruhigung) erfolgt normalerweise durch das Frontalhirn. Suchtmittel wirken allerdings auch dämpfend auf das angstvermittelnde Mandelkernsystem.

Neben dem über das Belohnungssystem gesteuerten Lernen gibt es auch über den Hippocampus gesteuerte bewusste Lernvorgänge. Diese Lernvorgänge hängen ab vom Ausmaß der Aufmerksamkeitsfokussierung und der emotionalen Beteiligung. Sie brauchen daher Zeit und müssen zur Überformung von früher gebildeten neuronalen Strukturen häufig wiederholt werden.

Das hippocampusgesteuerte biografische Gedächtnis besteht aus sprachlich codierten Inhalten und hilft uns, uns zu orientieren. In Phasen geringer emotionaler Spannung sind seine Inhalte bewusst erinnerbar. Im Gegensatz dazu wird in Phasen mandelkerngesteuerter, starker emotionaler Anspannung das emotionale Gedächtnis wirksam. Es hat episodisch-szenische Inhalte, wird durch situative Auslöserreize aktiviert. Die hierdurch erlebten Gefühle erscheinen zeitlos im Hier und Jetzt. Dies gilt auch für Craving, einem massiven Verlangen nach Suchtmitteln. Ein wesentlicher Wirkfaktor der Psychotherapie besteht darin, dass sie stummes, szenisch-emotionales Erleben aus dem emotionalen Gedächtnis mit sprachlich-rationalen Bewusstseinsprozessen des biografischen Gedächtnisses verbindet und dadurch die bewusste Aufarbeitung und Auseinandersetzung ermöglicht und fördert [31].

Wir nutzen die skizzierten neurobiologischen Erkenntnisse therapeutisch insbesondere in der Gruppen- und Einzeltherapie und auch um auf die Lerninhalte des Rückfallprophylaxetrainings der Reha-Phase I in Haus Lindscheid zu verweisen.

Neurobiologisch begründbar sind Interventionen, in denen negative emotionale Schemata aktiviert, ausgehalten und unter kortikaler, also bewusster Kontrolle herunterreguliert werden. Darüber hinaus scheint eine Rückfallrisikoverminderung durch die Vermeidung von Auslösereizen, also durch das Schaffen von suchtmittelfreien Zonen, z. B. der eigenen Wohnung, die Rückfallwahrscheinlichkeit zu senken.

Der Aufrechterhaltung von Selbstaufmerksamkeit und Verbalisierung von emotionalen Inhalten soll auch der Tagesrückblick dienen.

4.1.5 Bio-psycho-soziale Orientierung / ICF

Das therapeutische Konzept basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), das von der WHO entwickelt wurde [1]. Gesundheit und gesundheitliche Probleme (Krankheit, Behinderung) werden hier als Wechselwirkung individueller und gesellschaftlicher Faktoren verstanden.

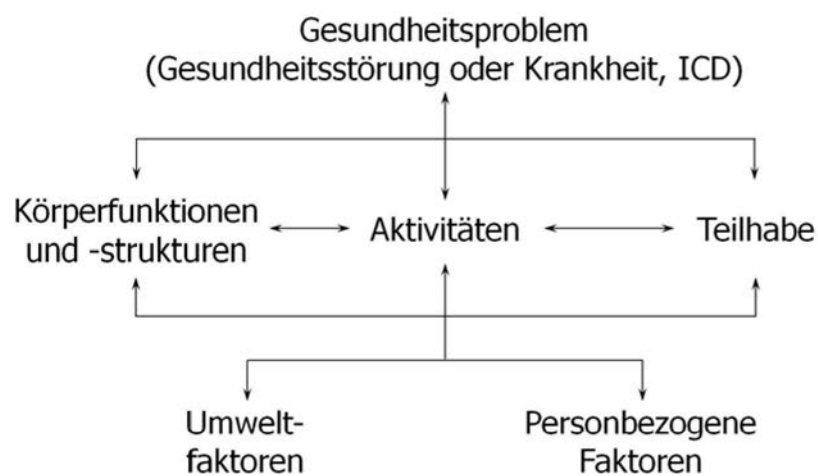
Die ICF bezieht in die Beschreibung der funktionalen Gesundheit sowohl Funktionsfähigkeit wie auch Beeinträchtigungen auf den Ebenen der Körperfunktionen und -strukturen, der Aktivitäten und der Teilhabe ein.

Unter Funktionsfähigkeit werden dabei positive und neutrale Aspekte, unter Behinderung alle negativen Aspekte der funktionalen Gesundheit verstanden. Eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit einer Person ist gegeben, wenn Schädigungen im Bereich der körperlichen und / oder mentalen Funktionen vorliegen.

Dazu zählt aber auch, wenn die Person nicht mehr all das tut oder tun kann (Aktivität), was zu erwarten wäre von einer Person ohne Gesundheitsprobleme (z. B. Verhalten, Leistungsfähigkeit).

Einbezogen wird unter dem Begriff „Teilhabe“ auch, inwieweit eine Person ihr Dasein in den Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, nicht mehr in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von Menschen ohne Beeinträchtigungen der Körperfunktionen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (z. B. Selbstversorgung, Mobilität, soziale Integration).

Unter Kontextfaktoren versteht die ICF den gesamten Lebenshintergrund einer Person, sowohl Umweltfaktoren (z. B. soziales Umfeld) als auch personenbezogene Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung, Lebensstil etc.). Die ICF ist gleichzeitig ein ressourcenorientiertes Modell.



Ziel der ICF ist die Erfassung der funktionalen Gesundheit über die genannten Dimensionen mittels eines eigenen Verschlüsselungssystems, um funktional Befunde und Symptome sowie deren Auswirkungen auf die verschiedenen Lebensbereiche zu erfassen, davon ausgehend zielgerichtet personenbezogene und relevante Umweltfaktoren (im Sinne von Barrieren und Förderfaktoren) zu beschreiben und daraus den jeweiligen Unterstützungsbedarf entwickeln zu können [62].

Aus diesem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Denken ergeben sich der interdisziplinäre Rehabilitationsansatz und ein breit gefächertes Behandlungsangebot (siehe auch 1. Einleitung).

4.1.6 Leitlinien und Reha-Therapiestandards

Das Konzept integriert die in den Leitlinien zur Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioiden und zu cannabisbezogenen Störungen aufgeführten Vorgaben / Empfehlungen [63, 64]. Ferner orientiert es sich an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit [65], in dem es deren Vorgaben als Empfehlungen sinngemäß auf den Bereich Adaption überträgt.

Die Reha-Therapiestandards basieren auf evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), die über Leistungen gemäß der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [66] operationalisiert werden. Das Behandlungsangebot der Adaption ist so gefächert, dass alle Reha-Therapiestandards für diesen Bereich potenziell erfüllt werden können.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1 Indikationen / Kontraindikationen

Medizinische Indikationen zur Adaptionsbehandlung sind nachgehend genannte Störungen und Erkrankungen:

- ∅ Manifeste Abhängigkeit von illegalen Drogen einschließlich Polytoxikomanie (ICD F11, F12, F14 bis F19) und von Alkohol oder Medikamenten (F10, F13).

darüber hinaus:

- ∅ Behandlungsbedürftige psychiatrische Störungen und Erkrankungen (F20 bis F69 und F90 - F98 sowie im Einzelfall F78/F79 und F80 - F89).

Medizinische Kontraindikationen sind:

- ∅ akute exogene oder endogene Psychosen (F20 - F29),
- ∅ ausgeprägte irreversible organische Psychosyndrome (F01 - F09),
- ∅ deutliche Intelligenzminderung (F71 - F79),
- ∅ akute Suizidalität (R45.8),
- ∅ ausgeprägte somatische Erkrankungen, welche die Behandlungsmöglichkeiten der Klinik überschreiten (z. B. fortgeschrittene Krankheitsstadien bei AIDS oder anderen Infektionskrankheiten),
- ∅ ausgeprägte Behinderungen mit ständiger körperlicher Pflegebedürftigkeit, welche die Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten unserer Klinik überschreiten.

Wir behandeln Frauen und Männer. Das Mindestalter für die Adaptionsbehandlung beträgt 18 Jahre, entscheidend ist das zu erwartende (Rest-)Leistungsvermögen des Einzelfalls.

4.2.2 Voraussetzungen der Behandlung

Voraussetzung zur Adaptionsbehandlung in der D-Abteilung unserer Klinik ist die Bereitschaft zu aktiver Teilnahme an der abstinenzorientierten Therapie bei bestehender Drogenabhängigkeit. Die Entwöhnungsbehandlung basiert auf freiwilliger aktiver Teilnahme der Rehabilitanden. Die Behandlung auf Grundlage von § 35, § 36 oder § 37 BtMG oder § 56 c StGB ist in unserer Klinik grundsätzlich möglich.

Der Beginn einer Adaptionsbehandlung setzt voraus,

- ∅ dass der Rehabilitand sich entschieden hat, mithilfe der abstinenzorientierten Entwöhnungsbehandlung seine Lebenssituation nachhaltig zu verändern und regulär zu beenden,
- ∅ ein bewilligter Kosten-/Leistungsübernahmebescheid in gültiger Form vorliegt.

Grundsätzlich nehmen wir auch Rehabilitanden wieder auf, die bereits eine oder mehrere Entwöhnungs-/Adaptionsbehandlungen bei uns beendet haben, sei es regulär oder irregulär.

Darüber hinaus benötigen wir rechtzeitig medizinische Unterlagen über Krankengeschichte und aktuelle Medikation sowie den Nachweis einer abgeschlossenen Entwöhnungsbehandlung.

Der Wechsel aus der Entwöhnung in die Adaption muss nahtlos erfolgen. Gemäß der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung vom 04.05.2001 besteht die Möglichkeit, die medizinische Reha-Behandlung unter bestimmten Voraussetzungen auch unter Fortführung bestehender Substitutionsbehandlung zu beginnen. Dieser Zugang ist auch in unserer Klinik möglich.

4.2.3 Behandlung komorbider Rehabilitanden

Komorbidität bezeichnet das gleichzeitige Auftreten einer Suchterkrankung und einer behandlungsbedürftigen schweren psychiatrischen Erkrankung. Nach gegenwärtigem wissenschaftlichen Kon-

sens [50, 32, 67] gelten folgende Störungen als in diesem Sinne schwere psychiatrische Erkrankungen: schizophrene, schizoaffektive oder bipolare Psychosen sowie ausgeprägte paranoide, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörungen. Entscheidend ist der Einzelfall, auch bei Rehabilitanden mit ADHS.

Aus psychotherapeutischer Sicht sind die genannten Persönlichkeitsstörungen aufgrund qualitativ schwerwiegender Störungen grundlegender psychischer Funktionen (Realitätsprüfung, Identitätsdiffusion, fehlende Gewissensbildung u. a. m.) im Vergleich zu den übrigen Persönlichkeitsstörungen sehr viel schwerer zu beeinflussen, da es hier nicht nur um eine Veränderung typischer Konfliktmuster geht, sondern um basale Persönlichkeitsstrukturen, die bislang nicht oder nur rudimentär vorhanden waren und neu aufgebaut werden müssen. Die Adaptionsbehandlung einzelner Rehabilitanden mit diesen Krankheitsbildern ist in der D-Abteilung grundsätzlich möglich, sofern sich die psychiatrische Erkrankung in stabiler Remission befindet, also z. B. keine akute Psychose mit produktiver Symptomatik oder akuten Suizidtendenzen gegeben ist. Basisstörungen aus dem schizophrenen Formenkreis wie etwa erhebliche Irritierbarkeit, Antriebsarmut, Ambivalenz, schizoider Rückzug, Identitätsdiffusion oder projektive Abwehrmechanismen stellen keine Kontraindikation dar [68].

Aufgrund der genannten Basisstörungen ist in Therapiegruppen, in welchen Rehabilitanden mit psychiatrischen Grunderkrankungen dominieren, häufig mit einer ungünstigen Beeinflussung der Gruppendynamik zu rechnen. Insbesondere Antriebsarmut und Irritierbarkeit können den therapeutischen Prozess in erheblichem Ausmaß konterkarieren. Deshalb achten wir stets darauf, dass zwischen Rehabilitanden mit komorbider Problematik und Rehabilitanden, welche ausschließlich aufgrund einer Suchterkrankung behandelt werden, ein ausgewogenes Verhältnis besteht. Rehabilitanden, die aufgrund ihrer Abhängigkeitsproblematik ohne begleitende erhebliche psychiatrische Erkrankungen an der Adaptionsbehandlung teilnehmen, befinden sich deshalb stets in der Mehrzahl.

Im Rahmen der Entwöhnungstherapie werden immer wieder in allen Bereichen des therapeutischen Prozesses persönlichkeitsstypische Probleme aktualisiert. Auch das enge Zusammenleben der Rehabilitanden bedingt das vermehrte Auftreten alltagstypischer Konflikte. Um komorbide Rehabilitanden vor Überlastung durch Reizüberflutung mit der Folge psychotischer Dekompensation zu schützen, setzen wir ein Mindestmaß an Ich-Stärke bzw. psychotischer Remission mit Frustrationstoleranz und Belastbarkeit voraus. Deshalb streben wir an, im Einzelfall nach Antrag beim Leistungsträger durch eigene Kontaktaufnahme mit dem Rehabilitanden vor Aufnahme die sich abzeichnenden therapeutischen Chancen und Risiken durch fachärztliche Konsultation (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) in einem Vorgespräch bzw. in der Entwöhnung zu klären.

Um Ausgrenzungsprozesse innerhalb der Rehabilitandengruppe zu reduzieren, nehmen Rehabilitanden mit Komorbidität grundsätzlich an allen Veranstaltungen teil. Zusätzlich bieten wir indikationsspezifisch eine Gruppe für Psychoseerfahrene in der Entwöhnungsbehandlung an, um den Besonderheiten der Rehabilitandengruppe gerecht zu werden. In dieser Gruppe werden nicht nur Schulungen zu psychosetypischen Problemfeldern angeboten, sondern auch typische Alltagskonflikte und Fragen der psychiatrischen Weiterbehandlung erläutert.

Entscheidende Voraussetzung zur Integration der unterschiedlichen Rehabilitandengruppen mit und ohne psychiatrischer Komorbidität ist die Thematisierung und Klärung von Ambivalenzkonflikten durch nicht konfrontatives Vorgehen bei klarer therapeutischer Haltung hinsichtlich bestehender Ermessensspielräume und Grenzen. Der therapeutische Ansatz des Motivational Interviewing ist in Bezug auf die aktive und nicht konfrontative Auseinandersetzung mit Konflikten und Grenzüberschreitungen sowie die aktive Einbeziehung der betroffenen Rehabilitanden in die Konfliktlösung von besonderer Bedeutung auf der Grundlage empathischer Beziehungen und klarer therapeutischer Rahmenbedingungen. Die zusätzliche Integration von Rehabilitanden mit ausgeprägt dissozialem Verhalten und Neigung zu offensiv-aggressivem und konfrontativem Auftreten erfordert in zugespitzten Konfliktsituationen ein stärker direktiv-konfrontatives therapeutisches Vorgehen. Aufgrund der erheblichen Auswirkungen länger anhaltender direktiv-konfrontativer Auseinandersetzungen auf das Gruppenklima und die psychische Stabilität vor allem psychiatrisch komorbider Rehabilitanden ist die therapeutische Einbeziehung von Rehabilitanden mit ausgeprägter Dissozialität nur eingeschränkt möglich, da die diesbezüglich erforderlichen therapeutischen Kriseninterventionen stets eine massive Belastung für psychiatrisch komorbide Rehabilitanden darstellen und damit einen erheblichen Risikofaktor für eine psychotische Dekompensation bilden [69].

Neben dem stationären psychotherapeutischen Prozess ist die psychopharmakologische Behandlung mit Medikamenten ohne Suchtpotenzial (z. B. Neuroleptika, Antidepressiva, Lithium oder Carbamazepin) ein weiterer elementarer Bestandteil der Behandlung komorbider Rehabilitanden. Die Notwendigkeit der Fortführung bestehender psychopharmakologischer Behandlung wird bereits im Vorkontakt erörtert. Mit den Rehabilitanden wird ausführlich besprochen, dass die Fortsetzung dieser Medikation unter der Voraussetzung einer positiven Symptombeeinflussung auch Voraussetzung für die Aufnahme in unsere Einrichtung ist. Eventuelle Anpassungen einer Medikation im Sinne einer Reduktion oder Umstellung können erst erfolgen, wenn ein tragfähiges therapeutisches Arbeitsbündnis erreicht ist und die Remission der psychotischen Erkrankung unverändert stabil bleibt. Die Krankheitseinsicht des Rehabilitanden in die bestehende psychiatrische Grunderkrankung und die Behandlungsnotwendigkeit ist unverzichtbare Voraussetzung, die Behandlung selbst wird fortlaufend fachärztlich überwacht.

Um dem Rehabilitanden die Möglichkeit zum Rückzug aus reizüberflutenden Situationen zu geben, erhalten Rehabilitanden mit schizophrenen Psychosen vorzugsweise Einzelzimmer oder können vorübergehend ein Krisenzimmer, welches besonders ruhig und reizarm ist, nutzen.

In der Gruppen- und Einzeltherapie wird den besonderen Bedürfnissen dieser Rehabilitandengruppe Rechnung getragen. Um psychotische Reaktionen zu vermeiden, wird phasenweise bei diesen Rehabilitanden weitgehend auf tiefenpsychologische Deutungsarbeit verzichtet und stattdessen gegenwartsbezogen konfliktorientiert gearbeitet. Typische Basisstörungen, wie Antriebsarmut, Denkstörungen, Identitätsdiffusionen, Affektschwankungen und projektive Abwehrmechanismen, werden bearbeitet. Die Gruppen- und Einzeltherapeuten schützen die Rehabilitanden insbesondere vor Reizüberflutung und sorgen in erforderlichem Maß für externen Antrieb.

Bezüglich der Gruppentherapie von Rehabilitanden mit Komorbidität sind eine Reihe von Besonderheiten zu beachten. Aufgrund der besonderen Neigung dieser Rehabilitanden zu Projektionen, Beziehungsideen oder anderen sogenannten primitiven Abwehrmechanismen benötigen diese Rehabilitanden eine weitaus intensivere psychiatrische und psychotherapeutische Einzelbetreuung [70, 71, 72, 73]. Nur in diesem Rahmen können eine zunehmende Integration abgespaltener Persönlichkeitsanteile und eine Verbesserung des Krankheitsbewusstseins und der Compliance erreicht werden. Dies gilt insbesondere auch für Rehabilitanden mit Borderline-Persönlichkeitsstörung oder antisozialer Persönlichkeitsstörung, die dazu neigen, ihre Konflikte in destruktiver Weise zu agieren.

Im hauswirtschaftlichen Bereich werden die häufig geringe Belastbarkeit und der Verlust der Tagesstruktur deutlich. Unter Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit werden die Fähigkeiten zur selbstständigen Haushaltsführung überprüft, gefördert und angeleitet. In der adaptiven Phase erfolgt durch Berufspraktika eine (Neu-)Orientierung auf besonders geeignete Tätigkeitsfelder, wie etwa Handwerk, soziale Arbeit oder Gartenbau.

Rehabilitanden, welche aufgrund ihrer Leistungsdefizite auch nach der Adaptionsbehandlung nicht zu einer selbstständigen Haushaltsführung in der Lage sind, können am Ende der adaptiven Phase direkt in das aufsuchende betreute Einzelwohnen übernommen werden, sofern sie ihren Wohnsitz im Rheinisch-Bergischen Kreis oder in Köln haben.

Sollte es während der Therapie zu einer präpsychotischen Entwicklung kommen, können die Rehabilitanden von belastenden Gruppenaktivitäten vorübergehend befreit werden. Dadurch bleibt frühzeitig Raum für zusätzliche Interventionen durch den Facharzt und den Einzeltherapeuten, um z. B. notwendige medikamentöse Anpassungen zeitnah vorzunehmen und psychosenahe Realitätswahrnehmungen mit dem Rehabilitanden bearbeiten zu können. Außerdem können am Einzelfall orientiert kohärenzfördernde Maßnahme wie meditatives Malen, begleitete Entspannungsübungen etc. angesetzt werden. Sollte sich dennoch eine akute schizophrene Psychose oder eine schwere Depression mit Suizidalität entwickeln, können die Rehabilitanden kurzfristig interkurrent in psychiatrischen Einrichtungen der Region oder ihres Herkunftsortes behandelt werden. Eine Wiederaufnahme ist nach Rücksprache mit dem Leistungsträger grundsätzlich möglich, sofern die akute Psychose oder Depression abgeklungen ist, ausreichende Stabilität besteht und die Fortsetzung der Therapie aus psychodynamischer Sicht Erfolg versprechend ist.

Unter der Voraussetzung, dass den Besonderheiten dieser Rehabilitanden in Bezug auf Einzel-/Gruppentherapie sowie Therapiedauer und dem höheren Bedarf an Organisation und Supervision

sowie personeller Betreuung Rechnung getragen wird, sind komorbide Rehabilitanden im Rahmen unseres Behandlungskonzeptes grundsätzlich therapeutisch ebenso gut erreichbar wie andere Rehabilitanden auch [72]. Wir halten den Anteil komorbider Rehabilitanden unter 50 % der Gesamtgruppe.

4.2.4 Behandlung von Rehabilitanden unter Substitution

Seit Inkrafttreten der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen 2001 zwischen den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung sind Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger auch für Rehabilitanden möglich, die sich zu Beginn der medizinischen Rehabilitation noch in Substitutionsbehandlung befinden [2, 74]. Grundsätzlich gilt auch für diese Zielgruppe das therapeutische Konzept der Abteilung. Im Folgenden sind deshalb jene konzeptionellen Aspekte aufgeführt, in denen sich die Behandlung dieser Rehabilitanden vom zugrundeliegenden Konzept unterscheidet bzw. in denen das therapeutische Konzept entsprechend ergänzt wird, um sowohl den Belangen dieser Rehabilitandengruppe als auch der Gesamtrehabilitandengruppe - also den abstinentenzgestützt und substituionsgestützt behandelten Rehabilitanden - gerecht zu werden.

1. Vorstationäre Planung und Aufnahmeverfahren bei geplanter Fortsetzung der Substitutionsbehandlung

Unter Bezugnahme auf die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 werden auch Rehabilitanden zur medizinischen Rehabilitation in der Adaption aufgenommen, für die eine Maßnahme der medizinischen Rehabilitation gegenwärtig nur unter zumindest zeitweiliger Fortsetzung der Substitutionsbehandlung möglich ist.

Der Beginn einer stationären Adaptionsbehandlung setzt voraus, dass der Rehabilitand

- Ø sich entschieden hat, mithilfe der Langzeittherapie und unter zumindest zeitweiliger Fortsetzung der Substitutionsbehandlung seine Lebenssituation nachhaltig zu verändern,
- Ø einen Antrag auf Leistungsbewilligung gestellt hat und
- Ø die Leistungszusage in gültiger Form vorliegt.

Die substituionsgestützte Behandlung Drogenabhängiger ist seit Jahren integraler Bestandteil des ambulanten Behandlungs- und Betreuungsangebotes für Drogenabhängige. Die juristischen Rahmenbedingungen für diese Behandlung sind über das BtMG (Betäubungsmittelgesetz) und die BtMVV (Betäubungsmittelverschreibungsverordnung) in der jeweils gültigen Fassung geregelt, die fachlichen Grundsätze in den „Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substituionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger“ [75].

Darüber hinaus findet diese Behandlungsform Berücksichtigung in den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), der einzelnen suchtmmedizinischen und suchtttherapeutischen Fachgesellschaft sowie den BUB-Richtlinien, welche die Grundlage für die Finanzierung der ambulanten Substitutionsbehandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung regeln: Unter Berücksichtigung dieser Grundlagen stellt diese Behandlungsform inzwischen eine Regelleistung der GKV dar.

Ausgehend vom wissenschaftlichen Erprobungsverfahren zur Methadonsubstitution in NRW unter Leitung von Professor Gastpar, Uni Essen (1986 - 1991) und vielen weiteren Untersuchungen auch in anderen Bundesländern ist inzwischen fachlich unstrittig, dass unter bestimmten Voraussetzungen für Rehabilitanden in Substitutionsbehandlung eine weitgehende Teilhabe am öffentlichen Leben möglich ist einschließlich z. B.

- Ø psychotherapeutischer Behandlung und
- Ø Teilnahme am Berufsleben.

Unter der Gesamtgruppe aller in Substitutionsbehandlung befindlichen Rehabilitanden befinden sich etliche Personen, die unter diesen Rahmenbedingungen, also substituiert, auch berufstätig sind. Die

umfangreichen Erfahrungen mit diesem Behandlungsansatz haben in der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ von 2001 entsprechende Berücksichtigung gefunden, allerdings stehen Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation dieser Zielgruppe, also substituierten Rehabilitanden, von einzelnen Modellprojekten abgesehen, häufig nicht offen aufgrund struktureller und logistischer Schwierigkeiten (Arbeitszeiten einerseits, Vergabezeiten in Ambulanzen und ärztlichen Praxen andererseits, Handhabung der Take Home-Regelung etc.).

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass eine substitutionsgestützte Behandlung dann im Rahmen der medizinischen Rehabilitation fortgeführt werden kann, wenn

- Ø die Einstellungsphase und die Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen ist,
- Ø keine weiteren psychoaktiven Substanzen (wie Opiate, Kokain, Amphetamine, Benzodiazepine, Alkohol, Halluzinogene etc.) zusätzlich konsumiert werden und
- Ø aufgrund der individuellen psychischen, und somatischen Verfassung und sozialen Situation sich keine besonderen Einschränkungen ergeben.

Insofern ist über die skizzierten Voraussetzungen hinaus stets die Situation des einzelnen Rehabilitanden entscheidend. Das bedeutet, dass

- Ø die substituierten Rehabilitanden stabil beikonsumfrei sein müssen,
- Ø aufgrund ihrer psychischen, somatischen und/oder sozialen Situation keine Einschränkungen aufweisen, die der Adaptionstherapie entgegenstehen,
- Ø die Substitutionsbehandlung keine Hochdosisbehandlung erfordert [76].

Unter diesen Voraussetzungen ist eine Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation (Reha-Phase II) nach abgeschlossener Entwöhnung (Reha-Phase I) möglich.

Die Rehabilitanden werden bereits bei der ersten Kontaktaufnahme bzgl. der geplanten medizinischen Rehabilitation informiert, dass unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen die medizinische Rehabilitation unter substitutionsgestützter Behandlung begonnen werden kann und im Laufe der stationären Langzeittherapie das Substitutionsmittel vollständig abzusetzen ist. Sofern zum Erreichen der Behandlungsziele der medizinischen Rehabilitation die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung während der Therapie notwendig ist, führen wir die Substitutionsbehandlung fort, ggf. bis zum Abschluss der Entwöhnungsbehandlung und inklusive der adaptiven Phase. Wir streben einen intensiven Informationsaustausch mit dem zuvor substituierenden Arzt bereits vor Beginn der medizinischen Rehabilitation an, um abzuklären, inwiefern dem Rehabilitanden grundsätzlich die Möglichkeit einer Wiederaufnahme der Substitutionsbehandlung offen steht, sofern sich z. B. die Abdosierung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation als Überforderung erweisen sollte.

Grundsätzlich ist bei jeder vorzeitigen Therapiebeendigung - sei es aufgrund eines Abbruchs oder einer disziplinarischen Entlassung - zu berücksichtigen, in welche Situation sich ein Rehabilitand begibt, um weitergehende Gefährdungsmomente ausschließen und dem Rehabilitanden Zugang zu adäquater weiterer Unterstützung ermöglichen zu können. Sofern Rehabilitanden sich noch in Substitution befinden während der vorzeitigen Beendigung der Therapie, wird unsererseits stets angestrebt, dem Rehabilitanden eine nahtlose Aufnahme auf unserer Abteilung zur qualifizierten Akutbehandlung zu ermöglichen zur stationären Krisenintervention einschließlich vollständigem Ausschleichen der Substitutionsmedikation und Erarbeitung einer angemessenen Anschlusslösung, welche stets auch die Perspektive einer Fortführung ambulanter Substitutionsbehandlung umfasst unter Fortführung notwendiger psychiatrischer und somatischer Begleitbehandlung und psychosozialer Unterstützung.

2. Therapiebeginn unter Substitution

Die Aufnahme in die Adaption muss nahtlos und mit vorher abgestimmtem Substitut und Substitutionsdosis erfolgen. Die Substitutionsdosis wird für Rehabilitanden, die ihre Behandlung unter Substitution, in der Regel mit D, L-Methadon, L-Polamidon oder Buprenorphin, antreten, in der vorangegangenen Entwöhnungsbehandlung bedarfsorientiert festgelegt und dann in der Adaption zunächst unverändert fortgeführt bis sich andere Bedarfe oder Optionen, wie eine gemeinsam mit dem Rehabilitanden vereinbarte schrittweise Abdosierung, stellen.

3. Therapieziele bei Fortführung der Substitutionsbehandlung

Bei in Substitutionsbehandlung befindlichen Rehabilitanden wird im Rahmen der Therapiezielerarbeitung mit dem Rehabilitanden gemeinsam festgelegt, ob eine Ab- oder Ausdosierung möglich scheint oder ob von einer dauerhaften Substitution aus zu gehen ist. Deshalb ist das therapeutische Vorgehen in besonderer Weise auf die Motivationsstabilisierung und Unterstützung fokussiert. Die individuelle Dosierung wird am Aufnahmetag besprochen und ggf. in Abhängigkeit von der weiteren Diagnostik und dem therapeutischen Prozess modifiziert. In Einzelfällen kann es jedoch erforderlich sein, die Substitution bis zum Abschluss der adaptiven Phase fortzuführen, um die weiteren Behandlungsziele der medizinischen Rehabilitation zu erreichen.

4. Medizinisch-psychiatrische Versorgung bei substitutionsgestützter Therapie

Das Substitutionsmedikament wird gemäß den Vorschriften der BtMVV gelagert und stets unter ärztlicher Überwachung entsprechend der gültigen Richtlinien BÄK und der AWMF-Leitlinien verordnet und ausgegeben. Aufgrund der Lage des Adaptionsgebäudes auf dem Gelände der Hauptklinik ist die ärztliche Versorgung durch den anwesenden Dienstarzt zu jeder Tages- und Nachtzeit stets gewährleistet. Urin- und Alkoholkontrollen sowie bei Bedarf Blutspiegelbestimmung des Substitutionsmittels werden unregelmäßig und unangekündigt durchgeführt, darüber hinaus findet eine enge Kooperation mit dem zuvor ambulant substituierenden Arzt und der psychosozialen Betreuungsstelle statt.

Die Art des Substitutionsmedikaments hängt ab von den konkreten Behandlungserfahrungen im Vorfeld und dem jeweils aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstand (z. B. D, L-Methadon, L-Polamidon oder Buprenorphin).

4.3 Rehabilitationsziele

Grundsätzliches Therapieziel ist die Befähigung jedes Rehabilitanden zu sinnerfülltem Leben ohne Suchtmittelkonsum, basierend auf einem positiven Lebensgefühl. Das Erreichen dieses Therapieziels und die Überwindung vielfältiger damit verbundener Probleme und Widerstände erfordert eine mehrdimensionale Erarbeitung von Therapiezielen, ausgehend von der konkreten sozialen, physischen und psychischen Situation des Rehabilitanden, dem therapeutischen Konzept und den Rechtsgrundlagen zur Durchführung der Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation zulasten der Rentenversicherungsträger gemäß §§ 9-32 des SGB VI [77, 78].

Die berufliche (Wieder-) Eingliederung und die Befähigung zu selbstständiger Lebensführung ist insbesondere in der Adaption ein Therapieziel von besonderer Bedeutung.

Im Zentrum der Behandlung steht die Förderung und Entwicklung des Rehabilitanden in seiner Fähigkeit,

- Ø die eigene Abhängigkeit als Erkrankung zu erkennen und in ihrem Ausmaß wahrzunehmen,
- Ø die Bedeutung der Drogeneinnahme als spezifische Möglichkeit seiner Problembewältigungsversuche zu erkennen und
- Ø alternative Krisenbewältigungsstrategien zu erlernen.

Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

- Ø Veränderung des Umgangs mit Frustration und Bedürfnisbefriedigung,
- Ø Übernahme von Eigen- und sozialer Verantwortung,
- Ø Entwicklung eines positiven Körpergefühls,
- Ø Realisierung und Akzeptanz der eigenen subjektiven Belastungsgrenzen und
- Ø Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung der sozialen Realität unter Berücksichtigung von Orientierungshilfen.

Ausgehend von einem tiefenpsychologisch fundierten Verständnis von Entwicklung und Behandlung psychischer Konflikte begreifen wir die Abhängigkeitserkrankung als Symptom inter- und intrapsychischer Konflikte auf individuell unterschiedlicher struktureller Ebene. Rehabilitanden, deren Suchtmittelkonsum als Ersatz für fehlende oder verlorene stabile Partnerbeziehungen dient, weisen in der Regel neurotische und damit strukturell stabile Persönlichkeitszüge auf. Hingegen finden auch aufgrund verbesserter professioneller Zugangswege und Hilfsangebote (Kontakt-Cafés, Substitution, Soforthilfe für Drogenabhängige) vermehrt Rehabilitanden Zugang zur Rehabilitationsbehandlung, deren Persönlichkeitsstruktur aus tiefenpsychologischer Sicht instabil und von Spaltung geprägt ist. Für diese zahlenmäßig wachsende Gruppe von Rehabilitanden dient der Suchtmittelkonsum zur Aufrechterhaltung der psychischen Existenz durch Abspaltung elementarer aggressiver oder libidinöser Bedürfnisse in den Suchtstoff [79].

Der therapeutische Ansatz zur Behandlung dieser Rehabilitanden umfasst sowohl Diagnostik und Akzeptanz der zugrunde liegenden psychischen Konflikte und daraus resultierende Defizite in der Bewältigung inter- und intrapsychischer Spannungen als auch Suche nach und Unterstützung von bei jedem Rehabilitanden vorhandenen Ressourcen. In Einzel- und Gruppenpsychotherapie arbeiten wir deshalb nach dem „Prinzip Antwort“ und „strukturbezogen“. Die aktive und für den Rehabilitanden unmittelbar erfahrbare Teilnahme des Therapeuten im Behandlungsprozess und die auch emotional erfahrbare Auseinandersetzung mit ihm ermöglicht die schrittweise innerpsychische Stabilisierung und Überwindung ausgeprägter Spaltungstendenzen [19, 20, 24, 25, 79, 80].

Der stufenweisen Integration des einzelnen Rehabilitanden in die Gruppe unter Übernahme sozialer Verantwortung für sich selbst und andere kommt große therapeutische Bedeutung zu - bei Wahrung der professionellen Verantwortung der Mitarbeiter.

Bezogen auf die allgemeinmedizinische, psychodynamische und handlungsorientierte Ebene sind nachstehend skizzierte grundsätzliche Teilziele zu nennen:

1. Allgemeinmedizinische Ebene:

- Ø Überwindung primärer und sekundärer suchtbedingter Erkrankungen
- Ø Erreichen körperlicher Stabilisierung
- Ø Erlangen eines positiven Körpergefühls
- Ø Gesunde Ernährung
- Ø Umfassende Gesundheitsprophylaxe und -prävention und fachgerechte Behandlung bereits bestehender Erkrankungen

2. Psychodynamische Ebene:

- Ø Positive Lebensperspektive ohne Drogenorientierung und -konsum
- Ø Erlernen alternativer Krisenbewältigungsstrategien
- Ø Wiederentdeckung und Entwicklung eigener Ressourcen
- Ø Erkennen der eigenen subjektiven Belastungsgrenzen
- Ø Verbesserung des Realitätsbezugs, der Realitätswahrnehmung und -akzeptanz
- Ø Konstruktive Auseinandersetzung mit eigenen Erwartungen an sich und andere und Erwartungen anderer an die eigene Person
- Ø Verbesserung der Entwicklung der eigenen Selbstorganisations- und Problembewältigungskompetenz
- Ø Wahrnehmung, Akzeptanz und aktive Auseinandersetzung mit der eigenen Innen- und Außenwelt, den Gefühlen, sozialen Beziehungen und dem eigenen Autonomiebedürfnis

3. Handlungsorientierte Ebene:

- Ø Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung der sozialen Realität unter Berücksichtigung von Orientierungshilfen
- Ø Selbstständige Bewältigung und Durchsetzung eigener Belange im Umgang mit Ämtern und Behörden
- Ø Schuldenregulierung
- Ø Erfolgreiche Belastungstrainings in den Berufspraktika außerhalb der Klinik
- Ø Konstruktive Auseinandersetzung und Bemühung um Erlangen eines Arbeitsplatzes, berufsfördernde Maßnahmen, insgesamt die berufliche Wiedereingliederung und Erhalt einer Wohnung.

Die konkrete Entwicklung und das praktische Anstreben der spezifischen therapeutischen Ziele mit dem einzelnen Rehabilitanden bewegen sich stets im Spannungsfeld von gesetzlichem Auftrag seitens der Leistungsträger, therapeutischen Möglichkeiten der Entwöhnungsabteilung, der konkreten Situation des Rehabilitanden, Ressourcen, Erwartungen und Problemen und den allgemeinen sozialen Rahmenbedingungen. Den Bemühungen um berufliche Eingliederung unter schwieriger werdenden sozialen Rahmenbedingungen kommt dabei besondere Bedeutung zu.

Die mit dem Rehabilitanden individuell festgelegten Therapieziele werden dokumentiert, im Laufe der Behandlung ggf. modifiziert und ihre Erreichung am Ende der Rehabilitation überprüft. Entsprechend der psychischen, somatischen Verfassung und sozialen Situation ist die Erarbeitung von Zielen erforderlich, um den Einstieg in den Rehabilitationsprozess zu fördern und darauf aufbauend weitere Teilziele zu erarbeiten und anzustreben.

4.4 Rehabilitationsdauer

Die Behandlung psychischer Krankheiten einschließlich manifester Abhängigkeitserkrankungen führt relativ selten zu einer Heilung im Sinne einer Restitutio ad integrum, sondern in der Regel zu einer Stabilisierung des Rehabilitanden und Bearbeitung persönlicher Probleme in Verbindung mit dem Aneignen deutlich verbesserter Problemlösungskompetenzen, ohne die grundlegenden Schwierigkeiten völlig überwinden zu können. Aufgrund des Prozesscharakters der Suchterkrankung und der Notwendigkeit individuumszentrierter Behandlung ist je nach Schwere des Krankheitsbildes und der Vorbehandlung des Einzelnen eine individuell flexible Behandlungsdauer erforderlich.

Innerhalb der ersten Behandlungswoche wird nach abgeschlossener Eingangsanamnese in Verbindung mit der Erstellung des Therapieplans die vorläufige Behandlungsdauer festgelegt, welche im weiteren Therapieverlauf überprüft und bei Bedarf korrigiert werden muss. Die Behandlungsdauer sollte - den Grundsätzen von Individualisierung und Flexibilisierung folgend - so kurz wie möglich und so lange wie notwendig sein [81, 82]. Bei der Planung der Behandlungsdauer wird der Rehabilitand einbezogen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die Rehabilitanden der Adaption der D-Abteilung beträgt 12 Wochen, bei komorbiden Rehabilitanden im Einzelfall jedoch länger (bis zu 16 Wochen).

Rehabilitationsdauer bei Wiederholern: Rehabilitanden, die erneut eine stationäre Therapie benötigen und in der Regel rückfällig geworden sind, können zumeist auf Erfahrungen aus der vorhergehenden Therapie zurückgreifen. Die Möglichkeit, diese vorbestehende Erfahrungen sinnvoll in den aktuellen therapeutischen Prozess zu integrieren, hängt von unterschiedlichen Faktoren ab wie den konkreten Bedingungen, welche zu einem erneuten Rückfall geführt haben, dem Ausmaß möglicherweise bestehender psychischer Störungen, psychosozialen und anderen Aspekten sowie der Entwicklung seit der letzten Behandlung.

Bei Vorliegen erheblicher psychischer Störungen im Sinne psychiatrischer Komorbidität ist jedoch im Einzelfall auch mit längeren Therapiezeiten zu rechnen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Die Erarbeitung des individuellen Therapieplans für die jeweiligen Rehabilitanden beginnt mit dem Aufnahmetag und der Erstellung eines vorläufigen Therapieplans während der ersten Behandlungswoche, sollte jedoch von vornherein die Lebensperspektive nach Abschluss erfolgreich beendeter Adaptionsbehandlung einbeziehen und damit einen Zeitraum von ca. zwei Jahren umfassen [81]. Wünsche und Fähigkeiten des Rehabilitanden sind in konkrete und realisierbare Handlungsziele zu fassen, die im Rahmen der Behandlung erreicht werden können. Die Erarbeitung individueller Fernziele bedarf sinnvoller Zwischenschritte, welche herausgearbeitet und schriftlich fixiert werden müssen. Die Erstellung des individuellen Therapieplans kann selbst motivierenden Charakter haben, wenn sie an den konkreten Wünschen und Bedürfnissen des Rehabilitanden ansetzt, seine subjektiven Ziele angemessen berücksichtigt und durch konkrete Zielsetzung und Zwischenschritte auch für den Rehabilitanden nachvollziehbar realisierbar wird.

Das therapeutische Basisprogramm umfasst im klinischen Alltag ein alle Wochentage einschließendes Tagestherapieprogramm (siehe Wochenplan im Anhang, 14.3). Darüber hinaus sind variable, auf den Einzelfall abgestimmte therapeutische Bausteine als Bestandteil des individuellen Therapieplans in das Gesamtkonzept des sozialtherapeutischen Milieus des Hauses integriert.

Die fachgerechte Behandlung sowohl als Gruppe als auch individuumzentriert fordert eine klare und eindeutige Behandlungsstruktur, die sich in den im Rahmen der Hausordnung festgehaltenen Regeln niederschlägt und orientierende, strukturierende und stabilisierende Funktion hat. In der Hausordnung (siehe Anhang) werden die Rahmenbedingungen, Möglichkeiten, Aufgaben und Grenzen festgehalten. Die Auseinandersetzung über Notwendigkeit und Sinn der Regeln, die Bemühungen, diese umzuinterpretieren, zu unterlaufen oder auch offen infrage zu stellen, sind Inhalt der alltäglichen Arbeit mit den Rehabilitanden, jeder Teamsitzung und Supervision.

Die umsichtige, geduldige und eindeutige Haltung in der Arbeit mit dem sich in vielfältigen Schattierungen abzeichnenden Widerstand gegen die Hausordnung ist ein wesentliches Element während der gesamten Behandlung. Die Auseinandersetzung mit den Rehabilitanden über den Sinn des Regelwerks, das Kontrollieren der Einhaltung und entsprechende therapeutische Interventionen (mit z. B. sanktionierendem Charakter bei Nichteinhaltung) sind wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses.

In Einzelgesprächen und Gruppenangeboten werden diese Grundregeln der Behandlung des Zusammenlebens immer wieder thematisiert und bearbeitet. Ein flexibler Umgang mit den verschiedenen Formen der Nichteinhaltung von Regeln ist therapeutisch unverzichtbar, da es vielen Drogenabhängigen außerordentlich schwerfällt, in schwierigen Situationen mit anderen gemeinsam um einen für alle Seiten tragbaren Kompromiss zu ringen und dabei auch öffentlich selbstkritisch eigenes Fehlverhalten einzugestehen.

Ein besonderer Aspekt des gesamten therapeutischen Prozesses ist die Auseinandersetzung mit Nähe und Distanz. Wir begegnen den Rehabilitanden im direkten Kontakt per Sie, um ihnen mit dem gleichen auch formalen Respekt wie jedem anderen Erwachsenen zu begegnen und die professionelle Grundhaltung ihnen gegenüber auszudrücken.

Für den gesamten therapeutischen Prozess sind Arbeitsmaterialien erarbeitet worden, die den Mitarbeitern zur Verfügung stehen und als Hilfsmittel bei der Bearbeitung eines individuellen Therapieplanes dienen.

4.5.1 Entwöhnung

- Ø Die Rehabilitanden können aus den klinikseigenen Entwöhnungsbehandlungen der A- bzw. D-Abteilung oder aus anderen vorangehenden Entwöhnungsbehandlungen nur nahtlos aufgenommen werden,
- Ø Es finden immer Vorgespräche und wenn möglich auch Probewohntage statt,
- Ø Die Kliniken bzw. Abteilungen machen bei dem Rehabilitanden wechsel ein Übergabegespräch mit den Adaptionsmitarbeitern,
- Ø Das Konzept der D-Abteilung, zu welcher die Adaption gehört kann im Gesamtkonzept eingesehen werden.

4.5.2 adaptive Phase

Ø **Adaptive Phase** (ca. 12 bis 16 Wochen)

Indikationen für die adaptive Phase, welche ca. 12 bis 16 Wochen umfasst, sind nachstehend genannt:

- Ø unzureichende soziale Einbindung außerhalb der Klinik,
- Ø kein bestehendes Arbeitsverhältnis,
- Ø keine eigene Wohnung,
- Ø erfolgreicher bisheriger Behandlungsverlauf,
- Ø ausreichende Fähigkeiten zum Selbstmanagement,
- Ø Fähigkeit zur praktischen Erprobung der bisherigen Therapieergebnisse,
- Ø Bereitschaft zur Durchführung eines 8- bis 12-wöchigen unentgeltlichen externen Betriebspraktikums,
- Ø Bereitschaft zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, zu einer Feststellungsmaßnahme des Arbeitsamtes oder z. B. einer Maßnahme des Berufsförderungswerks,
- Ø Bereitschaft und Fähigkeit zum sozialen Engagement in der neuen Bezugsgruppe in der adaptiven Behandlungsphase.

Die Behandlungskontinuität von der Entwöhnungsbehandlung zur Adaption ist sichergestellt durch die enge Kooperation innerhalb bzw. zwischen den Kliniken. Die Eingewöhnungszeit wird bei abteilungseigenen Rehabilitanden dadurch minimiert, dass die Rehabilitanden sich bereits aus der ersten bis dritten Therapiephase kennen und auch wechselseitig haben besuchen können. Externe Rehabilitanden werden rasch in das Setting integriert und auf gleichen inhaltlichen Stand gebracht. Belastungs- und externe Arbeitserprobung stehen im Vordergrund.

Das Team der adaptiven Phase besteht aus Arbeitstherapeuten (volle Stelle), Sozialarbeiter (halbe Stelle), ärztlicher Dienst (0,3 Stelle), Pflege (0,4 Stelle), sowie Psychotherapeuten (halbe Stelle), um die Kontinuität des therapeutischen Prozesses und die Integration auch der komorbiden Rehabilitanden zu gewährleisten.

Die therapeutische Unterstützung der Rehabilitanden in der adaptiven Phase umfasst neben der Förderung der wechselseitigen Hilfe innerhalb der Rehabilitandengruppe Unterstützung

- Ø bei der selbstständigen Haushaltsführung unter Hinführung zu einem eigenverantwortlichen Leben,
- Ø bei der Überprüfung des Schuldentilgungsplanes,
- Ø beim Ausbau einer angemessenen Alltagsstruktur und sinnvollen Freizeitgestaltung,
- Ø bei notwendigem Kontakt zu Behörden,
- Ø bei Vorstellungsgesprächen,

- Ø bei der fachlichen Beratung in Berufs-, Umschulungs- und Ausbildungsfragen,
- Ø beim Aufbau tragfähiger Sozialkontakte einschließlich gewünschter Wiederaufnahme von Kontakten zu Ursprungs- oder eigenen Familien,
- Ø bei der Entlassungsvorbereitung mit zielstrebigem Klärung der Arbeits- und Wohnsituation und
- Ø bei der Außenorientierung insgesamt.

Die Behandlungsziele auch der adaptiven Phase werden auf Basis des individuellen Therapieplanes überprüft und therapeutisch bearbeitet. Der Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses liegt zunehmend in der eigenverantwortlichen Bewältigung realer Arbeitsbedingungen mit Belastungs- und Ausdauertraining durch den Rehabilitanden. Spätestens eine Woche nach Aufnahme der adaptiven Phase beginnt das zu absolvierende externe Betriebspraktikum: in Milieus der realen Arbeitswelt. In Einzel- und Gruppengesprächen werden die neuen Alltagserfahrungen psychotherapeutisch begleitend und ergänzend reflektiert und bearbeitet.

Praktikumsplätze für die externen Betriebspraktika können in nachstehend genannten Arbeitsbereichen und Berufszweigen vermittelt werden:

- Ø Dienstleistung
- Ø Handel und Gewerbe
- Ø Handwerk
- Ø Produktion
- Ø Büro und Verwaltung
- Ø Öffentliche Einrichtungen, insbesondere soziale Tätigkeiten

Der arbeitstherapeutische Dienst steht mit den Praktikumsanleitungen in den Betrieben in regelmäßigem Austausch, der Praktikant muss wöchentlich einen Arbeitsbericht und am Ende des Praktikums einen Gesamtverlaufsbericht erstellen unter folgenden Gesichtspunkten:

- Ø Ist die erwartete Arbeitsleistung erbracht worden?
- Ø Wie war der Kontakt zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten?
- Ø Welche Probleme sind aufgetreten?
- Ø Wie haben sich Ausdauer und Durchhaltevermögen entwickelt?

Spezifische Praktikumswünsche werden soweit möglich und angemessen berücksichtigt, können jedoch nur bedingt realisiert werden, die allgemeine Arbeits- und Belastungserprobung unter Alltagsbedingungen steht im Vordergrund dieser Behandlungsphase. Es geht nicht um den Beginn einer speziellen Umschulung oder Ausbildung.

Ein internes Arbeitstraining mit gestufter Arbeitsbelastung bis zum Erreichen der vollen Stundenzahl eines regulären Arbeitstages wird mit jenen Rehabilitanden durchgeführt, die zzt. noch keinen Praktikumsplatz gefunden oder ihr Praktikum noch nicht begonnen haben. Dieses interne Arbeitstraining wird ebenfalls unter Alltagsbedingungen in Bezug auf Arbeitszeit und -leistung durchgeführt. Neben Schreinerarbeiten für eigene Möbel oder Auftragsarbeiten sind Arbeiten im Garten- und Landschaftsbau oder Hausmeistertätigkeiten zu erledigen. Darüber hinaus sind die Rehabilitanden für die Instandhaltung des eigenen Wohnbereiches und der Gemeinschaftsräume selbstverantwortlich.

Der Zeitpunkt der Verlegung in die adaptive Phase wird dem Rentenversicherungsträger mitgeteilt. Im Einzelfall kann ein Rehabilitand mit Zustimmung des zuständigen Rentenversicherungsträgers an der adaptiven Behandlungsphase teilnehmen, wenn er die stationäre Entwöhnungsbehandlung vorzeitig beendet hat und - ohne rückfällig zu werden - im außerstationären Milieu an alltagsbedingten Schwierigkeiten zu scheitern droht.

Die adaptive Phase ist auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach untergebracht, in einem Gebäude mit drei Doppelzimmern und vier Einzelzimmern mit jeweils entsprechender Sanitäranlage. Neben ausreichenden Funktionsräumen einschließlich einer Gemeinschaftsküche ist im gleichen Gebäude auch die Schreinerwerkstatt eingerichtet.

Adaptive Phase bei externen Rehabilitanden: Grundsätzlich steht die adaptive Phase auch externen Rehabilitanden offen, die die ersten Phasen der medizinischen Rehabilitation vor Beginn der Adaption in einer anderen Fachklinik absolviert haben. Auch Rehabilitanden, die sich wegen vorwiegender Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit in einer medizinischen Rehabilitationsbehandlung befinden, können aufgenommen werden. Die Behandlungsdauer beträgt für diese Rehabilitanden 12 Wochen, bei Vorliegen ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität (Abhängigkeitserkrankung und Psychose) bis zu 16 Wochen. Vor Aufnahme ist ein Vorgespräch vorgesehen.

4.6 Rehabilitationsprogramm

Allgemeines Ziel der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der im Einzelfall gebotenen Leistungen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit und/oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als „normal“ (für seinen persönlichen Lebenskontext üblich) erachtet werden [3].

Das Rehabilitationsprogramm beginnt mit Aufnahme des Rehabilitanden, dessen Begrüßung, fachärztlicher Untersuchung, Erstkontakt mit dem zuständigen Einzel- und Gruppentherapeuten, sowie den weiteren Mitarbeitern der Adaption.

Das therapeutische Basisprogramm startet am der Aufnahme folgenden Tag mit einem alle Werk-tage einschließenden Tagesprogramm mit je zwei therapeutischen Gruppeneinheiten und darüber hinaus jeweils individuellen therapeutischen Angeboten als Bestandteil des jeweils individuellen Therapieplans.

Mit der Eingangsanamnese, der Erörterung und Festlegung der ersten Behandlungsziele gemeinsam mit dem Einzeltherapeuten beginnt die konkrete Behandlungsplanung und deren schrittweise praktische Umsetzung.

Die medizinische Rehabilitation basiert auf einem umfassenden Rehabilitationsansatz mit intensiver multidisziplinärer Kooperation der beteiligten Berufsgruppen, die der Rehabilitand mit Beginn des Behandlungsalltags, also in der Regel ab dem Tag nach der Aufnahme, konkret kennenlernt.

Der Rehabilitand erfährt von Beginn an sowohl über die Mitrehabilitanden als auch Therapeuten die prozesshafte Veränderung der jeweils individuellen Rahmenbedingungen in Abhängigkeit von Behandlungsprozess mit Erweiterung der persönlichen Freiheitsgrade, zunehmender Übernahme von Eigen- und sozialer Mitverantwortung (z. B. Übernahme spezifischer Aufgaben im Rahmen der Rehabilitandengruppen, eigenverantwortlicher Umgang mit Geld, Ausgangsregelungen, Realitätstraining auch über Heimfahrten etc.).

Die Notwendigkeit der frühzeitigen und umfassenden Planung der individuell angemessenen Festigung der erreichten Therapieziele, deren Umsetzung und Nutzung nach Abschluss der Kernphase der medizinischen Rehabilitation - intern mit Abschluss der dritten Behandlungsphase umschrieben - wird dem Rehabilitanden vermittelt u. a. über eine intensive differenzierte Vorstellung und Information über die adaptive Phase (auf dem Gelände der Hauptklinik) sowie sich daran nahtlos anschließende und anzustrebende Nachsorge.

Je nach individuellen lebensgeschichtlichen Vorerfahrungen, Ressourcen und Traumatisierungen erfährt der Rehabilitand konkrete Unterstützung, Begleitung, Ermutigung und Befähigung zu eigenverantwortlichen Umgang mit seinen sozialen Kontaktpersonen, insbesondere Familienangehörigen und nahen Freunden, jedoch auch bei der Regelung von behördlichen Angelegenheiten, bei Schwierigkeiten mit seinem Arbeitgeber und Arbeitskollegen sowie anderen Aspekten.

Diese Themen prägen das Rehabilitationsprogramm von der Aufnahme bis hin zu konkreten Planung und Gestaltung der Nachsorge.

Insgesamt ergibt sich folgender Ablauf: Nach Aufnahmeplanung (einschließlich Kontakte mit Vorbehandlern), Aufnahme, erster Anbindung und Diagnostik werden gemeinsam erste Behandlungsziele vereinbart (siehe 4.7.1, 4.7.2), die die Erwartungen, Wünsche und Ziele des Rehabilitanden aufgreifen und auf einer sozialmedizinischen Einschätzung / Beurteilung im Sinne der ICF-Orientierung fußen (Behandlungsplanung).

Die Durchführung der Behandlung (Behandlungsdurchführung) umfasst Basisbehandlung (4.7.3 - 4.7.13) und Krisenmanagement (4.7.4.5, 4.7.11). Diese Rehabilitationselemente werden in den folgenden Kapiteln beschrieben (4.7).

Das multidisziplinär zusammengesetzte Team (5., 14.4) in der adaptiven Phase der Hauptklinik führen die Behandlung auf Grundlage dieses Konzeptes in interdisziplinärer Zusammenarbeit durch. Dabei werden die geltenden Leitlinien berücksichtigt (4.1.6). Das wöchentliche Behandlungsangebot wird durch einen verbindlichen Wochenplan strukturiert (siehe 14.3).

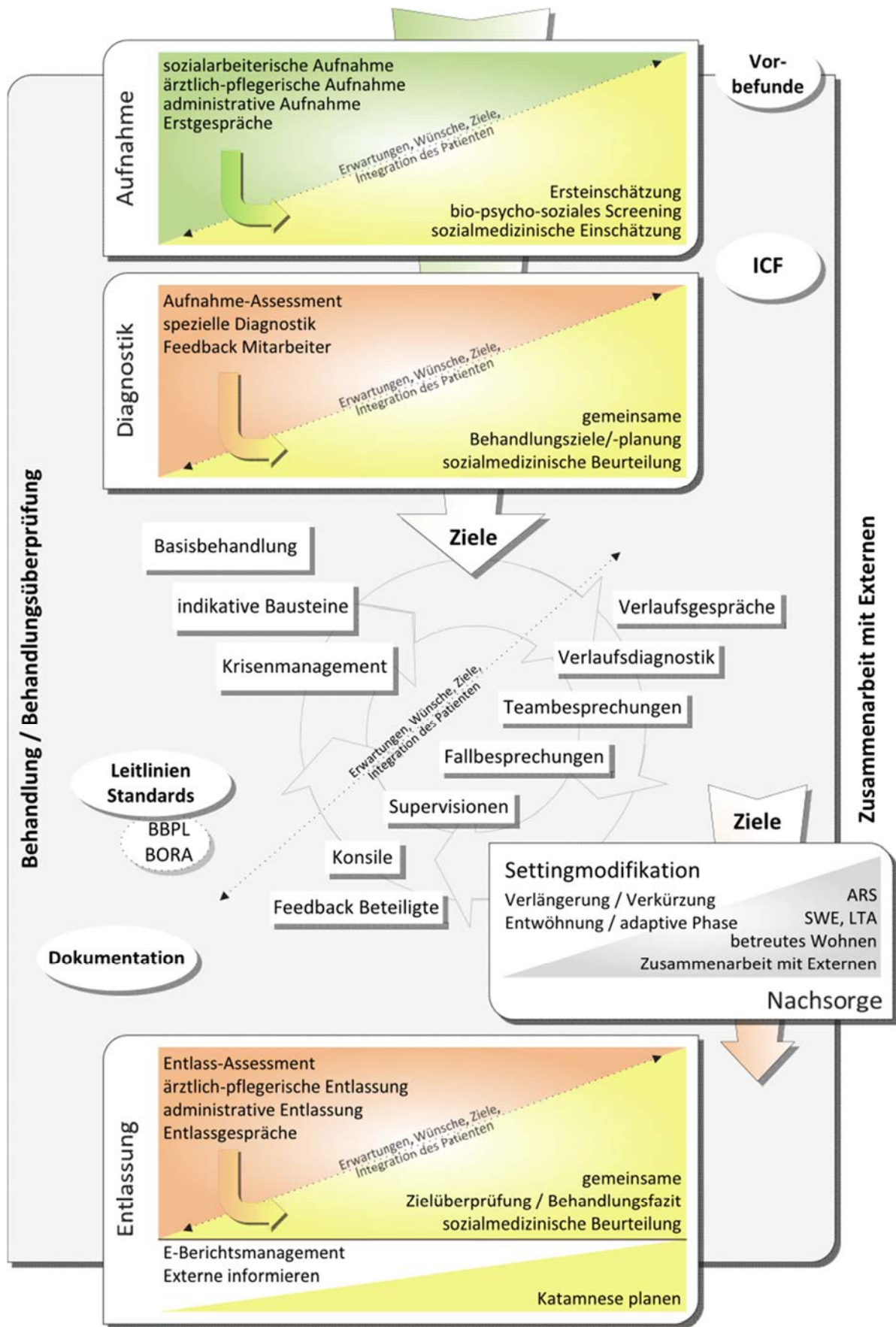
Der Behandlungsverlauf wird überprüft und die Behandlungsziele werden fortgeschrieben (Behandlungsüberprüfung, siehe auch 4.3). Besonders wichtig ist hier die Integration des Rehabilitanden in alle Behandlungsprozesse. Die Überprüfung erfolgt durch Verlaufsgespräche, Verlaufsdiagnostik, Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervisionen, Konsile und das Feedback aller Beteiligter (auch Externe wie Angehörige, Mitarbeiter von Beratungsstellen etc.) (siehe auch 9., 12.). Nach Ergebnis ist ggf. das Setting zu modifizieren (Verlängerung, Verkürzung, siehe 4.4).

In jedem Fall wird die Nachsorge rechtzeitig geplant. Ggf. werden Stufenweise Wiedereingliederung oder Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben initiiert, eine Fortführung der Behandlung im Rahmen einer Ambulante Rehabilitation Sucht beantragt oder ein Hilfeplanverfahren für die Vermittlung in ein Wohnheim eingeleitet (siehe 7.).

Am Ende der Behandlung wird in mehreren Entlassgesprächen und mittels Entlass-Assessment ein Behandlungsfazit gezogen, der Grad der Zielerreichung wird gemeinsam überprüft und eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung durchgeführt (siehe 4.7.14).

Der Behandlungsverlauf wird fortlaufend dokumentiert und im Entlassbericht strukturiert dargestellt (gemäß den Vorgaben der Leistungs- und Kostenträger). Der E-Bericht dient auch - bei Vorliegen einer entsprechenden Schweigepflichtsentbindung durch den Rehabilitanden - der Information von externen nachbehandelnden Stellen (Ärzte, Beratungsstellen, etc.); dies unterstützt die Vernetzung aller an der Behandlung beteiligten Institutionen (Behandlungskette),

Die folgende Grafik verdeutlicht die dem Rehabilitationsprogramm zugrunde liegenden Kernprozesse (Vorbereitung, Aufnahme, Planung, Durchführung und Überprüfung des Behandlungsprozesses, Nachsorge, Entlassung und Dokumentation).



Behandlungsplanung
 und -überprüfung
 PSK D-Abt.

BBPL: Besondere Berufliche Problemlagen
 BORA: Berufliche Orientierung in der Reha Abhängigkeitserkrankter
 ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
 ARS: Ambulante Reha Sucht, SWE: Stufenweise Wiedereingliederung
 LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Am Tag der Aufnahme wird der Rehabilitand fachärztlich untersucht. Es erfolgt die Aufnahme in schriftlicher Form über das PATFAK-System und Ausdruck für die Rehabilitandenakte. Die mitgebrachten bzw. vorliegenden Arztberichte werden vom (Fach-)Arzt gesichtet.

Die Anlage des OptiPlans erfolgt mit den festgelegten Medikamenten sowie die Dokumentation über die Aufnahmeuntersuchung.

Der Rehabilitand wird dann an den Gruppen- und Einzeltherapeuten weiter verwiesen. Der Einzel- und Gruppentherapeut weist ihn kurz in das Therapiesgeschehen bzw. in den Ablauf ein. Er erhält seinen Therapieplan. Dann werden von Therapeuten und neu aufgenommenem Rehabilitanden gemeinsam die persönlichen Sachen des Rehabilitanden in seinem zu beziehenden Zimmer ausgepackt.

Im späteren Verlauf der Behandlung wird in unregelmäßigen Abständen das Zimmer des Rehabilitanden auf Ordnung / Sauberkeit durchgesehen und auf Suchtstoffe überprüft. Bei diesen Kontrollen, die von allen Mitarbeitern durchgeführt werden, ist der Rehabilitand immer anwesend.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Der Rehabilitand wird regelmäßig in gemeinsamen Teamsitzungen (an denen alle Berufsgruppen teilnehmen) und Fallbesprechungen vom aufnehmenden (Fach-) Arzt vorgestellt und besprochen.

Es erfolgt eine Vorstellung durch den Facharzt in der Teamsitzung. Wöchentlich findet eine Fallbesprechung statt, wo sämtliche Berufsgruppen die getroffenen Erkenntnisse über den Rehabilitanden vorstellen und diskutieren. Die somatische Diagnostik erfolgt durch den Stationsarzt. Hilfsmittel hierfür sind das Labor, EKG, Urindrogenscreenings, Alkoholtests und körperlichen Untersuchungen. Gegebenenfalls werden niedergelassene Fachkollegen sowie umliegenden Krankenhäusern hinzugezogen. Die psychische Diagnostik erfolgt durch den Facharzt am Tag der Aufnahme und regelmäßig durch die täglichen Arztgesprächstunden. Gegebenenfalls werden psychische Auffälligkeiten auch im Team besprochen und der Facharzt geht den Hinweisen umgehend nach.

Die soziale Diagnostik erfolgt durch den Einzeltherapeuten. Die arbeitsbezogene Diagnostik erfolgt durch die Arbeitstherapeuten, dem Einzeltherapeuten und dem Arzt. Die Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren erfolgt durch den Einzeltherapeuten. Die entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik erfolgt ebenfalls durch den Einzeltherapeuten. Die Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen erfolgt durch den Einzeltherapeuten und den Arzt.

Zur Unterstützung der Eingangsdiagnostik, Verlaufsdagnostik und Abschlussdiagnostik stehen unterschiedliche psychologische Testverfahren zur Verfügung. Diese werden durch Dipl.-Psychologen durchgeführt, ausgewertet und interpretiert.

Als testpsychologische Standarddiagnostik werden, falls noch nicht erfolgt, folgende Fragebögen erhoben: das Beck-Depressionsinventar (BDI-II), die Symptom-Checklist-90 (SCL-90-S), Fagerström-Test und das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV Achse II (SKID-II) zur Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen. Bei Bedarf erfolgt eine Intelligenzdiagnostik mittels Wechsler Intelligenztest für Erwachsene (WIE) und eine Konzentrationsdiagnostik mittels Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 (Test d2). Zur Durchführung vereinbarten Rehabilitanden und Einzeltherapeuten einen Termin.

Diese Tests sind Bestandteil der Rehabilitandenakte und die Ergebnisse und daraus resultierenden Fragestellungen für den Rehabilitanden werden in den gemeinsamen Teamsitzungen bzw. bei der nächsten Fallbesprechung erörtert und gegebenenfalls Hilfestellungen für den Rehabilitanden erarbeitet und festgelegt. Der Rehabilitand wird von dem Ergebnis dieser Besprechungen in seiner Einzeltherapie wöchentlich informiert.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die Adaptionsbehandlung wird als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation unter ärztlicher Leitung des abteilungsleitenden Oberarztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin) durchgeführt. Dieser leitet die Teamsitzungen und Fallkonferenzen und ist für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses zuständig. Ihm obliegt die fachärztliche Beurteilung jedes Rehabilitanden entsprechend etwaig erforderlichen psychopharmakologischer Behandlung, der Einleitung, Fortführung und Beendigung einer möglichen Substitutionsbehandlung. Er nimmt regelmäßig an der Supervision teil und führt im Vertretungsfall die Gesprächsgruppen und Einzeltherapien durch.

Dem Stationsarzt / der Stationsärztin obliegt die körperliche Untersuchung der Rehabilitanden einschließlich Abschlussuntersuchung, Befunderhebung und gegebenenfalls die Einleitung konsiliarärztlicher Untersuchungen bei allgemeinmedizinischer Befunden, deren Abklärung, Einleitung und Durchführung einer Einbeziehung externer Fachkompetenz, z. B. gynäkologischer, internistischer oder chirurgischer Konsiliarärzte oder zahnärztlicher Versorgung bedarf. Alle auftretenden behandlungsbedürftigen Symptome werden grundsätzlich mitbehandelt, entscheidend ist der jeweilige Einzelfall.

Der Arzt stellt die Befunde der Aufnahmeuntersuchung in der Teamsitzung vor, wie auch im weiteren medizinischen Behandlungsprozess, inklusive erforderlicher Maßnahmen.

Arztsprechstunden werden werktäglich abgehalten. Der Arzt nimmt regelmäßig am Bereitschaftsdienst der Klinik teil, stets (d. h. 24-Stunden pro Tag) ist die ärztliche Versorgung sichergestellt einschließlich gegebenenfalls erforderlicher Interventionen oder Verlegung bei allgemeinmedizinischen Problemen auch nachts, an den Wochenenden und Feiertagen. Gegebenenfalls kann ein Rehabilitand auch zur Krisenintervention separiert werden.

Die Durchführung von Drogenscreenings ist mehrheitlich an Mitarbeiter delegiert. Es werden anlassbezogen und spontan Alkohol- (per Atemluft) und Drogentests (per Urinprobe) durchgeführt: nach Heimfahrten / Realitätstrainings immer Alkohol- und Drogentests und unabhängig davon bei Bedarf / Verdacht Alkohol- und/oder Drogentests. Urinproben werden immer unter Kontrolle durch einen Mitarbeiter gleichen Geschlechts abgenommen.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

4.7.4.1 Einzelpsychotherapie

Die einzelpsychotherapeutische Betreuung bildet eine wesentliche Ergänzung der gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen und findet grundsätzlich einmal pro Woche statt. Zu Beginn der Adaptionsbehandlung sind häufig höherfrequente einzelpsychotherapeutische Gespräche erforderlich, um vor allem Rehabilitanden mit ausgeprägten psychiatrischen und psychosozialen Störungen und Defiziten die Integration in die Therapie zu ermöglichen und die vielschichtigen und komplexen Probleme, Defizite, jedoch auch Ressourcen des einzelnen Rehabilitanden frühzeitig erfassen und mit ihm bearbeiten zu können. Bei fortlaufender Integration in die Psychotherapiegruppe können Frequenz und Zeitdauer der einzelpsychotherapeutischen Sitzungen in der Regel reduziert werden.

Die Einzelgespräche, welche stets vereinbart werden, also nicht spontan zustande kommen, helfen damit auch, vor allem anfänglich dominierende Hemmungen, Ängste oder Misstrauen abzubauen und die subjektive Integration in das soziale Milieu der Klinik zügig zu vollziehen. Stets wiederkehrendes Thema der Einzeltherapie ist die Auseinandersetzung mit dem in der ersten Behandlungswoche aufgestellten individuellen Therapieplan, die Überprüfung gemeinsam erarbeiteter Zwischenschritte einschließlich individuell erforderlicher Veränderbarkeit.

4.7.4.2 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie ist nach unserem Verständnis keine Einzeltherapie in der Gruppe, welche zweimal wöchentlich für 75 Minuten stattfindet, sondern ein qualitativ anderes therapeutisches Angebot als die Einzelpsychotherapie. Die therapeutische Ausrichtung ist in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie nach tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Aspekten ausgerichtet.

Die Gruppe selbst betrachten wir als einen Organismus, der sich ganzheitlich organisiert mit eigenen Normen und Verhaltensregeln. Die Mitglieder der Gruppe entwickeln als Gruppe eigene Aufgaben und erleben im gruppenspezifischen Setting als Gruppe gemeinsame Emotionen und Affekte. Entscheidend sind der gruppenspezifische Prozess, die konstruktive Interaktion in der Gruppe und die therapeutische Auseinandersetzung mit jenen Inhalten, Themen und Beziehungs- und Kommunikationsstrukturen, wie sie von den einzelnen Gruppenmitgliedern im interaktionellen Setting wahrgenommen, erlebt und damit auch bearbeitet werden können. Entscheidend sind also die gruppenspezifischen Prozesse innerhalb der Gruppe unter Einbeziehung des Gruppentherapeuten im Sinne des „Prinzips Antwort“ nach Heigl-Evers.

Dem therapeutischen Prozess in der Gruppe sowohl in der Gruppentherapie, den handlungsorientierten Angeboten und der Freizeitgestaltung kommt in unserem Verständnis besondere Bedeutung zu, vor allem hinsichtlich der Integration auch allgemeinpsychiatrisch behandlungsbedürftiger Rehabilitanden.

4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen

In der Adaptionsbehandlung finden keine indikativen Gruppenangebote statt.

4.7.4.4 Sonstige Gruppenangebote

Morgenrunde: alle Rehabilitanden, Mitarbeiter der Arbeitstherapie und des Sozialdienstes, werktäglich, Zeitrahmen bis zu 30 Minuten. Alle Rehabilitanden und obige Mitarbeiter nehmen teil. Die Vollversammlung dient der Erörterung aktueller und grundsätzlicher Fragen wie Tages- und Wochenplanung, Hausordnung oder aktuelle organisatorische Änderungen. Darüber hinaus dient sie als Forum für die Rehabilitanden, ihre Wünsche und Kritik zu thematisieren.

4.7.4.5 Kriseninterventionen

Symptomatisch äußern sich krisenhafte Entwicklungen auch als Verstoß gegen die Hausordnung. Je nach Intensität und Häufigkeit sind Gespräche mit dem diensthabenden Mitarbeiter, dem Gruppentherapeuten oder dem therapeutischen Leiter der Abteilung erforderlich. Erhebliche Regelverstöße von besonderer Problematik sind

- Ø Gewaltanwendung oder -androhung,
- Ø Suchtstoffrückfälle und
- Ø Rassistische, sexistische oder anderweitig abwertende Äußerungen.

Die Schaffung und Aufrechterhaltung einer angstfreien Atmosphäre ist unverzichtbare Voraussetzung, um eine therapeutisch wirksame Atmosphäre zu schaffen, in der abhängigkeitskranke Menschen sich öffnen und an ihren elementaren Grundschwierigkeiten konstruktiv arbeiten können. Aus diesem Grunde betrachten wir Gewaltausübung und auch -androhung grundsätzlich als unvereinbar mit dem Fortsetzen der Therapie. Entscheidend ist - bei allen Kriseninterventionen - die Aufarbeitung und Bewertung des Einzelfalles im therapeutischen Prozess.

Wie jeder Regelverstoß ist auch ein Suchtstoffrückfall grundsätzlich Symptom einer Krise, welche sowohl die Gefahr der Beendigung des therapeutischen Prozesses als auch eine Chance im Sinne eines Neuanfangs darstellt. Ausführliche Erörterung der besonderen Bedingungen, eine offene und umfassende Auseinandersetzung mit den zugrunde liegenden Motiven, deutlich werdenden Verhaltensmustern und Bearbeitung der Vorbereitung zur Durchführung des Rückfalls ermöglicht eine therapeutisch konstruktive Aufarbeitung und Weiterentwicklung des therapeutischen Prozesses. Grundsätzlich gilt, dass jeder einzelne Rückfall einer individuellen Bewertung bedarf und nur bei eindeutigen konstruktiven therapeutischen Ansätzen eine Fortführung der Entwöhnungsbehandlung

ermöglicht. Dabei kommt der offenen Auseinandersetzung mit dieser Situation in der gesamten Rehabilitandengruppe besonders große Bedeutung zu.

Auch die Entwicklung und Verfestigung intimer Paarbeziehungen ist im Rahmen der Gruppenbehandlung stets in Erwägung zu ziehen, insbesondere bei der Behandlung gemischt geschlechtlicher Rehabilitandengruppen [90].

Deshalb setzen wir uns frühzeitig mit den betroffenen Rehabilitanden zusammen, besprechen mit ihnen die sich abzeichnenden grundsätzlichen Probleme bei sich verfestigender Paarbeziehung und vereinbaren zu befolgende Zwischenschritte, deren Nichtbefolgen mit Sanktionen bis hin zur disziplinarischen Entlassung beantwortet wird. Die therapeutische Bearbeitung dieses Problems bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen dem intensiven Bemühen um eine vertrauensvolle und offene Atmosphäre einerseits und der Notwendigkeit der Einhaltung erforderlicher Rahmenbedingungen für den therapeutischen Gesamtprozess andererseits.

Bei allen Kriseninterventionen in Bezug auf erhebliche Regelverstöße bemühen wir uns um Erarbeitung von Zwischenschritten. Therapeutisches Ziel ist es, den betroffenen Rehabilitanden im Sinne einer gemeinsamen Bilanz nach Krisenmanagement zu ermöglichen, sich in einem überschaubaren kurzen Zeitraum aktiv um eine kritische Bearbeitung der in der Krise deutlich gewordenen Schwierigkeiten zu bemühen [91]. Die Beurteilung dieses Prozesses ist entscheidend für die Frage, ob die Therapie nach Ablauf dieser Probezeit zu charakterisierenden Phase fortgesetzt werden kann oder beendet wird.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Eine entscheidende Aufgabe der stationären Adaptionsbehandlung als medizinische Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Unterstützung bei der beruflichen und privaten Reintegration und Rehabilitation.

Um den Rehabilitanden Eigenständigkeit und Verantwortung zu vermitteln werden weitere verantwortungsvolle Tätigkeiten mit Unterstützung der Mitarbeiter, von den Rehabilitanden übernommen, z. B.:

- Ø Rehabilitandensprecher
- Ø Begleitung von Rehabilitanden bei Ausgängen z. B. Arztbesuche
- Ø Verantwortlicher für die klinikeigenen Fahrräder
- Ø Freizeitaktivitäten am Wochenende
- Ø Mülltrennung
- Ø Abholung der zur Verfügung gestellten Lebensmittel

4.7.5.1 Arbeitstherapie / Werktherapie (intern)

Ein elementares Ziel der medizinischen Rehabilitation ist die Sicherung, Besserung und / oder Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und Integration der Rehabilitanden in den Arbeitsprozess [92, 93, 94, 95]. Dementsprechend sehen wir einen Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit darin, die Rehabilitanden von Beginn an zu orientieren und zu befähigen, sich die Voraussetzungen für die Integration einschließlich Wieder- oder Ersteinstieg in das Arbeitsleben aktiv zu erarbeiten.

- Ø Mithilfe und Unterstützung der Aufgaben des Hausmeisters bei kleineren handwerklichen Reparatur- und Renovierungsarbeiten um und im Gebäude im Sinne der Übernahme von Eigenverantwortung für den eigenen Wohnbereich.
- Ø Instandhaltung der Außenanlage mit Hof und Park.
- Ø Um für die Rehabilitanden ohne berufliche Qualifikation oder mit lange bestehender Arbeitslosigkeit die Vermittlungschancen in den ersten Arbeitsmarkt zu verbessern, werden verschiedene Qualifikationsmaßnahmen wie z. B. Staplerschein oder Kettensägeschein angeboten.

Das ergotherapeutische Assessment wird, so noch nicht erfolgt, über einen Aufnahmebefundbogen und einen aus MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) [96] entwickelten Einschätzungsbogen (MELBA-Bogen) realisiert. Ein Screening hinsichtlich besonderer beruflicher Problemlagen (BBPL) wird mittels SIMBO (Screening-Instrument zur Erkennung eines Bedarfs an Maßnahmen medizinisch-beruflicher Orientierung) [97] durchgeführt.

4.7.5.2 Küche / Hausreinigung / Haushalt

Die Hygienevorschriften innerhalb der Küche basieren auf den HACCP-Richtlinien, deren Einhaltung wird durch die zuständige Therapeutin überwacht, sporadisch auch extern durch das Veterinär- und Lebensmittelüberwachungsamt überprüft.

Die Rehabilitanden versorgen sich selbst und kochen mindestens einmal in der Woche gemeinsam.

Für die tägliche Grobreinigung gibt es Einteilungspläne mit aufgeführten Arbeiten die durchgeführt werden müssen. Eine zeitnahe Kontrolle erfolgt durch die Mitarbeiter.

Neu aufgenommene Rehabilitanden werden unter Anleitung in die Tätigkeitsbereiche eingeführt. Dauer und Umfang orientieren sich an den Bedürfnissen und Fähigkeiten der jeweiligen Rehabilitanden.

4.7.5.3 Berufsintegrierende Maßnahmen

Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit die therapeutische Auseinandersetzung mit sowohl überhöhten Erwartungen als auch Neigung zur Selbstüberforderung und -unterschätzung von erheblicher Bedeutung.

Die aktive Klärung rechtlicher Fragen, angemessener Umgang mit Behörden sowie Initiierung zielgerichteter Maßnahmen der beruflichen Eingliederung einschließlich beruflicher Rehabilitation mit Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie Umschulung sind wichtiger Bestandteil des therapeutischen Prozesses ab der zweiten Behandlungsphase. Grundsätzlich sollen die Rehabilitanden diesbezügliche Fragestellungen mit Unterstützung durch den Sozialdienst und Arbeitstherapeuten bereits in den vorgeschalteten Entwöhnungsbehandlungen angehen.

Externe Betriebspraktika: In der adaptiven Behandlungsphase in der Hauptklinik in Bergisch Gladbach ist hingegen stets ein acht- bis zwölf-wöchiges unentgeltliches externes Betriebspraktikum in einem nahe gelegenen Wirtschaftsbetrieb als elementarer Bestandteil dieser Therapiephase zu absolvieren. Hier wird der Rehabilitand mit Unterstützung geschulten Personals auf den Arbeitsalltag vorbereitet und unterstützt. Gespräche mit Vertretern des Praktikumsgebers, der Arbeitsagenturen wie dem Reha-Fachberater ergänzen diese Angebote und tragen gegebenenfalls auch zur Vorbereitung auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben bei. Wöchentliche Praktikumsberichte dienen dem Zweck, den Rehabilitanden seine eigene Leistungsfähigkeit zu verdeutlichen.

Bei Rehabilitanden, die aufgrund ihrer komorbiditätsbedingt reduzierten Belastbarkeit nicht oder noch nicht in ein ganztägiges Praktikum zu vermitteln sind, wird klinikintern unter Anleitung eines Ergotherapeuten eine gezielte Belastungsprobung durchgeführt.

Grundsätzlich streben wir an, dass die Rehabilitanden mit Abschluss der stationären Adaptionsbehandlung eine Arbeitstätigkeit unmittelbar oder zumindest in absehbarer Zeit wieder aufnehmen können, auch wenn es sich um untergeordnete Tätigkeiten handeln mag. Die Auswirkungen der Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt und der diesbezüglichen Gesetzgebung haben erhebliche Auswirkungen sowohl auf den therapeutischen Prozess als auch die objektiven Möglichkeiten der Reintegration in den Arbeitsmarkt, welche unsererseits nur sehr begrenzt aufgefangen werden können.

Zur Verminderung von Vermittlungshindernissen ist ein Trägerverbund der PSK mit der Drogenhilfe Köln e. V., dem SKM / Caritas Köln, der Blaukreuz Beratungsstelle Köln und der Diakonie Köln zur Kooperation mit dem Jobcenter Köln gegründet worden. Mit dem Jobcenter Bergisch Gladbach besteht eine ähnlich intensive Kooperation zur Unterstützung der Reintegration arbeitsuchender Drogenabhängiger in Erwerbstätigkeit. Die Rehabilitanden werden über den Bundesfreiwilligendienst informiert und in der Umsetzung begleitet.

Weiterhin werden nach Möglichkeit eine Informationsveranstaltung der Reha-Berater besucht und auch Informationsveranstaltungen der Um- und Weiterbildung Michaelshoven (eine therapeutisch gestützte Einrichtung in der die Möglichkeit besteht, neue Ausbildungsmöglichkeiten zu nutzen, respektive eine Ausbildung zu beginnen) gezielt genutzt, um auf Schwerpunkte des einzelnen Rehabilitanden bewusst hinzuarbeiten.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie

Unsere Rehabilitanden haben im Laufe der Entwicklung in die manifeste Drogenabhängigkeit häufig zunehmend den Bezug zum eigenen Körper verloren. Während zu Beginn des therapeutischen Prozesses die Nichtakzeptanz des eigenen Körpers oft sehr ausgeprägt ist und damit auch körperliche Aktivitäten abgelehnt werden, neigen viele Rehabilitanden im Zustand der therapeutisch unterstützten Drogenfreiheit dazu, sich im Sinne einer Gegenbewegung ohne ausreichende Vorbereitung zu überfordern, um falschen Selbstwertvorstellungen zu entsprechen und dabei Äußerlichkeiten überzubetonen. Freude und Interesse an körperlichen Aktivitäten, an Bewegung, Spiel und Sport werden im Sinne einer methodenintegrativen Sporttherapie geweckt, die rehabilitative, pädagogische und sozialisatorische Aspekte einschließt und der Ich-Stärkung dient [99].

Ziele der **Sporttherapie** sind: Spaß an Bewegung, Selbsterfahrung, Sozialerfahrung in der Gruppe, Verbesserung sportspezifischer Fähigkeiten, Freizeitgestaltung, Umwelterfahrungen und die Reduktion seelischer und körperlicher Spannungen.

Zu Beginn der Sporttherapie wird jeder Rehabilitand getestet, um individuelle Ressourcen und Defizite festzustellen. Dabei wird der Fitness-Basis-Test nach Bös und Wydra angewandt welcher die sportmotorischen Bereiche Beweglichkeit, Koordination, Kraft, Flexibilität und Ausdauer erfasst. Im weiteren Verlauf der Behandlung wird für jeden Rehabilitanden ein individuell abgestuftes Training erarbeitet. Vor Abschluss der Behandlung wird jeder Rehabilitand erneut getestet [100]. Im Rahmen der leistungsgestufen Sporttherapie werden Sportspiele, gezieltes Ausdauertraining, Wassersport, Entspannungsübungen und andere Aktivitäten durchgeführt. Der Sport dient dabei auch der Heranführung an angemessene Freizeitbewältigung für die Zeit nach stationärer Behandlung und damit der Befähigung zu gesundheitsbewusster Lebensgestaltung. Physische, psychische und emotionale Aspekte werden dabei gleichermaßen aufgegriffen. Die Sporttherapie findet einmal in der Woche in Einheiten von 75 Minuten bis 150 Minuten je nach Aktivität statt.

Das Spektrum der **Erlebnispädagogik**, die als Therapeutische Sondermaßnahmen ein- bis zweimal pro Jahr mit vier- bis sechswöchiger Vorplanung und Ausführung über drei bis vier Tage in der Gruppe unter Aufsicht von Mitarbeitern und Sicherstellung ärztlicher Rufbereitschaft konzipiert und durchgeführt werden, umfasst Projekte wie z. B. Kajakfahren, Klettern im Kletterpark, Segeln etc. [101, 102, 103].

Diese Art von Erlebnispädagogik dient der Einübung und unmittelbaren Erfahrung der Bedeutung von Vertrauen und Verantwortung untereinander ebenso wie dem Erleben emotional intensiver Erfahrungen ohne Drogenkonsum.

Die therapeutischen Sondermaßnahmen werden für die Entwöhnungsbehandlung durchgeführt, Adaptionpatienten können bei Indikation ggf. teilnehmen. Die Teilnehmer werden frühzeitig im gesamten Team festgelegt und haben eine Stärke von maximal 12 bis 15 Teilnehmer. Die entsprechenden Leistungs- und Kostenträger werden zeitnah über diese Maßnahme informiert.

4.7.7 Freizeitangebote

Das Heranführen, Erlernen und Wiederentdecken der eigenen Freizeitstrukturierung dient der Festigung eines umfassenden positiven Lebensgefühls, einer realistischen Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie und ist von erheblicher Bedeutung für die Festigung und Stabilisierung eines abstinenten Lebensweges. Es gibt unterschiedliche Freizeitangebote, die in fachlicher Anleitung durchgeführt werden können.

Im Rahmen der Soziotherapie werden Freizeitaktivitäten an Werktagen mit den Rehabilitanden geplant und organisiert. Freizeit soll aktiv und erholungsorientiert gestaltet und erlebt werden.

Die Rehabilitanden haben während der Ausgangszeiten die Möglichkeit, Freizeitangebote wahrzunehmen. In der Einrichtung gibt es einen Ordner, in dem Freizeitangebote in der näheren Umgebung gesammelt sind.

4.7.8 Sozialdienst

Die Aufgabe des Sozialdienstes besteht in der Klärung und Bearbeitung vielschichtiger Fragestellungen von hoher Alltagsrelevanz, ausgehend von der individuellen sozialen Situation des einzelnen Rehabilitanden. Mit jedem Rehabilitanden wird eine Bestandsaufnahme seiner gegenwärtigen Situation bzgl. juristischer Verfahren, Umgang mit Ämtern und Behörden, Schuldnerberatung, Mietproblemen etc. vorgenommen. Außerdem erfolgt in der Aufnahmesituation Klärung der Bezüge für die Dauer der Behandlung, d. h. Übergangsgeld, SGB II-, SGB XII-Leistungen.

Im Einzelfall wird Rehabilitanden mit Migrationshintergrund in enger Kooperation mit der VHS Einzelbetreuung zur Verbesserung ihrer Sprachkenntnisse angeboten.

Ziel des Sozialdienstes ist stets konkrete Unterstützung im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Sozialberatung ist handlungs- und lösungsorientiert.

Zu den Aufgaben des Sozialdienstes gehören des Weiteren:

- Ø Begleitung der finanziellen Situation des Rehabilitanden, bis zur Einteilungen des Geldes
- Ø Klärung und Unterstützung bei strafrechtlichen Angelegenheiten
- Ø Beantragung des § 35 BtMG
- Ø Antrag auf EU Rente
- Ø Beratung und Kontaktaufnahme mit den Nachsorgeeinrichtungen
- Ø Infogespräche für Rehabilitanden, Drogenberatungsstellen, Mitarbeitern der JVA, Nachsorgeeinrichtungen
- Ø Schulung für Rehabilitanden bei Anträgen- und Behördenangelegenheiten
- Ø Planung der Freizeitaktivitäten der Rehabilitanden
- Ø Antrag auf Ambulante Reha Sucht
- Ø Vorbereitung der Hilfepläne inklusive Sozialhilfegrunderträgen
- Ø Kooperationen mit Bewährungshelfern / gesetzlichen Betreuer / Schuldnerberatern sowie Selbsthilfegruppen
- Ø Beratung von Angehörigen in allen auftretenden Fragestellungen.

4.7.9 Gesundheitstraining und Ernährung

Den Rehabilitanden wird durch eine Diät-Assistentin praktisches Wissen über **gesunde Ernährung** auf Nachfrage vermittelt. Sowohl in Einzel- als auch Gruppenkontakten kann neben der theoretischen Wissensvermittlung auch praktisch Vollwertnahrung zubereitet und gegessen werden. Die Einzelberatung findet ca. 60 Minuten statt und geht auf die Bedürfnisse des Einzelnen ein, so z. B. auch auf Diabeteserkrankungen.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Angehörigen werden zum gemeinsamen Erstgespräch mit Rehabilitanden und Bezugstherapeuten in die Klinik eingeladen. Grundsätzlich streben wir zwei bis drei Sitzungen an, deren Aufarbeitung mit den Rehabilitanden wichtiger Bestandteil des therapeutischen Prozesses ist.

Der methodische Ansatz in den Angehörigengesprächen entspricht unserem Vorgehen in Einzel- und gruppentherapeutischen Sitzungen allgemein. Sie sind primär psychotherapeutisch ausgerichtet, der Anteil edukativer Elemente (Aufklärung über Drogenabhängigkeit, Informationen über das Hilfesystem etc.) variiert mit dem Bedarf der Angehörigen. Die Angehörigengespräche werden von der Einzel-/Gruppentherapeutin durchgeführt.

Die Rehabilitanden sollen Heimfahrten nutzen, um die in der bisherigen Therapie aufgearbeiteten Erfahrungen praktisch umzusetzen und die damit verbundenen Erlebnisse, Konflikte und Veränderungen anschließend in Einzel- und Gruppengesprächen aufzuarbeiten.

Im Hinblick auf die Wohnortnähe werden Angehörige auch an die Angehörigengruppe in unserem Stammhaus verwiesen (Institutsambulanz). Zum jährlichen Sommerfest werden neben den aktuellen Rehabilitanden mit ihren Angehörigen auch die ehemaligen Rehabilitanden mit ihren Angehörigen eingeladen. Zu diesem Fest gibt es ebenfalls eine therapeutisch begleitete Angehörigengruppe.

4.7.11 Rückfallmanagement

Ziel des Rückfallmanagements ist ein einheitlicher Umgang mit Rückfälligkeit der uns anvertrauten Rehabilitanden, der Aufarbeitung im therapeutischen Prozess und der angestrebten Fortsetzung der Behandlung (siehe auch „Rückfallprophylaxetraining“ in 4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen im Konzept der Entwöhnungsbehandlung). Näheres ist in der Prozessbeschreibung Rückfall geregelt (siehe 14.7.3).

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker werden von den Gesundheits- und Krankenpflegern besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitskranken erwartet. Dabei übernimmt diese Berufsgruppe eine ergänzende Funktion der Gestaltung des rehabilitativen Milieus.

Die Pflege (z. B. Begleitung der ärztlichen Sprechstunde und Kurvenvisiten, Ausgabe und Stellen der verordneten Medikation, Anlegen von Verbänden, bei Bedarf Vereinbarung von Untersuchungstermine bei Konsiliarärzte, Bestellen der notwendigen Medikation im Rahmen der klinikeigenen Apotheke, Dokumentation in der Rehabilitandenakte) sowie die Kontrolle und Dokumentation der Suchtmittelfreiheit, gegebenenfalls auch Durchführung von Schwangerschaftstest sowie Information über Verhütungsmöglichkeiten gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe.

Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen in Rahmen der Drogenabhängigkeit (regelmäßiger Kontakt mit den niedergelassenen Ärzte und Terminabsprachen, Zusammenarbeit mit der HIV-Ambulanz, Vorbereitung der Substitutionsmedikation in Abstimmung mit dem ärztlichen Dienst, Beratung über Hygiene, etc.) wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger umfassend mit.

4.7.13 Weitere Leistungen

4.7.13.1 Realitätstraining

Unter Realitätstraining verstehen wir eine aus therapeutischer Sicht erforderliche Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem Arbeitgeber, der Agentur für Arbeit, der Krankenkasse oder sonstigen Stellen an seinem Heimatort, die nicht im Rahmen einer Familienheimfahrt durchgeführt werden kann.

Es gilt der Vorrang der Familienheimfahrt (siehe 4.7.10 Angehörigenarbeit) gegenüber dem Realitätstraining.

Die Dauer des Realitätstrainings darf einschließlich der Reisetage fünf Tage nicht überschreiten, Ausnahmen hiervon bedürfen der vorherigen schriftlichen Zustimmung des zuständigen Leistungs- oder Kostenträgers. Das Realitätstraining wird in der Regel gegen Ende der medizinischen Reha-Leistung durchgeführt, es muss in jedem Fall vor deren Ende abgeschlossen sein.

Das Realitätstraining kann allein durchgeführt werden („Heimfahrt als Realitätstraining“) oder mit einer Familienheimfahrt kombiniert werden („Familienheimfahrt mit Realitätstraining“).

Besteht die Notwendigkeit, eine der o. g. Stellen tageszeitlich sehr früh aufzusuchen, kann das Realitätstraining bereits am Vortag nach Ende aller Behandlungsmaßnahmen angetreten werden („Vorabendregelung“), sofern dadurch keine weiteren Reisekosten entstehen.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Die Planung und Durchführung von Entlassungen innerhalb der stationären Rehabilitationsbehandlung ist gekoppelt an strukturelle und inhaltliche Vorgaben. Präzise Absprachen sind bereits zu Beginn der Behandlung und kontinuierlich im weiteren Verlauf der Behandlung notwendig.

Absprachen betreffen das therapeutische Team, den Rehabilitanden selbst, die Nachbehandler und gegebenenfalls zukünftige Arbeitgeber (Schweigepflichtentbindungen).

Frühzeitige Planung einer Anschlussperspektive ist notwendig, da die Akquise von Nachsorgeeinrichtungen etc. Zeit in Anspruch nimmt (Vorstellungsgespräche, Warteliste, etc.).

Im Sozialdienst werden die verschiedenen Nachsorgemöglichkeiten inhaltlich ausführlich unter Einbeziehung der persönlichen Erfahrungen und Voraussetzungen der Rehabilitanden vorgestellt. Bei Bedarf werden Informationsveranstaltungen in der Gruppe in Begleitung eines Therapeuten besucht. Vorstellungsgespräche werden vereinbart, vorbereitet und durchgeführt.

Nach individuellem Bedarf werden die folgenden Antragsverfahren eingeleitet:

- Ø Ambulante Rehabilitation Sucht
- Ø Hilfeplanverfahren für die Vermittlung in Wohnheime
- Ø Fortführende Rehabilitation Phase III (Berufsbildung-/Förderungswerk)

Im Hinblick auf den geplanten Entlassungstermin muss auch die berufliche Wiedereingliederung vorbereitet werden. Anträge Berufliche Rehabilitation etc. sind zu stellen.

Die (sucht-)medizinische und psychiatrische Weiterbehandlung wird zeitnah geplant. Die Entlassung wird mit dem Rehabilitanden im Rahmen seiner Gruppen- und Einzeltherapie vorbereitet.

Mit dem Einzeltherapeuten findet ein Abschlussgespräch einschließlich einer Reflexion der Behandlung statt. Ebenso finden mit dem Arzt ein Abschlussgespräch und eine Abschlussuntersuchung statt, um die sozialmedizinische Einschätzung, den Behandlungserfolg und evtl. noch bestehende Funktionseinschränkungen zu besprechen. Selbst- und Fremdgefährdung werden überprüft (siehe 14.7.2).

Der Rehabilitand verabschiedet sich in der Gruppe von Mitrehabilitanden und Mitarbeitern.

Das nicht mitgenommene Eigentum des Rehabilitanden wird von Mitarbeitern für vier Wochen für den Rehabilitanden verwahrt. Sollte er sich innerhalb dieser Frist nicht mit der Fachklinik in Verbindung setzen, werden die Gegenstände entsorgt. Darüber wird jeder Rehabilitand bei der Aufnahme informiert.

Reguläre Entlassung

Der Entlassungstermin ist abhängig von der Dauer der Kostenzusage, jedoch unter bestimmten Umständen variabel: Eine Verkürzung der Behandlung ist aufgrund des individuellen Therapieverlaufs des Rehabilitanden und der weiteren individuellen Behandlungsplanung möglich. Verlängerungen der Behandlung sind über Verlängerungsanträge oder über das beim jeweiligen Leistungsträger gebildete Budget möglich. In diesem Fall muss eine Mitteilung darüber an den Leistungs-/Kostenträger und an die Krankenkasse erfolgen.

Circa vier Tage vor Entlassung händigen wir drei Fragebögen an die Rehabilitanden aus: zur Patienten-/Rehabilitandenzufriedenheit und zum Entlass-Assessment.

Die Entlassungsuntersuchung wird durchgeführt, ein Arztbrief verfasst. Die medizinische Weiterbehandlung wird mit dem Rehabilitanden geplant und eingeleitet. Der Rehabilitand bekommt bei Entlassung einen Arztbrief für den weiterbehandelnden Arzt mit.

Die administrative Entlassung (u. a. Zimmerabnahme, Schlüsselabgabe, Kontenklärung, Entlassanschrift, schriftliche Schweigepflichtentbindung gegenüber Nachbehandlern, behandelndem Arzt, etc.) wird von Gruppentherapeuten durchgeführt.

Die Patientenverwaltung wird per Email oder Anruf (Sozialdienst) über die Entlassung und Verlegungen benachrichtigt. Entlassungsmittelungen gehen an den Leistungsträger, die Krankenkasse und an den Rehabilitanden. Kopien kommen in die Akte. Entlassdatum und den Entlassmodus werden in der Akte eingetragen, ebenso eine Aussage zur Arbeitsunfähigkeit (Sozialdienst bzw. Sekretariat). Rehabilitanden werden im Patientenverwaltungssystem PATFAK entlassen.

Mitteilungen über die Entlassung gehen auch an gesetzliche Betreuer, an Staatsanwaltschaften bei § 35 BtMG mit Entlassmodus, an Bewährungshelfer und an das Jobcenter (Sozialdienst).

Der Entlassbericht wird verfasst (Therapeuten, Ärzte). Entlassberichte werden an den Leistungs- und Kostenträger verschickt (innerhalb von zwei Wochen nach Entlassung, durch das Sekretariat).

Nach der Entlassung wird auf Anfrage der Staatsanwaltschaft hin eine Stellungnahme gemäß § 36 BtMG zum Behandlungsverlauf des Rehabilitanden verfasst (Sozialdienst).

Entlassung vorzeitig gegen ärztlichen Rat

Es findet nach Möglichkeit (wenn der Rehabilitand dies akzeptiert) ein Kriseninterventionsgespräch statt. Entscheidet der Rehabilitand sich dennoch, die Behandlung vorzeitig zu beenden, beginnt das Entlassungsverfahren.

In Begleitung eines Mitarbeiters räumt der Rehabilitand sein Zimmer. Liegt der Rehabilitand auf einem Doppelzimmer, ist auch der Mitrehabilitand zugegen. Um weitere Abbrüche zu verhindern wird zu den übrigen Mitrehabilitanden eine Kontaktsperre erteilt.

In einem abschließenden Arztgespräch wird der Rehabilitand auf die besonderen Risiken eines Drogenkonsums hingewiesen, Selbst- und Fremdgefährdung werden geprüft. Auf Wunsch bekommt der Rehabilitand einen Kurzarztbrief ausgehändigt.

Weitere Vorgehensweisen wie bei regulärer Entlassung. Gegen ärztlichen Rat werden auch die Rehabilitanden entlassen, die z. B. an den Wochenenden oder zu Abend- und Nachtstunden die Klinik verlassen, ohne einen Mitarbeiter der Fachklinik einzubinden.

Disziplinarische Entlassung

Die Entscheidung über eine disziplinarische Entlassung erfolgt als Konsequenz auf einen schweren Regelverstoß (z. B. Gewaltanwendung/-drohung) oder mehrere Regelverstöße, die die Fortführung der Rehabilitationsbehandlung unmöglich machen. Schwere Regelverstöße sind z. B. Gewaltausübung, keine Abgabe bzw. Manipulation bei Urinkontrollen, ungebührliches Verhalten gegenüber Mitarbeitern oder auch Mitrehabilitanden.

5. Personelle Ausstattung

Das multidisziplinär zusammengesetzte Team der adaptiven Phase der Hauptklinik für die insgesamt 10 Behandlungsplätze setzt sich wie folgt zusammen:

Chefarzt, Oberarzt, Stationsärztin, Assistenzarzt/-ärztin im Bereitschaftsdienst (alle anteilig), approbierte Psychologin oder Psychotherapeuten/-innen nach Zwischenprüfung, Dipl.-Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Dipl.-Sportlehrer, Diät-Assistentin, Pflegedienstleiter (anteilig), examinierte pflegerische Mitarbeiter im Tagdienst und sonstiges Personal im Nacht- und Wochenenddienst. Hinzukommen Mitarbeiter/-innen der Verwaltung und des Sekretariats / Schreibdienstes.

Die psychotherapeutischen Mitarbeiter verfügen über eine DRV- anerkannte Zusatzausbildung bzw. sind approbierte Psychotherapeuten. Die entsprechenden Unterlagen zum Nachweis der Qualifikationen der Mitarbeiter/-innen liegen dem federführenden Leistungsträger vor.

Zur exakten Aufschlüsselung der personellen Ausstattung siehe 14.4.1 Stellenplan.

6. Räumliche Gegebenheiten

In der Adaption stehen den Rehabilitanden Ein- und Zweibettzimmer zur Verfügung. Es stehen 4 Einzelzimmer und 3 Zweibettzimmer zur Verfügung, jeweils mit Nasszelle mit Dusche und WC.

Der Gruppentherapieaum hat eine Größe von ca. 25 qm. In der Küche mit Wohnbereich von ca. 60 qm können für alle Rehabilitanden warme Mahlzeiten zubereitet werden. Zusätzlich gibt es Lagerräume für Lebensmittel, Reinigungsmittel und Verbrauchsmaterial.

In der Hauptklinik befindet sich der hausinterne Kiosk.

Für die Mitarbeiter stehen folgende Räumlichkeiten zur Verfügung. Ein Zimmer für die therapeutische Mitarbeiterin von 15 qm. Ein Büro von 20 qm für die Mitarbeiter der Arbeitstherapie und des Sozialdienstes.

Die apparative Ausstattung umfasst in Kooperation mit der Hauptklinik ein EKG Gerät, Notfallkoffer, Defibrillator und Alkoholmessgeräte. Das Gerät zur semiquantitativen Untersuchung von Drogenscreenings ist auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach untergebracht. Das Haus ist nicht barrierearm. Die Installation eines Notrufsystems ist in Planung.

7. Kooperation und Vernetzung

7.1 Betreutes Wohnen

Das aufsuchende Betreute Wohnen ist ein Angebot der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach zur nachstationären Betreuung von Rehabilitanden, die entweder zuvor eine qualifizierte Entzugsbehandlung abgeschlossen oder eine Entwöhnungsbehandlung regulär beendet haben. Das Betreute Wohnen ist als notwendige Ergänzung des ambulanten Netzwerkes der institutionellen Drogen- und allgemeinen psychosozialen Hilfe zu verstehen und existiert seit 12/1996 für den Rheinisch-Bergischen Kreis, seit 1/1998 für die Stadt Köln.

Voraussetzungen zur Teilnahme am Betreuten Wohnen sind:

- Ø Hauptwohnsitz im Rheinisch-Bergischen Kreis, Köln oder Umgebung,
- Ø Diagnostisch gesicherte manifeste Suchterkrankung,
- Ø Abschluss einer stationären Akut- bzw. Entzugs- oder Entwöhnungsbehandlung.

Psychiatrisch behandlungsbedürftige Erkrankungen im Sinne einer Komorbidität sind kein Ausschlusskriterium.

Das Angebot richtet sich gezielt an diejenigen Rehabilitanden, die aufgrund individueller Schwierigkeiten erhebliche Probleme haben, nach stationärer Behandlung angemessene Hilfs- und Betreuungsmöglichkeiten zu finden [12, 13]. Wegen der oft vorliegenden psychiatrischen Zusatzkrankung werden diese Rehabilitanden vom klassischen Angebot der Suchthilfe und aufgrund ihrer Suchtschwierigkeiten von sozialpsychiatrischen Einrichtungen nicht erreicht.

Die Betreuung beginnt nach Abschluss der Entwöhnungsbehandlung und umfasst - je nach im Vordergrund stehender Problematik - individuell unterschiedlich sozialarbeiterische und psychiatrisch pflegerische Hilfen. Praktische Unterstützung bei allen sozialrechtlichen Fragen, Beratung von Angehörigen und anderen Hilfspersonen, bei der eigenen Haushaltsorganisation, Gesundheitsfürsorge, Einleitung erforderlicher ärztlicher Behandlungen bis hin zur Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens wird geleistet. Die am Einzelfall orientierte Betreuung wird überwiegend im unmittelbaren Wohnbereich der Betroffenen geleistet, kann jedoch Gruppenaktivitäten einschließen.

Die Betreuung umfasst je nach individueller Situation zwei bis mehrere Stunden pro Rehabilitand und Woche, darüber hinaus gibt es regelmäßige Sprechstunden pro Woche sowie eine fachärztlich betreute Patienten-/Rehabilitandenbesprechung, in der auch über Aufnahme und Entlassung aus dieser Maßnahme entschieden wird. Die Gesamtmaßnahme steht unter Leitung des Chefarztes der Klinik. Ziel des betreuten Wohnens ist das Erreichen bzw. die Wiederherstellung der Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln sowie der psychosozialen beruflichen Reintegration in unsere

Gesellschaft. Je nach Einzelfall ist sowohl eine kurz- als auch langfristige Betreuung möglich. Schwerpunkt der Arbeit ist das aufsuchende betreute Einzelwohnen.

Komplettiert wird das Angebot durch ein stationäres soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige, das im Einzelfall auch mehrfachabhängigen komorbiden Alkoholabhängigen zur Verfügung steht [14].

7.2 Institutsambulanz

Die Institutsambulanz der Psychosomatischen Klinik wird von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet, darüber hinaus arbeiten in der Ambulanz psychiatrisch erfahrene Pflegekräfte und Mitarbeiter mit abgeschlossener psychotherapeutischer Zusatzausbildung mit. Die Ambulanz ist werktags ganztägig geöffnet mit offenen Sprechstunden, die sich an den Öffnungszeiten niedergelassener Ärzte orientieren. Die Behandlung in der Institutsambulanz erfolgt entweder auf Überweisung durch einen niedergelassenen Kassenarzt oder direkt in der Ambulanz, welche in diesem Fall die hausärztliche Funktion übernimmt. Die Arbeit in der Ambulanz umfasst die vollständige

psychiatrische Diagnostik und Behandlung, tiefenpsychologisch fundierte und analytische sowie verhaltenstherapeutische Psychotherapie gemäß den Psychotherapierichtlinien bei multiprofessionellem Arbeitsansatz [11].

Ein zentrales Anliegen ist die Behandlung, Beratung und Betreuung nicht nur des Rehabilitanden, sondern auch seines sozialen Umfeldes, insbesondere der Angehörigen und weiterer Bezugspersonen, einzeln und in der Gruppe. Weitere Schwerpunkte sind die Unterstützung bei der Verringerung oder Kompensation sozialer Defizite und psychischer Störungen mit dem Ziel der Rückfallvermeidung durch vor allem übende soziotherapeutische und ergotherapeutische Behandlungen. Die Koordination von Behandlungs-, Beratungs- bzw. Betreuungs- und pflegerischen Maßnahmen Dritter (insbesondere niedergelassener Ärzte und sozialer Dienste, also vor allem Beratungsstellen) ist entscheidend für die Sicherstellung des Behandlungserfolges.

Die Arbeit im Rahmen der Institutsambulanz umfasst Leistungen der medizinischen Behandlung oder Rehabilitation, nicht jedoch Maßnahmen allgemeiner sozialer, pädagogischer oder psychosozialer Art im Rahmen der allgemeinen sozialen Rehabilitation. Intensität der Behandlung und Betreuung sowie deren Umfang sind entsprechend den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Rehabilitanden ausgerichtet, die Arbeit erfolgt unter kontinuierlicher externer Supervision.

Die Rehabilitanden bzw. Patienten können über die Institutsambulanz sowohl vor als auch nach der Entwöhnungsbehandlung betreut und behandelt werden.

7.3 Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist seit ihrem Bestehen mit den anderen Institutionen des Sucht- und Drogenhilfesystems der Region vernetzt und hat diese Kooperation schrittweise mit Erweiterung des Indikationsspektrums, Ausbau der Klinikangebote, insbesondere Übernahme der regionalen Pflichtversorgung für Drogenabhängige sowie Eröffnung der Institutsambulanz kontinuierlich weiterentwickelt und vertieft.

In der Region nimmt die Klinik regelmäßig teil an den psychosozialen Arbeitsgemeinschaften in Köln und dem Rheinisch-Bergischen Kreis, den Arbeitskreisen für substituierende Ärzte in Köln und dem Rheinisch-Bergischen Kreis, in denen jeweils alle mit diesem Behandlungsangebot verbundenen Institutionen und Berufsgruppen einschließlich Beratungsstellen und Gesundheitsamt zusammenarbeiten und am regionalen Arbeitskreis zur betrieblichen Suchtberatung. Mit allen regionalen Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken bestehen kontinuierlich gute Arbeitsbeziehungen. Sowohl bezüglich der Forschungsprojekte im Bereich der Suchtversorgung als auch des Masterstudiengangs Suchttherapie bestehen enge Kontakte mit der Katholischen Hochschule Köln.

Die Klinik ist Mitglied im Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger NRW“, dem alle Kliniken in NRW sowie einzelne anderer Bundesländer, welche dieses Behandlungsangebot vorhalten, zusammenarbeiten, dem buss-Verband, insbesondere dem buss-NRW (der landesweiten Arbeitsgruppe der im buss-Verband organisierten Reha-Kliniken), dem Arbeitskreis Sucht Nordrhein, in dem die im Landesteil Nordrhein in die psychiatrische Pflichtversorgung Suchtkranker integrierten psychiatrischen Kliniken zusammentreffen, dem Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz, in dem sich auf Bundesebene alle in die psychiatrische Pflichtversorgung Suchtkranker einbezogenen psychiatrischen Kliniken regelmäßig treffen und der deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchthilfe).

Darüber hinaus ist die Klinik faktisch vernetzt mit der DGPPN, der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie, der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin über die persönlichen Mitgliedschaften des Chefarztes, der Oberärzte und des therapeutischen Leiters der Alkohol-Reha-Abteilung. Kooperationen bestehen mit allen Ausbildungsinstituten für psychologische und nichtpsychologische Psychotherapeuten der Region.

Mit der Drogenhilfe Köln und dem SKM Köln (DICV Köln) besteht seit 2010 ein Trägerbündnis für arbeitssuchende Drogenabhängige, das mit dem Jobcenter Köln eine Vereinbarung zur besseren Versorgung und Betreuung dieser Personengruppe abgeschlossen hat. 2014 ist der Trägerverbund in Kooperation mit dem Jobcenter Köln erweitert worden und umfasst nun alle Beratungsstellen für arbeitssuchende Konsumenten legalisierter und illegalisierter Suchtstoffe (Drogenhilfe Köln e. V.,

SKM / Caritas Köln, Blaukreuz Köln, Diakonie Köln) sowie die PSK. Im Rheinisch-Bergischen Kreis bestehen analoge Kooperationen, allerdings nicht in vertraglicher Form. Unterstützung durch Wirtschaftsunternehmen gibt es nicht.

Eine Übersicht über die bestehenden Kooperationsverträge gibt 14.6 Kooperationsverträge.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Fachgerechte und rehabilitandenorientierte Durchführung der medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) erfordert einen ständigen innerklinischen Prozess zur Überprüfung der erreichten Qualität und Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts entsprechend den sich verändernden Bedingungen der Rehabilitanden und des Gesundheits- und Sozialsystems.

Das Konzept integriert die relevanten Leitlinien (siehe 4.1.4).

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlung und der Weiterentwicklung des Konzepts dient in erster Linie das in der Klinik etablierte interne Qualitätsmanagementsystem, schriftlich (zusammengefasst im QM-Handbuch und konkretisiert durch Prozesslandkarte und Prozesse) mit seinen zahlreichen Instrumenten (z. B. Dokumentation, Qualitätszirkel, Befragungen, Beschwerde- nun Fehlermanagement, Audits, Managementbewertungen, u. a. m.) [106, 107]. Das QM-System der PSK berücksichtigt auch die unterschiedlichen Anforderungen des Gesetzgebers für die Bereiche Akutversorgung und Rehabilitation [108].

Input zur Weiterentwicklung des Konzepts kommt auch von außen:

Zunächst durch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung [109] (Bewertungen im Peer Review-Verfahren, Auswertungen zu Leistungsmengen (KTL), Angaben zur Rehabilitandenstruktur und zum sozialmedizinischen Verlauf, Zufriedenheitsratings aus Rehabilitandenbefragungen, Daten zur Strukturqualität, Rückmeldungen zum Erfüllungsgrad von Reha-Therapiestandards).

Darüber hinaus sind Mitarbeiter aller Ebenen durch Vernetzung in Berufs- und Fachverbänden, durch Teilnahme an Fortbildungen und Kongressen, durch Mitarbeit in regionalen und überregionalen Arbeitskreisen und Gremien auf dem aktuellen Stand der medizinisch-psychotherapeutischen Erkenntnisse und der fachwissenschaftlichen Diskussion. Der Chefarzt der Klinik ist Mitherausgeber einer wissenschaftlichen Suchtfachzeitschrift [110]. Neue Erkenntnisse fließen so in die Überarbeitung der Konzepte ein.

Die Klinik ist Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss) und Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchthilfe e. V. (deQus) und nimmt seit Beginn an den Maßnahmen zu Qualitätssicherung und -management der deQus teil [111].

Der Chefarzt und der Abteilungsleiter der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger haben eine Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten gemäß Anforderungen der Bundesärztekammer. Der Prozess der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wird in enger Abstimmung mit der Klinikleitung über die QM-B-Gruppe organisiert, die von dem Leiter der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Alkoholabhängiger, dem Oberarzt der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation Drogenabhängiger sowie dem Oberarzt der Akutabteilung gemeinsam gebildet wird.

Seit 2006 arbeitete die Klinik in der Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ) mit. Nach Selbst- und Fremdbewertung wurde die gesamte Klinik 5/2007 und 5/2010 nach KTQ-Reha [112] extern zertifiziert. 7/2012 erfolgte die Zertifizierung nach KTQ-Reha v1.1 [113] einschließlich BAR-Qualitätskriterien [114].

12/2017 wurde die gesamte Klinik nach DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert [115], 12/2017 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015/2015 der Reha-Bereich (A- und D-Abt.) zusätzlich nach QM-Kultur-Reha Version 3.0 einschließlich BAR-Qualitätskriterien [116], sodass die Voraussetzungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX erfüllt sind.

9. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation

Ärztlicher und therapeutischer Leiter der Gesamtklinik ist der Chefarzt, die Leitung der Klinik besteht aus Geschäftsführer, Chefarzt und Pflegedienstleitung.

Die Drogenentwöhnungsabteilung (D-Abt.), also Haus Lindscheid einschließlich der adaptiven Phase, wird therapeutisch und organisatorisch von dem zuständigen Oberarzt geleitet.

An der monatlichen Abteilungsleiterkonferenz der Klinik nehmen ein Vertreter der Geschäftsführung, Chefarzt und Pflegedienstleiter, die abteilungsleitenden Oberärzte bzw. der therapeutische Abteilungsleiter der Alkoholentwöhnungsabteilung sowie die Leiter der komplementären Bereiche teil; sie erörtern organisatorische, personelle und strukturelle Themen, Prozesse und Herausforderungen der Klinik.

In den täglichen Teamsitzungen erörtern die Mitarbeiter die verschiedenen therapeutischen Bereiche wochentags jeweils getrennt in Haus Lindscheid und der adaptiven Phase auf dem Gelände der Hauptklinik die therapeutischen Prozesse bezüglich der aktuellen Rehabilitanden, Neuaufnahmen, organisatorisch Fragen sowie jeweils ein bis zwei Falldarstellungen unter Leitung des Oberarztes oder Chefarztes.

Vertiefte Fallbesprechungen werden regelhaft zur Reflexion des Therapieprozesses in den Supervisionen im Anschluss an die Teamsitzung sowie im selben Rhythmus zwischen den jeweiligen Supervisionsterminen unter oberärztlicher Leitung durchgeführt.

Das Patientenarchiv befindet sich auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach, es ist abgeschlossen und nur für Mitarbeiter zugänglich.

10. Notfallmanagement

In der Adaption ist tagsüber stets die Anwesenheit von Mitarbeitern gewährleistet. Der Tagesdienst endet mit der Übergabe an den Spät-/Nachtdienst der Alkoholabteilung, der von Pflegehilfskräften (überwiegend studentischen Mitarbeitern) übernommen wird.

Bei medizinischen Notfällen ist der Stationsarzt zu informieren, der nach persönlicher Abklärung des Notfallgeschehens die weiteren erforderlichen Maßnahmen einleitet und die Indikation stellt, inwiefern eine Weiterbehandlung in der Klinik, eine Verlegung oder die Hinzuziehung des Notarztes erforderlich ist. Der Oberarzt ist stets zeitnah zu informieren zwecks fachärztlicher Abklärung. Grundsätzlich ist jeder Mitarbeiter berechtigt und verpflichtet, bei Auftreten eines medizinischen Notfallgeschehens unmittelbar den Stationsarzt und Oberarzt zu informieren oder einen externen Notarzt.

Bei nichtmedizinischen Notfällen sind der Stationsarzt und Oberarzt direkt zu informieren sowie die für die jeweilige Problemstellung zuständigen Mitarbeiter:

- Ø bei hygienischen Notfällen der Pflegedienst, der hygienebeauftragte Arzt und Hygienebeauftragte der Klinik,
- Ø bei nichtmedizinischen Notfällen z. B. hinsichtlich der Stromversorgung der Stations- und Oberarzt sowie Technische Dienst der Klinik,
- Ø im Falle eines Brandes der zuständige Oberarzt und Brandschutzverantwortliche sowie die Feuerwehr.

Näheres ist in der Prozessbeschreibung Notfallmanagement geregelt (siehe 14.7.5).

11. Fortbildung

Fallzentrierte externe Supervision unter Leitung eines vom Träger unabhängigen Supervisors wird 14-tägig durchgeführt. Darüber hinaus findet 3-wöchentlich eine fachübergreifende klinikinterne Fortbildungsveranstaltung (ca. 90 Minuten) für alle Mitarbeiter der therapeutischen Stations- und Abteilungsteams der Klinik statt.

Der Chefarzt ist weiterbildungsermächtigt für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie (zwei Jahre) und MI-Trainer (MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers, das von William Miller und Steven Rollnick, den Vätern des Konzepts Motivational Interviewing, gegründete internationale Trainernetzwerk).

Über die fachlichen Schulungen hinaus werden alle Mitarbeiter regelmäßig geschult in Erster Hilfe, Hygiene, Brandschutz und Arbeitssicherheit.

12. Supervision

Die von einem externen von der Klinik unabhängigen Supervisor durchgeführte Supervision ist verpflichtend für alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams und wird 14-tägig schulenübergreifend fallbezogen durchgeführt (Dauer ca. 90 Minuten).

Die interne Supervision (Intervision) wird kontinuierlich einzelfall- und therapieprozessbezogen von Oberarzt oder Chefarzt durchgeführt. Der jeweilige Einzel-/Gruppentherapeut trägt Anamnese, ICF-Status und den aktuellen Therapieplan vor unter Ergänzung, Einbeziehung und ggf. Korrektur seitens des Stationsarztes und der handlungsorientierten Therapeuten.

Kontinuierlich, in der Regel 14-tägig, werden alle Rehabilitanden im Rahmen interner Fallbesprechungen hinsichtlich therapeutischer Entwicklungen, etwaiger Konflikte, sich abzeichnender und aktueller Problemlagen und Veränderungen besprochen. Ziel ist die konkrete Reflexion der aktuellen Entwicklung des Rehabilitanden im Rahmen des therapeutischen Prozesses einschließlich Klärung und konkreter Umsetzung erforderlicher therapeutischer Interventionen.

13. Hausordnung / Therapievertrag

13.1 Haus Lindscheid (Entwöhnungsbehandlung)

Sind dem Gesamtkonzept der D-Abt. zu entnehmen.

13.2 Hauptklinik Bergisch Gladbach

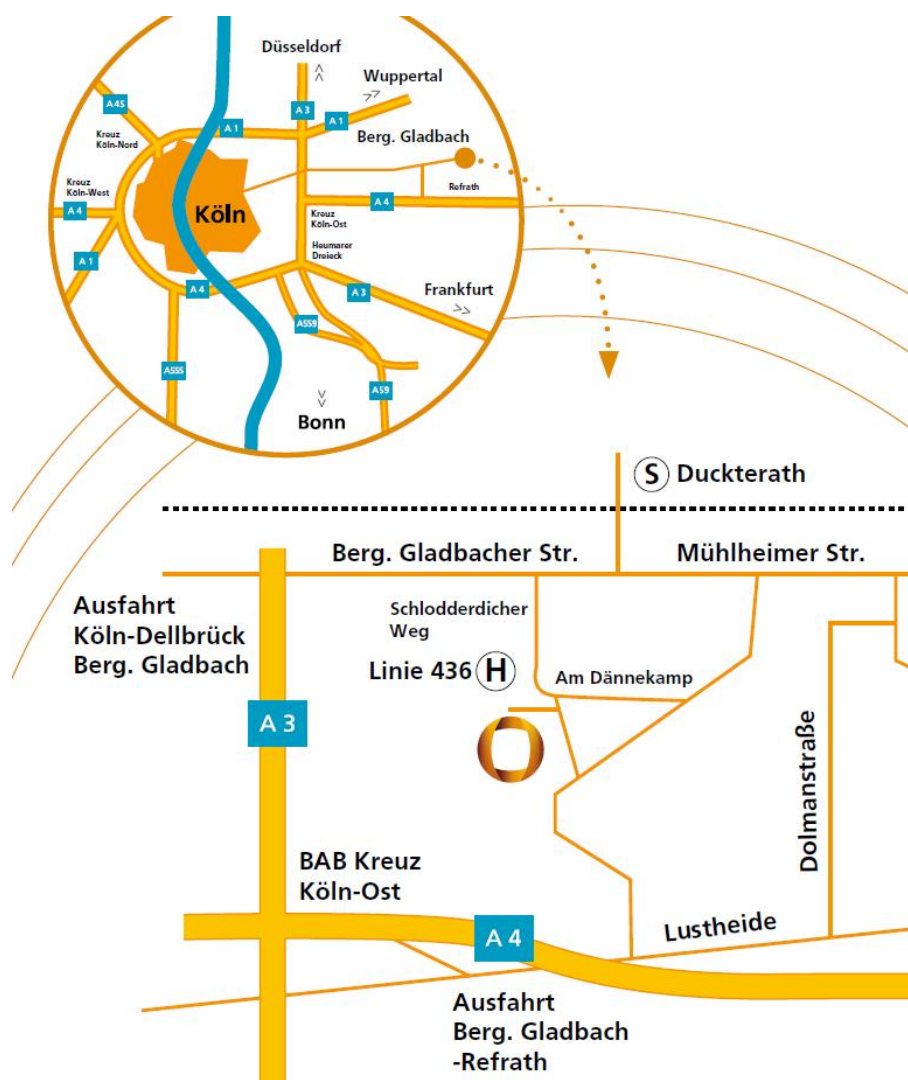
13.2.1 Adaptive Behandlungsphase: Lage der Klinik / Anfahrt

Lage der Hauptklinik / Anfahrt

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (Hauptklinik) liegt an der Stadtgrenze zwischen Bergisch Gladbach und dem Kölner Stadtteil Dellbrück in einem waldreichen Naherholungsgebiet.

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach
Schloderdicher Weg 23 a
51469 Bergisch Gladbach
Tel.: 02202/206-0

Zur Groborientierung: Autobahn A3, Abfahrt „Köln-Dellbrück / Bergisch Gladbach“, auf der „Bergisch Gladbacher Str.“ in Richtung Bergisch Gladbach fahren, immer geradeaus der Straße folgen, nach Ortseingangsschild Bergisch Gladbach 1. Ampel rechts auf den „Schloderdicher Weg“ abbiegen (ab dort ist ausgeschildert), nach 400 m wieder rechts, nach 100 m erneut rechts abbiegen.



13.2.2 Adaptive Behandlungsphase: Therapievertrag

Therapievereinbarung

zwischen der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach (adaptive Phase) und

Frau / Herrn _____

Die adaptive Phase ist die letzte Phase der stationären Entwöhnungsbehandlung; Schwerpunkte dieser Therapiephase sind:

- Ø Arbeitstherapie und die Arbeitsbelastungserprobung speziell durch Praktika,
- Ø gegebenenfalls versuchsweise Schulbesuch bzw. Schulvorbereitung,
- Ø Erprobung der eigenverantwortlichen Lebensgestaltung und Selbstständigkeit unter fortgesetztes Abstinenzverhalten nach den bisherigen Kriterien der Entwöhnungsbehandlung,
- Ø Einzel- und Gruppentherapie als begleitende Maßnahme.

Ich werde mit dem Tag der Verlegung die vorgenannten Ziele anstreben und verpflichte mich, die folgenden Grundregeln, die für ein therapeutisches Klima Voraussetzung sind, einzuhalten:

1. Die Hausordnung der adaptiven Phase in der jeweils gültigen Fassung.
2. Teilnahmepflicht am Wochentherapieprogramm einschließlich Arbeitsprogramm bzw. an einem Praktikum, ferner an den Therapiegruppen und der Einzelpsychotherapie.
3. Der Praktikumsstelle muss bei Antritt des Praktikums der Aufenthalt in der Klinik mitgeteilt sein.
4. Thematisierung aller wichtigen Ereignisse, Erlebnisse, Beziehungen und z. B. Drogenrückfälle, die mich selbst oder Mitpatienten der adaptiven Phase betreffen. Wichtig ist all das, was das therapeutische Klima im Haus und den therapeutischen Prozess eines jeden Einzelnen gefährdet.
5. Ich verpflichte mich, die therapeutischen Grundregeln einer Psychotherapie, im Besonderen die gebotene Schweigepflicht gegenüber Außenstehenden, einzuhalten.

Verstöße gegen diesen Vertrag können den Ausschluss bzw. die Entlassung aus der Klinik zur Folge haben.

Bergisch Gladbach, den _____

gelesen und anerkannt

(Mitarbeiter/-in der Klinik)

(Unterschrift Patient/-in)

13.2.3 Adaptive Behandlungsphase: Grundregeln der stationären Behandlung (Hausordnung)

Die Regeln der stationären Behandlung sind eine wesentliche Grundlage für die Zusammenarbeit zwischen Ihnen als Patient und uns als Mitarbeiter und damit für Ihre Behandlung. Sie können von uns erwarten, dass wir Ihnen respektvoll entgegenzutreten; ebenso erwarten wir von Ihnen, dass Sie uns und Ihren Mitpatienten ebenfalls respektvoll begegnen.

Die Regeln im Einzelnen:

1. Aktive Teilnahme am Behandlungsprogramm. Nichtteilnahme an einzelnen Angeboten setzt voraus, dass Sie sich rechtzeitig an die Mitarbeiter wenden und nach Rücksprache mit bzw. Untersuchung durch den Arzt von diesem befreit werden und die zuständigen Gruppentherapeuten der betreffenden Therapieeinheiten informieren.
2. Verzicht auf alle psychoaktiven Substanzen (alle Suchtstoffe, ob legal wie Alkohol oder illegal wie Heroin) sowie Medikamenten, welche nicht ärztlich verordnet sind. Das schließt den Verzicht auf Erwerb, Konsum, Handel etc. ein sowie den Verzicht auf alle Materialien und Werkzeuge, die zum Zubereiten und Konsum erforderlich sind.
3. Verzicht auf jegliche Form von Gewaltandrohung, -ausübung und Erpressung.
4. Rauchen bzw. Konsum von Tabakprodukten jeder Art ist nur außerhalb des Klinikgeländes unter dem Schleppdach möglich. Aus feuerpolizeilichen Gründen sind wir verpflichtet, das Einhalten dieser Vorschrift sicherzustellen.
5. Private Außenkontakte außerhalb der Therapiezeit (wochentags von 16:00 bis 22:00 Uhr) möglich unter der Voraussetzung, dass
 - Ø keine drogen-/medikamenten-/alkoholkonsumierenden Besucher empfangen werden,
 - Ø Erstbesuche den Mitarbeitern vorgestellt werden und die Besucher im Besuchsbuch mit Uhrzeit eingetragen werden.
 - Ø Besuch von Patienten der ersten bis dritten Behandlungsphase (Dabringhausen) an Wochenend- oder Feiertagen ist bei den Mitarbeitern schriftlich zu beantragen.
6. Die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen, begonnen und beendet. Ausnahmen, die sich aufgrund der Arbeitszeiten im Praktikum ergeben, bedürfen der Rücksprache mit den Mitarbeitern.
7. Intensive Intimbeziehungen untereinander sind sowohl für die Behandlung der unmittelbar betroffenen Patienten als auch die gesamte Gruppe problematisch. Wir erwarten von Ihnen, dass Sie während der stationären Behandlung keine sexuellen Beziehungen, Intimkontakte etc. zu Mitpatienten beginnen. Anderenfalls wird die Fortsetzung Ihrer Behandlung erheblich belastet und unter Umständen völlig infrage gestellt.
8. Bücher, Musik etc. mit gewaltverherrlichendem, menschenverachtendem, militaristischem Inhalt sind ebenso wenig gestattet wie Propagierung von Drogenkonsum.
9. Die Aufbewahrung und der Umgang mit Wertgegenständen, Geld etc. welches Sie mitbringen oder erhalten, sind grundsätzlich in enger Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst zu regeln.
10. Kontrollen zur Sicherstellung der Drogenfreiheit in der Entwöhnungsbehandlung (vor allem Urinkontrollen und Durchsuchen der Kleidungsstücke und Wertsachen) werden mehrfach ohne Vorankündigung während der Behandlung durchgeführt. Wir erwarten dabei Ihre aktive Unterstützung.

Wenn Sie nach 21:00 Uhr einem Drogenscreening unterzogen werden, müssen Sie sich - falls Sie Probleme haben - unaufgefordert am nächsten Morgen um 7:00 Uhr zur Abklärung melden.

11. Grundsätzlich gilt, dass Sie bei Regelverstößen mit Sanktionen bis hin zur sofortigen disziplinarischen Entlassung rechnen müssen. Wenn Sie gegen Regeln verstoßen und dies uns gegenüber eingestehen, bevor wir es festgestellt haben, können Sie grundsätzlich damit rechnen nicht disziplinarisch entlassen zu werden. Dies gilt auch, wenn Sie einen entsprechenden Regelverstoß eines Mitpatienten bemerken und uns rechtzeitig mitteilen.

Wir wollen, dass Sie sich während der Behandlung mit Ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen und nicht davor weglaufen. Deshalb erwarten wir von Ihnen, dass Sie sich auch um die Einhaltung der Regeln bemühen und, falls Sie bestimmte Regeln nicht einhalten, rechtzeitig und umfassend zu den Regelverstößen stehen.

12. Wir erwarten Ihre aktive Teilnahme sowohl an den einzelnen Behandlungsangeboten als auch an der Einhaltung und Entwicklung einer konstruktiven Atmosphäre, die eine fachgerechte Behandlung ermöglicht. Dazu gehört auch, dass Sie sich über Änderungen im jeweiligen Tages- und Wochenprogramm informieren und Ihre Mitpatienten darüber in Kenntnis setzen.

Über konkrete Einzelheiten des Behandlungsprogramms und -ablaufs werden Sie von den Mitarbeitern in Kenntnis gesetzt. Diese Informationen sind verpflichtend. Diesbezüglich erwarten wir auch, dass Sie sich über die aktuellen Aushänge informieren.

14. Anlagen

14.1 Literatur

1. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*. Neu Isenburg: MMI Medizinische Medien Informations GmbH.
2. Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2001). *Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001*. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). *Vereinbarung im Suchtbereich* (S. 3 - 6) (2. Aufl., 8/2013). Berlin: DRV Bund.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). (Hrsg.). (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen*. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, Heft 12. Frankfurt: BAR.
4. Deutsche Rentenversicherung (2011). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 03.12.08*. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). *Vereinbarung im Suchtbereich* (S. 31 - 52) (2. Aufl., 8/2013). Berlin: DRV Bund.
5. Hasse, H. E. & Schneider, W. (1990). *Le travail thérapeutique auprès de toxicomanes en République fédérale d'Allemagne: l'exemple d'une clinique*. In G. Broyer (Hrsg.), *Allemagne - Approche Pluridisciplinaire des Toxicomanies*. Bulletin de Liaison du Centre National de Documentation sur les Toxicomanies, Lyon (CNDT), 16, 120 - 136.
6. Schuler, W., Hasse H. E. & Schneider, W. (1992). *Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker in stationären Einrichtungen*. *Die Rehabilitation*, 31 (2), I - X.
7. Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994). *Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW*. *Psychiatrische Praxis*, 21, 13 - 18.
8. Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994). *Harm Reduction und niederschwellige Drogenhilfe in NRW - über die Anforderungen an eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger*. *Sucht*, 40 (1), 50 - 56.
9. Kuhlmann, Th., Franke, G. (2012). *Konzept für die Stationen zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger (7/2015)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
10. Kuhlmann, Th. & Schneider, W. (2015). *Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Alkohol-/Medikamentenabhängiger (7/2015)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
11. Kuhlmann, Th., Gebhardt, J. (2012). *Konzept der Institutsambulanz (10/2012)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
12. Kuhlmann, Th. (2011). *Konzept für das Betreute Wohnen (9/2011)*. PSK Bergisch Gladbach.
13. Hansen, H. B. & Theegarten, A. (2010). *Konzeption Betreutes Wohnen in der Wohngemeinschaft für abstinenten und abstinentenorientierte Suchtkranke (10/2010)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
14. Kuhlmann, Th. (2011). *Konzept für ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige (12/2011)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
15. Kuhlmann, Th. (1996). *Harm Reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit*. *Psychiatrische Praxis*, 23 (4), 157 - 160.
16. Kuhlmann, Th. (2001). *Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe*. *Sucht*, 47 (2), 131 -136.
17. Kuhlmann, Th. & Wessel, Th. (2000). *Akutbehandlung: ambulant - (teil-)stationär - qualifiziert*. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Individuelle Hilfen für Suchtkranke* (S. 163 - 174). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.

18. König, K. (1993). Möglichkeiten und Grenzen psychoanalytischer Zugangsweisen. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien* (S. 73 - 84). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
19. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2001). Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Psychotherapie*, 6 (1), 58 - 72.
20. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.). (2002). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
21. Leichsenring, F. & Streeck, U. (2014). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
22. Fürstenau, P. (1992). *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. München: Verlag J. Pfeiffer.
23. Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren* (3., erw. Neuaufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
24. Rudolf, G. (2012). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen* (3. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
25. Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
26. Rudolf, G. (2015). *Wie Menschen sind: Eine Anthropologie aus psychotherapeutischer Sicht*. Stuttgart: Schattauer.
27. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2011). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
28. Allen, J. G. & Fonagy, P. (Hrsg.). (2009). *Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch - Konzepte und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
29. Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
30. Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.) (2014). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*, (4., akt. Aufl.). Stuttgart: Schattauer GmbH.
31. Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
32. Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
33. Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3., überarb. Aufl.). Bern: Huber.
34. Arbeitskreis OPD - Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (2013). *OPD-2 - Modul Abhängigkeitserkrankungen*. Das Diagnostik-Manual. Bern: Huber.
35. Doering, St. & Hörz, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik. Konzepte, Instrumente, Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
36. Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2008). *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
37. Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2008). *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
38. Khantizan, E. J. & Alabanese, M. J. (2008). *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain*. Lanham: Rowman & Littlefield.
39. Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

40. Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130 - 145.
41. Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie* (2. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
42. Fiedler, P. (2007). *Persönlichkeitsstörungen* (6., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
43. Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie mon amour. Mythos - Fiktion - Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
44. Fiedler, P. (Hrsg.). (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Heidelberg: Springer.
45. Heigl-Evers, A. & Seidler, G. H. (1993). Die Alternität des Suchtkranken. In A. Heigl-Evers, I. Helas & H. C. Vollmer (Hrsg.), *Eingrenzung und Ausgrenzung. Zur Indikation und Kontraindikation für Suchttherapien* (S. 11 - 22). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
46. Rose, H. H. (1981). Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 8, 1 - 7.
48. Wöller, W., Krause, J. & Alberti, L. (1996). Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt*, 67, 249 - 252.
49. Wöller, W., Bernard, J., Kruse, J. & Albus, C. (2014). Supportives Arbeiten. Grundzüge supportiver Psychotherapie. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*, (4., akt. Aufl., S. 351 - 360). Stuttgart: Schattauer GmbH.
50. Kernberg, O. F. (2006). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
51. Miller, W. R., Rollnick, St. (1991). *Motivational Interviewing - Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: The Guilford Press.
52. Miller, W. R., Rollnick, St. (2002). *Motivational Interviewing - Preparing People for Change* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
53. Miller, W. R. & Rollnick, St. (2012). *Motivational Interviewing - Helping People Change* (3rd Ed.). New York: The Guilford Press.
54. Kuhlmann, Th. (2005). Motivational Interviewing und Frühintervention. *Suchttherapie*, 6, 35 - 38.
55. Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, St. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
56. Rollnick, St., Miller, W. R. & Butler, Ch. C. (2012). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen: Core Skills für Helfer*. Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
57. Kuhlmann, Th. & Bischof, G. (Hrsg.). (2012). Motivational Interviewing [Themenheft]. *Suchttherapie*, 13, 107 - 131.
58. Wagner, Ch. C. & Intersol, K. S. (Eds.). (2013). *Motivational Interviewing in Groups*. New York: The Guilford Press.
59. Andresen, S., Koreuber, M. & Lüdke, D. (Hrsg.). (2009). *Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar? Interdisziplinärer Dialog zur „Modernisierung“ von Geschlechter- und Gleichstellungspolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
60. Deck, R., Glaser-Möller, N. & Kohlmann, Th. (Hrsg.). (2012). *Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen*. Lage: Lippe Verlag.
61. Spitzer, M. (2007). *Lernen - Gehirnforschung und die Schule des Lebens* (3., korr. Nachdruck). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
62. Schuntermann, M. F. (2013). *Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen* (4. überarb. Aufl.). Landsberg: ecomed Medizin.

63. Havemann-Reinecke, U., Küfner, H., Schneider, U., Günthner, A., Schalast, N. & Vollmer, H. C. (2004). AWMF Leitlinie: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opiode. *Sucht*, 50 (4), 226 - 257.
64. Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., Schneider, U. & Tossmann, P. (2004). AWMF Leitlinie: Cannabis-bezogene Störungen. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 72 (6), 318 - 329.
65. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation*. (Stand 1/2011). Berlin: DRV Bund.
66. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2014). *KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015* (6. Aufl.). Berlin: DRV Bund.
67. Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). (1994). *Comorbidität - Therapie von psychischen Störungen nach Sucht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
68. Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hrsg.). (1994). *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verarbeitung, therapeutische Ansätze* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
69. Kuhlmann, Th. (2003). *Anmerkungen über den therapeutischen Umgang mit aggressivem Verhalten am Beispiel der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach*. Dortmund-Hemeraner-Tage (unveröffentlicht).
70. Mentzos, St. (2002). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
71. Mentzos, St. (2013). *Lehrbuch der Psychodynamik: Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen* (6. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
72. Kuhlmann, Th. & Morjan, A. (1996). Die Schizophrenie - zum Verständnis der Krankheit und der Erkrankten. *Psych. Pflege Heute*, 2 (4), 230 - 236.
73. Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapie mit psychotischen Menschen*. Berlin: Springer-Verlag.
74. Kuhlmann, Th. (2014). Substitution im ambulanten und stationären Setting. *Sucht Aktuell*, 2014 (2), 60 -62.
75. Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger. *Deutsches Ärzteblatt*, 2002, Heft 21, S. 1218 - 1222.
76. Weber, K. H. (1996). *Erfahrungen und Ergebnisse des Modellprojekts zur medizinischen Rehabilitation nicht-substituierter und übergangsweise substituierter Drogenabhängiger aus den Jahren 1996 bis 2000*. Ascheberg-Herbern, Release.
77. Körkel, J. & Schindler, Chr. (1999). Ziele und Zielvereinbarungen in der Suchtarbeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Suchtbehandlung: Entscheidungen und Notwendigkeiten* (S. 175 - 196). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
78. Körkel, J. (2000). Vom Sollen und Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. *Abhängigkeiten*, 6 (1), 5 - 25.
79. Rost, W.-D. (2009). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Therapie, Diagnostik, Behandlung*. (um ein aktuelles Vorwort erweiterte Neuauflage). Gießen: Psychosozial-Verlag.
80. Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983). *Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
81. Beyer, H. (1990). Die Individualisierung der Suchttherapie aus Sicht der Kosten- und Leistungsträger. In M. Heide (Hrsg.), *Individualisierung der Suchttherapie* (S. 105 - 109). Saarbrücken-Scheid: Verlag Rita Dadder.
82. Sonntag, D. & Künzel, J. (2000). Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluß auf den Therapieerfolg? *Sucht*, 46 (Sonderheft 2), 92 - 176.

83. Klos, H. & Görgen, W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
84. Lindenmeyer, J. (2009). Rückfallprävention. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*, Band 1 (3., vollständig bearbeitete und erweiterte Aufl., S. 721 - 742). Berlin: Springer Verlag.
85. Körkel, J., Wernado, M. & Wohlfarth, R. (Hrsg.). (1995). *Stationärer Rückfall - Ende der Therapie? Pro und Contra stationärer Rückfallarbeit mit Alkoholabhängigen*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
86. Körkel, K. (Hrsg.). (2008). *Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer* (3. Aufl.). Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.
87. Birk T, Kröger C. (2010). *Rauchfrei nach Hause!?* - Kursleitermanual der Klinikversion des Rauchfrei Programms. München: IFT Institut für Therapieforschung,
88. Senf, W. & Broda, M. (2011). *Praxis für Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.
89. Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie* (2., erw. Aufl.). Wien: Springer.
90. Klein, M., Quinten, C. & Roeb, W. (Hrsg.). (1992). *Abhängigkeit, Sucht, Beziehung. Beziehungs- und Interaktionsverhalten im Suchtkontext*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
91. Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.). (2000). *Krisenintervention in der Psychiatrie* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
92. Fuchs, P. (2000). *Ergotherapie im Suchtbereich. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. (2. Aufl.). Dortmund: verlag modernes leben.
93. Schallenberg, H. (1996). Wiederherstellung der Berufsfähigkeit im Rahmen medizinischer Rehabilitation. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?* (S. 133 - 140). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
94. Beyer, H. (1996). Rehabilitationsstrategie zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit. In Fachverband Sucht e. V. (Hrsg.), *Sucht und Erwerbsfähigkeit. Wie erfüllen Rehabilitationseinrichtungen ihren Auftrag?* (S. 100 - 112). Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.
95. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). *Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung* (7., aktual. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
96. Miro GmbH. (Hrsg.). (o. J.). *MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit)*. [Verfügbar unter <http://www.melba.de/melba/index.html>; zuletzt abgerufen 01.07.15].
97. Streibelt, M, Gerwin, H, Hansmeier, T, Thren, K & Müller-Farnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. *Die Rehabilitation*, 46, 266 - 275.
98. Petzold, H. G. & Orth, I. (Hrsg.). (2007). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie*. (4. unveränderte Aufl.). Bielefeld: Aisthesis Verlag.
99. Deimel, H. & v. d. Schoot, P. (1988). *Sport in der Rehabilitation Alkoholkranker. Einwurf eines didaktisch-methodischen Konzepts; Ergebnisse und Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt des Kultusministers des Landes NRW*. Frechen: vgr, Verlags Gesellschaft Ritterbach.
100. Bös, K. & Wydra, G. (2002). Fitness-Basis-Test. Aussagekraft und Praktikabilität eines einfachen, funktionsorientierten motorischen Tests. *Gesundheitssport und Sporttherapie*, 18, 196 - 201.
101. Niggehoff, St. (2003). Klettern als erlebnispädagogisches Medium in der Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger. *Praxis für Psychomotorik*, 28, 191 - 195.

102. Deimel, H. & Niggehoff, St. (2015). Abhängigkeitserkrankungen. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.). *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 212 - 223). Stuttgart: Schattauer.
103. Niggehoff, St. (2015). Therapeutisches Felsklettern und Erlebnispädagogik in einer Klinik für Abhängigkeitserkrankungen. In A.-C. Kowald & A. K. Zajetz (Hrsg.). *Therapeutisches Klettern. Anwendungsfelder in Psychotherapie und Pädagogik* (S. 279 - 286). Stuttgart: Schattauer.
104. Rennert, M. (2012). *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
105. Thomasius, R. & Küstner, U. (Hrsg.). (2005). *Familie und Sucht: Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention*. Stuttgart: Schattauer.
106. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.) (2014). *QM-Handbuch v1.20* (Stand 11/2014). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
107. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.). (2013). *Audit-Checkliste v1.10* (Stand 11/2013). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
108. Schneider, W. (2010). *Anforderungen der Spitzenverbände an das interne Qualitätsmanagement der PSK. Vergleich BAR-/GKV-/GBA-Qualitätskriterien unter Berücksichtigung der DRV-Strukturanforderungen. Version 1.41*. (Stand 12/2010). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
109. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.) (2011). *Reha-Qualitätssicherung*. [Verfügbar unter http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Fachbereiche/01_Sozialmedizin_Forschung/02_reha_qualitaetssicherung/reha_qualitaetssicherung_index_node.html; zuletzt abgerufen 01.07.15].
110. Kuhlmann, Th. (2011). ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). *Suchttherapie, 1, 7*.
111. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2000). *Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie*. Kassel: deQus.
112. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2005). *KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog für den Bereich Rehabilitation, Version 1.0*. Siegburg: KTQ-GmbH.
113. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2010). *KTQ-Katalog Rehabilitation Version 1.1 mit vollständig integrierten BAR-Qualitätskriterien*. Siegburg: KTQ-GmbH.
114. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). (Hrsg.). (2009). *Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX (Stand 10/2009)*. [Verfügbar unter: <http://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/qualitaet-in-der-rehabilitation/qualitaetsmanagement-und-zertifizierung>, zuletzt abgerufen 01.07.15].
115. Deutsches Institut für Normung DIN e. V. (Hrsg.). (2015). *DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (ISO 9001:2015)* (Ausgabe 2015-11). Berlin: Beuth Verlag.
116. Jagals - Beraten Führen Umsetzen. (Hrsg.). (2011). *QM-Kultur-Reha Version 3.0* (Stand 8/2011) [siehe http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbanke_und_verzeichnisse/Zertifizierung/downloads/Liste_anerkannte_QM_Verfahren-22-10-2014.pdf, zuletzt abgerufen 01.07.15].

14.2 Grundriss der Einrichtung

Entfällt in der Internet-Fassung.

14.3 Musterwochenplan

Adaption

Therapieplan der (4.) Adaptiven Phase						
Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag
			Teamsitzung 14:00 – 15:00			
07:30 – 08:30	Frühstück und Hausdienste					
08:30 – 09:00	Morgenrunde					
09:00 – 09:15	Wochenplan- planung	Arbeitstherapie bzw. Praktikum				Gruppen- psychotherapie 09:15 – 10:30
09:15 – 10:30	Gruppen- psychotherapie					Hausreinigung bis 13:00
10:30 – 12:00	Einkäufe; Behörden- gänge					Heimfahrten; Besuchsempfang; gezielte Ausgänge sowie Freizeitaktivitäten
12:00 – 13:00	Mittagspause					
13:00 – 14:30	Arbeitstherapie bzw. Praktikum					
14:30 – 17:00	Abendessen und Küchendienste					
17:00 – 18:30	Ausgänge und Freizeitaktivitäten		ab 18:00 gemeinsame Freizeitgestalt- ung im Haus, auf dem Klinikgelände		Heimfahrten, Ausgänge oder Einkäufe	
18:30 – 22:00					Ausgänge und Freizeit- aktivitäten	
22:00 – 23:00	22:00 Rückkehr der Ausgänger		22:00 Rückkehr der Ausgänger		Heimfahrten, Ausgänge und Freizeit- aktivitäten	
ab 23:00 bzw. 24:00	Rückzug auf die Zimmer 23:00				Rückkehrzeit 23:00 Rückzug auf die Zimmer 24:00	
					Heimfahrten, Ausgänge und Freizeit- aktivitäten	
					Rückkehr der Heimfahrer 20:00	
					Rückkehr der Ausgänger 22:00	
					Rückzug auf Zimmer 23:00	

Rückkehrzeit für Probewohner ist immer 18:00 Uhr

14.4 Personalkonzept / Stellenplan

14.4.1 Soll-Stellenplan

Das multidisziplinär zusammengesetzte Team in der adaptiven Phase der Hauptklinik für die insgesamt 10 Behandlungsplätze setzt sich wie folgt zusammen:

Funktionen	Vollstellen
Chefarzt (anteilig)	
Oberarzt / Funktionsoberarzt (anteilig)	
Assistenzarzt (anteilig)	
Teilsumme:	0,30
Psychologe (approbiert)	
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagog	
Teilsumme:	1,40
Ergotherapeut / Arbeitstherapeut	
Teilsumme:	0,50
Exam. pflegerische Mitarbeiter (Tagdienst)	
Pflegedienstleitung (anteilig)	
Teilsumme:	0,40
Dipl.-Sportlehrer	
Diät-Assistent	
Insgesamt:	2,60

Die leitenden Mitarbeiter der PSK (Chefarzt, Pflegedienstleitung) sind anteilig tätig. Mitarbeiter des ärztlichen Bereitschaftsdienstes, des Wochenend-/Nachtbereitschaftsdienstes, der Verwaltung und des Sekretariats / Schreibdienstes sind in dieser Übersicht nicht berücksichtigt.

14.4.2 Aktuelle Personalstandmeldung

Die Personalstandmeldung wird kontinuierlich in aktualisierter Form entsprechend den Vorgaben der Leistungsträger diesen zugesandt (je nach Vorgabe viertel- oder halbjährlich). Dort wird auch eine evtl. Abweichung von Soll- und Ist-Stand dokumentiert.

14.5 Qualifikationsnachweise Personal

Die Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter liegen dem federführenden Rentenversicherungsträger vor und werden diesem jeweils vor Einstellung neuer Mitarbeiter zugesandt, sodass etwaige Fragen hinsichtlich der Qualifikation rechtzeitig geklärt werden können.

14.5.1 Qualifikationsnachweise Ärztlicher Leiter, Psychologen, Sozialarbeiter

Folgende Qualifikationsnachweise liegen dem federführendem Leistungsträger vor:

Ärztlicher Leiter der Klinik: Approbation, Facharzturkunde (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin), Zusatzbezeichnungen Suchtmedizinische

Grundversorgung, Verkehrsmedizin, Ärztliches Qualitätsmanagement) und weitere Zusatzqualifikationen (Peer-Schulung der DRV, MINT: Motivational Interviewing Network of Trainers etc.).

Oberarzt und Abteilungsleiter: Approbation und Facharzturkunde (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie), Zusatzbezeichnungen Suchtmedizinische Grundversorgung, Verkehrsmedizin und weitere Qualifikationen (Peer-Schulung).

Psychologen: Diplom, Approbation als psychologische Psychotherapeuten.

Einzel- und Gruppentherapeuten: Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss und suchttherapeutische Qualifikation (VDR- bzw. DRV- anerkannt).

Sozialarbeiter: Hochschul- bzw. Fachhochschulabschluss.

14.5.2 Qualifikationsnachweise sonstige Mitarbeiter

Folgende Qualifikationsnachweise liegen dem federführendem Leistungsträger vor:

Sporttherapeut, Arbeitstherapeut, hauswirtschaftliche Mitarbeiter, examinierte Krankenschwester.

14.5.3 Qualifikationsnachweise Supervisor

Diplom-Psychologe, Psychoanalytiker, approbierter Psychotherapeut, Lehrtherapeut und Supervisor der DPV (Deutsch Psychoanalytische Vereinigung) und der IPV (Internationale Psychoanalytische Vereinigung); Systemischer Therapeut, Lehrtherapeut und Lehrsupervisor (SG)-Systemische Gesellschaft, Vorstandsmitglied und Weiterbildungsleiter der APF (Arbeitsgemeinschaft für psychoanalytisch-systemische Therapie und Forschung).

14.6 Kooperationsverträge

Die Klinik hat gemeinsam mit der Drogenhilfe Köln e. V., dem größten Drogenhilfeträger in NRW und dem SKM / Caritas Köln gemeinsam einen Trägerverbund gegründet zur Kooperation mit und in Abstimmung mit dem Jobcenter Köln zwecks fachlicher Begleitung und Unterstützung drogenkonsumierender Arbeitssuchender mit dem Ziel der Integration in Erwerbstätigkeit. Darüber hinaus bestehen Kooperationsverträge mit folgenden Ausbildungsinstituten für psychologische Psychotherapeuten:

APP Köln - Akademie für angewandte Psychologie & Psychotherapie GmbH
Hauptstr. 305, 51143 Köln-Porz; Tel.: 02203/5 91 15 00

Ausbildungszentrum Dortmund
Luisenstr. 10, 44137 Dortmund, Tel.: 0231/1 65 74 65

Ausbildungszentrum Bonn
Oxfordstr. 12 - 16, 53111 Bonn, Tel.: 0228/6 29 78 92

AVT - Akademie für Verhaltenstherapie
Marzellenstr. 2 - 8, 50667 Köln; Tel.: 0221/4 24 85 70

KBAP - Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie GmbH
Wenzelgasse 35, 53111 Bonn; Tel.: 0228/9 63 81 34

KLVT - Lehrinstitut für Verhaltenstherapie Köln GmbH
Engelbertstr. 44, 50674 Köln; Tel.: 0221/2 40 25 56

und der LVR-Klinik Köln, Wilhelm-Griesinger-Str. 23, 51109 Köln.

Die weiteren intensiven und langjährigen Kooperationen mit niedergelassenen Ärzten, somatischen und psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen sind nicht in schriftliche Vertragsformen gegossen.

14.7 Einzugsgebiet (Postleitzahlen)

Das Einzugsgebiet ist überregional.

Da keine ganztägig ambulanten Behandlungen in der D-Abteilung angeboten werden, entfällt die Aufteilung nach Postleitzahlen.