

# Konzept für die Stationen zur Qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger

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 Suchtrehabilitation e. V. (deQus)
- Ø 5/2007, 5/2010 und 7/2012 zertifiziert nach KTQ-Reha Version 1.1 einschließlich BAR-Qualitätskriterien
- Ø 12/2014 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2008
- 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)

## 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

Gert Franke  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Leitender Oberarzt

## Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Eine Einrichtung der  
Klinikum Oberberg GmbH



Stand 15.06.2015

## Inhaltsverzeichnis

1.	Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in NRW .....	3
2.	Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach.....	3
2.1	Entwicklung der Klinik und aktueller Stand.....	3
2.2	Geografische Lage und praktische Ausstattung .....	4
3.	Das regionale Verbundsystem .....	4
4.	Behandlungsansatz.....	5
4.1	Behandlungsparadigma .....	5
4.2	Bio-psycho-soziales Modell nach ICF.....	7
4.3	Behandlungsziele.....	8
5.	Indikationen.....	9
6.	Kontraindikationen .....	9
7.	Therapeutisches Konzept.....	9
7.1	Behandlungsdauer .....	9
7.2	Aufnahmeverfahren.....	10
7.3	Diagnostik .....	10
7.4	Behandlungsverlauf .....	11
7.5	Die medikamentengestützte Entzugsbehandlung.....	12
7.6	Die qualifizierte Akutbehandlung im Tages- und Wochenprogramm .....	14
7.6.1	Psychiatrische Pflege und soziales Milieu .....	14
7.6.2	Bezugspersonensystem (Einzelbetreuung) .....	15
7.6.3	Gesprächsgruppe (GG).....	15
7.6.4	Gesprächsgruppe (OA/CA) .....	16
7.6.5	Sozialdienst.....	16
7.6.6	Themenorientierte Arbeitsgruppe (TZA) .....	16
7.6.7	Medizinische Gruppe (MED) .....	16
7.6.8	Sporttherapie (SP) .....	17
7.6.9	Kreatives Training (KT) .....	17
7.6.10	Patientenverantwortung im Stationsalltag .....	17
7.6.11	Betreute Ausgänge und Außenkontakte.....	17
7.7	Regeln der stationären Behandlung .....	18
8	Betreutes Wohnen .....	18
9.	Institutsambulanz .....	19
10.	Organisation und Struktur .....	20
11.	Qualitätsmanagement .....	20
12.	Literatur.....	21
13	Anhang .....	24
13.1	Lage der Klinik / Anfahrt .....	24
13.2	Grundregeln der Behandlung (Hausordnung der Akutstationen) .....	25
13.3	Wochenplan (exemplarisch Station Akut 1) .....	26
13.4	Behandlungsvertrag .....	27

## 1. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen in NRW

Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger ist ein eigenständiger Behandlungstyp im Sinne des Landesdrogenprogramms gegen Sucht (1999) mit folgender Aufgabenstellung [1]:

- ∅ Durch einen niederschweligen Ansatz eine gemeindenahere Behandlung auch derjenigen Drogenabhängigen zu gewährleisten, die von dem bisherigen stationären Angebot nicht erreicht werden können und für deren Versorgung ambulante Angebote nicht ausreichen,
- ∅ durch direkte Einbeziehung in ein regionales Verbundsystem unterschiedlicher psychosozialer Institutionen die Differenzierung und Weiterentwicklung der Drogenhilfe vor Ort zu unterstützen und
- ∅ durch ein differenziertes und individuumzentriertes Behandlungskonzept sowohl Früherkennung und -behandlung als auch Sekundär- bzw. Tertiärprävention zu ermöglichen und dadurch zur Begrenzung der aus der Abhängigkeit von illegalen Drogen entstandenen Schäden beizutragen.

Seit Mitte der 1980er Jahre sind in NRW mehrere Modelleinrichtungen, u. a. die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach als erste Klinik im Rheinland, gefördert worden, in denen mit Erfolg eine qualifizierte stationäre Akutbehandlung für Drogenabhängige unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen durchgeführt wird. Die Grundlagen dieses Behandlungsansatzes sind vom Arbeitskreis „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger NRW“ in mehreren Publikationen dargelegt worden [2, 3]. Aufgrund der positiven praktischen Ergebnisse sind akutstationäre Angebote, die auf diesem Behandlungsansatz basieren, nahezu flächendeckend in allen Krankenhausversorgungsregionen NRW geschaffen und in die regionale Basisversorgung integriert werden.

## 2. Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

### 2.1 Entwicklung der Klinik und aktueller Stand

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine psychiatrische Fachklinik für Abhängigkeitserkrankungen. Nachdem die Klinik 1980 zunächst mit einer Abteilung zur stationären Entwöhnung Alkohol- / Medikamentenabhängiger begann und 1981 eine weitere Abteilung zur stationären Entwöhnung Drogenabhängiger eröffnete, folgte 1990 eine erste Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger, zunächst als Modelleinrichtung [2, 3, 4, 5]. Aufgrund der positiven Ergebnisse dieses neuen Behandlungsansatzes wurde 1994 und 1995 je eine weitere Station zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger eröffnet. Seit dem 01.04.1994 ist die Klinik in die regionale Pflichtversorgung Drogenabhängiger für die Stadt Köln und den Rheinisch-Bergischen Kreis eingebunden.

Aktuell besteht die Klinik aus:

- ∅ drei Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger mit je 14 Betten,
- ∅ einer Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung Drogenabhängiger inklusive einer adaptiven Phase mit 40 Betten [6],
- ∅ einer Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung alkohol- und medikamentenabhängiger Patienten\* mit 40 vollstationären Betten und 6 ganztägig ambulanten Plätzen [7],
- ∅ einer Institutsambulanz für suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Patienten und deren Angehörige [8],
- ∅ einem komplementären Bereich, dem aufsuchenden Betreuten Wohnen für Abhängigkeitskranke einschließlich psychiatrischer Komorbidität, für Klienten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, Köln und angrenzenden Gebieten [9].
- ∅ eine Hausgemeinschaft „Haus am Hömel“ in Engelskirchen für Suchtpatienten mit Unterstützungsbedarf im Sinne des aufsuchenden betreuten Wohnens [10].

---

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

- ∅ ein soziotherapeutisches Wohnheim für drogenabhängige Personen mit psychiatrischer Komorbidität [11].

Während sich die Akutstationen, die Institutsambulanz und 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 Wermelskirchen-Dabringhausen an der Dhünntalsperre untergebracht.

Die Akutstationen sind in einem eigenen Gebäude untergebracht. Funktions- und Aufenthaltsräume befinden sich jeweils im Erdgeschoss, die Patientenzimmer für jeweils zwei bis drei Patienten im ersten Stock.

## 2.2 Geografische Lage und praktische Ausstattung

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

- ∅ mit den Straßenbahnlinien 3 und 18 (Richtung Thielenbruch) bis zur Haltestelle „Dellbrücker Hauptstraße“, weiter mit dem Bus 436, Richtung Bergisch Gladbach, bis Haltestelle „Schlodderdich“. Oder bis Endhaltestelle „Thielenbruch“ und ca. 10 Min Fußweg,
- ∅ aus Köln mit der S-Bahn (S11) Richtung Bergisch Gladbach bis Haltestelle „Duckterath“, von dort mit dem Bus 436, Richtung Köln-Dellbrück, bis Haltestelle „Schlodderdich“.

## 3. Das regionale Verbundsystem

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach verfügt über ein umfassendes und differenziertes Behandlungs- und Betreuungsangebot für Drogenkonsumenten, ist in die psychiatrische Pflichtversorgung Drogenabhängiger für Stadtteile Kölns und den Rheinisch-Bergischen Kreis integriert und aktiv und umfangreich mit allen Institutionen des Hilfesystems und für versorgungsrelevante Aspekte zuständige Institutionen vernetzt sowie in kontinuierlichem Kontakt (Beratungsstellen, Kosten- und Leistungsträgern, Behörden, Gesundheitspolitik).

Nach erfolgreichem Abschluss des damaligen Modellprojektes „Behandlung sofort“ (vom 01.01.1994 bis 31.12.1996) in dem die Klinik mit ihren Akutstationen entscheidend beteiligt war, ist die Option einer nahtlosen Weitervermittlung in Anschlussbehandlung und -betreuung einschließlich medizinischer Rehabilitation bei entsprechender Motivation und Ausschluss formaler Kontraindikation Bestandteil des Regelangebotes geworden (Soforthilfe für Drogenabhängige: SHD). Deshalb sind nachstehend die Ausschlusskriterien für eine entsprechende Sofortvermittlung skizziert:

- ∅ Drogenabhängige mit Wohnsitz außerhalb des Versorgungsgebietes,
- ∅ Drogenabhängige aus JVA's,
- ∅ Drogenabhängige mit offenen Strafverfahren,
- ∅ Drogenabhängige unter PsychKG,
- ∅ minderjährige Drogenabhängige,
- ∅ schwangere drogenabhängige Frauen sowie Mütter mit Kind und
- ∅ Drogenabhängige mit bereits bestehendem kontinuierlichen Kontakt zur Drogenberatungsstelle.

Kostenanträge im Sinne der Direktvermittlung werden vom Rentenversicherungsträger binnen 48 Stunden bearbeitet nach Prüfung der entsprechenden Voraussetzungen.

Trotz weiter bestehender Wartezeiten, die dem niederschweligen Ansatz des Leitgedankens der Soforthilfe zuwiderlaufen, ist die Möglichkeit der Direktvermittlung von Patienten über die Akutstati-

onen zur qualifizierten Behandlung Drogenabhängiger in eine Folgemaßnahme als bedeutende Verbesserung des Hilfsangebotes anzusehen mit der Einschränkung, dass die Entscheidung über die konkrete Langzeittherapieeinrichtung ausschließlich beim Rentenversicherungsträger liegt, eine diesbezüglich spezifische Vorbereitung auf eine bestimmte Einrichtung damit also nicht möglich ist.

## 4. Behandlungsansatz

### 4.1 Behandlungsparadigma

Der bisherige Ansatz der Drogenhilfe in NRW und bundesweit war zu Beginn der 80er Jahre durch zwei Grundsätze geprägt:

- ∅ die „KOMM-Struktur“ und
- ∅ das Abstinenzparadigma.

Ausgehend von der Überzeugung, dass Abstinenz die Voraussetzung sei für die dauerhafte Überwindung aller Aspekte der Abhängigkeit von Drogen, ob legal oder illegal, wurden alle therapeutischen Bemühungen auf die Erreichung der Drogenfreiheit als einzigem Ziel ausgerichtet.

Zur Prüfung der erforderlichen Motivation diene die „KOMM-Struktur“ der Beratungsstelle, deren Mitarbeiter sich nicht in die Szene zu den Drogenkonsumenten begaben, sondern umgekehrt von den Klienten in der Beratungsstelle konsultiert wurden und diese über einen längeren Zeitraum ambulant vorbereiten sollten auf die anschließende abstinenzorientierte stationäre Entwöhnungsbehandlung. Während in den Entwöhnungseinrichtungen differenzierte Therapiekonzepte entwickelt wurden, ist auf eine entsprechende Differenzierung im Bereich der Akutbehandlung verzichtet worden, von vereinzelt Modellprojekten abgesehen. Nach wie vor werden in Suchtkliniken oder psychiatrischen Krankenhäusern Drogenabhängige auf Stationen aufgenommen, die konzeptionell auf die Behandlung Alkohol- bzw. Medikamentenabhängiger ausgerichtet sind, oder im Bereich der Allgemeinpsychiatrie mitbehandelt. Auf diesen Stationen werden Drogenpatienten häufig mit zusätzlichen Einschränkungen gegenüber der Mitpatientengruppe konfrontiert. Vorschnelle Ausgrenzung durch unzureichend geschulte Mitarbeiter fördert wechselseitige Provokation und weckt bei beiden Seiten enorme Widerstände. Durch Fehlen drogenspezifischer Behandlungsangebote werden Abbruchtendenzen begünstigt und die Akzeptanz kurzfristiger stationärer Behandlung behindert, der therapeutische Zugang zu einer großen Zahl Drogenabhängiger damit erheblich erschwert.

Seit Mitte der 1980er Jahre sind in der Landesdrogenpolitik vielfältige Ansätze entwickelt worden, um gerade diejenigen Drogenabhängigen zu erreichen, die aufgrund permanenter Intoxikation, psychosozialer Verelendung und psychischer Labilität nicht in der Lage sind, die von „KOMM-Struktur“ und Abstinenzparadigma geprägten hochschwelligten Angebote annehmen und nutzen zu können. Die völlige Drogenabstinenz ist nicht mehr ausschließliches Ziel aller therapeutischen Maßnahmen der Drogenhilfe und auch der qualifizierten Akutbehandlung, wird jedoch als grundsätzliches Ziel beibehalten.

Um eine wesentlich größere Gruppe Drogenabhängiger als bisher zu erreichen, müssen differenzierte regionale Verbundsysteme der Drogenhilfe weiterentwickelt werden unter Einbeziehung der qualifizierten stationären Akutbehandlung. Der Unterstützung zum „Einstieg in den Ausstieg“, auch bei zunächst nur phasenweiser Distanzierung zur Drogenszene, ist dabei besonderes Gewicht beizumessen. Jede therapeutische Kontaktmöglichkeit muss genutzt werden, um die bedrohlichen Schäden, die mit der Abhängigkeit von Drogen verbunden sind, abzuwenden oder zu begrenzen, d. h. vor allem

- ∅ Prävention der HIV- und anderer Infektionen sowie rechtzeitige Behandlung bereits bestehender Erkrankungen,
- ∅ der Drogennotfall (ohne intensiv-medizinische Versorgungsnotwendigkeit),
- ∅ Ausstieg aus der Drogenkriminalität,
- ∅ Ausstieg aus der Prostitution,

- ∅ Linderung, wenn möglich Verhinderung und Überwindung der seelischen, körperlichen und sozialen Verelendung,
- ∅ Unterstützung bei der psychosozialen Integration.

Diese Ziele sind weder über ausschließlich ambulante noch über hochschwellige stationäre Angebote zu erreichen. Die Zielgruppen können wie folgt skizziert werden [2, 3, 12, 13, 14]:

- ∅ Einstieg in den Ausstieg

Überlebenssicherung und Verhinderung weiterer Verschlimmerung bestehenden Leidens sind die vorrangigen Aufgaben und Ziele der Behandlung. Grundsätzliches Ziel ist die Unterstützung und umfassende Teilhabe im gesellschaftlichen Leben zu erreichen durch psychische, somatische und soziale Integration, zunehmende Stabilisierung über mehrere Zwischenschritte im Sinne der Zielhierarchie (Risiko, Konsumformen, Kontaktstabilisierung zu professioneller Hilfe, Erarbeitung realistischer motivierender positiver Ziele etc.). Die Entwicklung eines risikoreduzierten, wenn möglich abstinenten Lebensstils ist grundsätzliches, nicht jedoch dogmatisch vorgegebenes Ziel, dementsprechend sind Fähigkeit und Motivation zu drogenfreiem Lebensstil keine Behandlungsvoraussetzung. Die Entwicklung tragfähiger Kontakte zu Drogenberatung, Institutsambulanz, Kontaktcafés etc. im Rahmen des regionalen Verbundnetzes kommt gerade bei dieser Zielgruppe, die häufig erst durch medikamentengestützte Behandlung einschließlich der Diamorphinsubstitution einen hoch riskanten Lebensstil zu überwinden und möglicherweise aus dem Drogenmilieu zunehmend herauszuwachsen vermag, besondere Bedeutung zu (s. auch Ergebnisse der Diamorphin- und der PREMOS-Studie).

- ∅ Ambivalente Ausstiegswillige

Durch eine qualifizierte Akutbehandlung sollen Drogenabhängige angesprochen werden, die aus der Szene aussteigen wollen bei noch ambivalenter Haltung. Diese Gruppe soll im Rahmen eines entsprechenden therapeutischen Angebotes gezielt in ihrer Motivationsbildung unterstützt und entweder in ambulante Betreuungs- und Behandlungsangebote eingebunden oder bei entsprechendem Behandlungsverlauf direkt auf eine anschließende Entwöhnungsbehandlung vorbereitet werden.

- ∅ Therapiewillige mit Abstinenzwunsch

Außerdem soll eine gezielte Vorbereitung auf bereits geplante und vom Kostenträger bewilligte Entwöhnungsbehandlungen für Drogenabhängige durchgeführt werden, die in der Regel über die Drogenberatungsstellen ambulant vorbereitet worden sind.

- ∅ Substituierte Drogenabhängige

Eine Substitutionsbehandlung (vorrangig mit D/L-Methadon, L-Polamidon, Buprenorphin, retardiertem Morphin oder Diamorphin) wird durchgeführt bei denjenigen Drogenabhängigen, die im Sinne einer Einzelindikation substituiert werden bei Sicherstellung der psychosozialen Betreuung und Ausschluss von Mehrfachsubstitutionen. Die Zusammenarbeit in regionalen Arbeitskreisen „Einzelfallsubstitution“ mit Einbeziehung der Drogenberatungsstellen, niedergelassener Ärzte, Ärztekammer und KV, sozialpsychiatrischen Dienst und entsprechender Fachklinik ist eine diesbezüglich entscheidende Voraussetzung. Die qualifizierte Akutbehandlung dient der stationären Einstellung zur Substitution bei gesicherter, nahtloser Fortsetzung der ambulanten Substitution (inkl. Diamorphin), der Entzugsbehandlung vom Beikonsum oder der ausschleichenden Entzugsbehandlung zur fachgerechten Beendigung der Substitutionsbehandlung.

Allgemeinpsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit bei bestehender manifester Drogenabhängigkeit bedarf fachgerechter und individuumzentrierter Behandlung und Betreuung, ist also Indikation zur Behandlung, nicht zur Ausgrenzung. Sofern massive allgemeinpsychiatrische Probleme die Drogenabhängigkeit nicht in den Hintergrund drängen, ist die Mitbehandlung dieser Aspekte auf den Stationen zur qualifizierten Akutbehandlung Drogenabhängiger eine wesentliche Voraussetzung zur Reintegration und psychosozialen Stabilisierung dieser Patienten, welche vom aktuellen Hilffssystem nach wie vor völlig unzureichend erreicht werden. Sollten die allgemeinpsychiatrischen Störungen im Rahmen unseres Behandlungssettings nicht ausreichend stabilisiert werden können, wird stets eine nahtlose Verlegung in eine allgemeinpsychiatrische Station angestrebt.

Die therapeutische Grundhaltung dieses skizzierten Behandlungsansatzes ist geprägt vom Gedanken der sozialpsychiatrisch orientierten Arbeit, basierend auf dem Leitgedanken einer psychodynamisch orientierten, tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie mit ausgeprägt verhaltenstherapeutischen Akzenten. Die Problematik der Auseinandersetzung mit defizitär gebliebenen Interaktionserfahrungen auf einer frühen Entwicklungsstufe prägt die Arbeit mit Abhängigkeitskranken. Der Entwicklung in die manifeste Drogenabhängigkeit liegt stets ein Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren zugrunde im Sinne des biopsychosozialen Modells nach Ciompi, deren konkrete Ausprägung und Bedeutung jedoch von Patient zu Patient erheblich differieren kann. Ein erheblicher Teil der Patienten weist sogenannte „frühe Störungen“ auf, bei denen Probleme der Selbst-Objektdifferenzierung und Verinnerlichung stabiler Objekte (M. Klein, O. Kernberg), der Entwicklung des Selbst (H. Kohut) und der Entwicklung sogenannter reifer Ich-Funktionen (P. Fürstenau) in unterschiedlicher Ausprägung im Vordergrund stehen. Individuumzentrierte Behandlungsangebote erfordern gerade bei diesen Patienten konkrete, am Lebensalltag des Einzelnen orientierte Hilfsangebote auf ich-nahem Niveau und damit seitens der Mitarbeiter die unmittelbare, praktisch erfahrbare Auseinandersetzung mit dem Patienten im Sinne des Prinzips „Antwort“ nach Heigl-Evers und gemäß dem Grundgedanken der therapeutischen Gemeinschaft [13, 15, 16, 17]. Therapeutische Haltung und Gesprächsführung im Sinne des Motivational Interviewing sind entscheidende Grundlage im konkreten Umgang mit den Patienten, der therapeutischen Reflexion und Auseinandersetzung mit ihren Ambivalenzkonflikten, Sorgen, Hoffnungen, Perspektiven und Erarbeitung einer konkreten und konstruktiven Anschlussperspektive im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe [18, 19, 20, 21].

## 4.2 Bio-psycho-soziales Modell nach ICF

Das therapeutische Konzept orientiert sich am bio-psycho-sozialen Modell der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit), das von der WHO entwickelt wurde [22]. 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 [23].

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

Aus diesem ganzheitlichen, bio-psycho-sozialen Denken ergeben sich der interdisziplinäre Behandlungsansatz und ein breit gefächertes Behandlungsangebot.

### **4.3 Behandlungsziele**

Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger geht über rein somatische Detoxikation weit hinaus. Sie berücksichtigt die unterschiedlichen Aspekte der Drogenabhängigkeit in ihrer spezifischen Ausprägung am einzelnen Patienten. Die therapeutischen Angebote und Interventionen müssen Informationen über und gezielte Vorbereitung auf eine nachfolgende Entwöhnungsbehandlung ebenso gewährleisten wie die Berücksichtigung alternativer Behandlungsmöglichkeiten.

Im Zentrum des Behandlungsplanes steht die Förderung und Entwicklung des Patienten in seiner Fähigkeit,

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

Folgende Aspekte sind dabei von besonderer Bedeutung:

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

Das Behandlungsziel ist die psychische, physische und psychosoziale Stabilisierung des Patienten und die Überwindung bzw. weitgehende Reduzierung ihrer bereits eingetretenen oder zu befürchtenden Schäden und Defizite.

Der Unterstützung zur Befähigung zu drogenfreiem und sinnerfülltem Leben mit - wenngleich zunächst nur passagerer - Loslösung aus dem Drogenmilieu und psychosozialer Integration kommt besondere Bedeutung zu. Die Einstellung auf Anticraving-Medikation mit psychosozialer Unterstützung ist eine Behandlungsoption. Bei fehlender oder ungenügender Ausprägung von Motivation und Fähigkeit zu drogenfreiem Leben wird die psychosoziale Stabilisierung als Voraussetzung zur späteren Überwindung der manifesten Drogenabhängigkeit angestrebt. Um tragfähige therapeutische Kontakte zu sozial desintegrierten psychisch labilen Drogenabhängigen mit häufig hoch riskanten Konsummustern zu entwickeln, kommt der Möglichkeit je nach Einzelfall auch langfristiger Substitutionsbehandlung inklusive Diamorphinbehandlung bei jenen Drogenabhängigen besondere Bedeutung zu, die keinen oder nur unzureichenden Kontakt zum Hilfesystem haben bei ausgeprägter Behandlungsbedürftigkeit.

Ziel der Behandlung ist im Sinne der Zielhierarchie stets vorrangig die Sicherung des Überlebens bis hin zu dem grundsätzlichen Ziel der umfassenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gemäß ICF, wenn möglich die Überwindung des riskanten Drogenkonsums mit der grundsätzlichen Perspektive der Abstinenz unter der Voraussetzung, dass dieses Ziel vom Patienten akzeptiert und



selbst angestrebt wird. Als unmittelbar zu erreichendes Ziel steht jedoch stets die Überlebenssicherung, psychosoziale Stabilisierung und Entwicklung tragfähiger Kontakte einschließlich möglichst nahtlos verfügbarer Anschlusslösung im Vordergrund [1, 2, 3, 13, 14, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

## 5. Indikationen

Aufgenommen werden Patienten mit folgenden Problemen:

- ∅ Manifeste Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen (Drogenabhängigkeit) wie Heroin und Kokain, Amphetamine, Ecstasy, Halluzinogene, Cannabis etc. [13, 30],
- ∅ problematischem Drogenabusus mit der Gefahr der Entwicklung manifester Abhängigkeit (im Sinne von Früherkennung und Frühbehandlung).

Voraussetzung für die Aufnahme ist:

- ∅ Bestehende Bereitschaft zu zumindest aktueller Distanzierung von der Droge und dem Drogenmilieu mit dem Ziel der psychischen, physischen oder psychosozialen Stabilisierung,
- ∅ bestehende Notwendigkeit, eine in Zusammenhang mit der Drogenabhängigkeit sich abzeichnende krisenhafte Zuspitzung (Drogennotfall) abzuwenden oder zu begrenzen inklusive Suizidprophylaxe und PsychKG.

Bestehende Kontakte zu Drogenberatungsstellen, sozialpsychiatrischem Dienst, niedergelassenen Ärzten, Selbsthilfegruppe oder anderen psychosozialen Institutionen sind wünschenswert, jedoch keine Voraussetzung. Entscheidend ist der Einzelfall.

## 6. Kontraindikationen

Nicht aufgenommen oder in andere Institutionen verlegt oder entlassen werden Patienten,

- ∅ deren somatische Erkrankungen die Behandlungsmöglichkeiten der Akutstationen überschreiten (z. B. fortgeschrittene Krankheitsstadien bei AIDS oder anderen Infektionskrankheiten),
- ∅ deren psychiatrische Erkrankungen in der aktuellen Ausprägung unter den Bedingungen der Akutstationen nicht behandelbar sind (z. B. exazerbierte floride, also akute Psychosen).

Entscheidend ist der Einzelfall.

## 7. Therapeutisches Konzept

### 7.1 Behandlungsdauer

Die angestrebte psychische, physische und psychosoziale Stabilisierung der Drogenabhängigen erfordert, dass über die somatische Detoxikation hinaus die psychischen Probleme des Entzugs, die bisherige Entwicklung in die Drogenabhängigkeit sowie die Bedeutung der Droge als spezifischem Problembewältigungsversuch therapeutisch bearbeitet werden. Die Probleme psychischer Dekompensation nach abgeschlossener Detoxikation müssen dabei ausreichend berücksichtigt werden, ebenso die erforderlichen Rahmenbedingungen, um konstruktive Ansätze zum Erlernen drogenfreier Krisenbewältigungsstrategien, das Verstehen suchttypischer Verhaltensweisen und das Aushalten innerer Spannungszustände und Belastungsgrenzen zu vermitteln und umzusetzen. Dieses Behandlungskonzept, das gerade therapeutisch bislang nicht zugängliche Drogenkonsumenten und -abhängige erreichen soll, erfordert grundsätzlich eine stationäre Behandlungsmöglichkeit bis zu sechs Wochen, um eine ausreichende psychische, physische und psychosoziale Stabilisierung zu erreichen bei Bearbeitung der drogenspezifischen Probleme und Befähigung bzw. Hilfe zu Selbsthilfe und Vermittlung in qualifizierte Nachbehandlung. Die durchschnittliche Behandlungsdauer bei regulär abgeschlossener Behandlung liegt bei zwei bis vier Wochen.

## 7.2 Aufnahmeverfahren

Die Aufnahme auf eine der psychiatrischen Akutstationen erfordert grundsätzlich eine ärztliche Einweisung und möglichst eine vorherige Kontaktaufnahme mit der Klinik zur Klärung des Aufnahmezeitpunktes entsprechend der Behandlungsbedürftigkeit des einzelnen Patienten und den Behandlungsmöglichkeiten der Akutstationen. Das bedeutet konkret:

- ∅ Bei Patienten, die aufgrund des niederschweligen Ansatzes aufzunehmen und zunächst nur zu aktueller Distanzierung vom Drogenmilieu fähig sind, sind kurzfristige Aufnahmen ohne längere Voranmeldung, in Krisensituationen auch Direktaufnahmen, erforderlich. Der konkreten Abklärung im Einzelfall unter Einbeziehung der vorbetreuenden Instanz (Drogenberatungsstelle, Kontaktladen, Methadon-Ambulanz etc.) kommt hier besonderes Gewicht zu. Die Realisierung dieses niederschweligen Ansatzes erfordert eine intensive Zusammenarbeit innerhalb des regionalen Verbundsystems einschließlich JVA und forensischer Psychiatrie [31, 32]. Hierunter sind auch Patienten zu fassen, deren Kontakt zur Drogenberatung aufgrund permanenter Intoxikation erheblich erschwert und für die eine stationäre Akutbehandlung Voraussetzung ist, um sich mit der Notwendigkeit und den Möglichkeiten zur Herauslösung aus dem Drogenmilieu real auseinandersetzen zu können [3].

Das bedeutet, dass sich für die unterschiedlichen Patientengruppen unterschiedliche Wartezeiten ergeben; Aufnahmen für Patienten außerhalb des Versorgungsgebietes sind nur in Einzelfällen möglich. Patienten, die sich zur stationären Akutbehandlung anmelden, werden über ein Merkblatt über die konkreten Rahmenbedingungen informiert.

- ∅ Bei vorliegender Leistungszusage für eine anschließende stationäre Entwöhnungsbehandlung nach ambulanter Vorbereitung wird die Aufnahme in der Regel nur nach Voranmeldung erfolgen und die Behandlung der Förderung der Motivation für die geplante Weiterbehandlung dienen,
- ∅ bei bestehendem Kontakt zu einer ambulanten psychosozialen Institution und ambivalenter Haltung zur stationären Entwöhnung ist ebenfalls Voranmeldung erforderlich, die Behandlung dient der Findung und Abklärung alternativer Betreuungs- und Behandlungsangebote. Darunter sind auch jene Bemühungen zu fassen, adäquate Hilfen für die Patienten für die Zeit nach Abschluss der Akutbehandlung zu organisieren, wenn ein kurzfristiger Übergang in eine Entwöhnungsbehandlung nicht möglich ist.

Das Aufnahmeverfahren schließt die schriftliche Einverständniserklärung zur Unterbringung auf einer geschlossenen Station, die schriftliche Anerkennung der Hausordnung sowie sowohl der körperlichen Untersuchung des Patienten als auch der gründlichen Durchsuchung seines Gepäcks und seiner Kleidung auf Drogen, Waffen etc. ein.

## 7.3 Diagnostik

Fachgerechte Abklärung des Ausmaßes der Abhängigkeitserkrankung und ihrer individuellen Ausprägung erfordert umfassende diagnostische Maßnahmen:

- ∅ Allgemeinmedizinische körperliche Untersuchung,
- ∅ ausführliches ärztliches Gespräch inklusive psychiatrischer Diagnostik und Erhebung der Suchtanamnese,
- ∅ Eigen-, Sozial- und Pflegeanamnese,
- ∅ Labordiagnostik einschließlich Drogenscreenings sowie bei Bedarf apparativer Zusatzdiagnostik (Röntgen-Thorax, EKG, EEG etc.),
- ∅ nach Indikation und Zustimmung des Patienten HIV-Test und weitere Diagnostik.

Im weiteren Verlauf

- ∅ stichprobenartige Drogenscreenings (Urinabgabe unter Sicht),
- ∅ bei Bedarf konsiliarärztliche Untersuchungen.

#### 7.4 Behandlungsverlauf

Die Einbeziehung der Akutstationen in die regionale Pflichtversorgung Drogenabhängiger und die unterschiedlichen Probleme der einzelnen Patienten erfordern eine individuelle Behandlungsplanung im Rahmen des therapeutischen Standardprogramms. Um die Entwicklung eines therapeutisch konstruktiven Binnenklimas durch strukturierte äußere Rahmenbedingungen abzusichern, wird die Station geschlossen geführt. Ein vorläufiger individueller Behandlungsplan wird nach den Ergebnissen der Aufnahmeuntersuchungen erstellt. Unter aktiver Einbeziehung des Patienten wird eine umfassende Eigen-, Sozial- und Pflegeanamnese erhoben, die auch Grundlage der frühzeitigen Erarbeitung therapeutischer Perspektiven für die Zeit nach der stationären Akutbehandlung ist. Entsprechend dem Behandlungsverlauf sind Arbeitsdiagnosen und Therapieplan zu überprüfen und unter Einbeziehung des Patienten weiter zu entwickeln oder zu verändern. Der eigentliche Behandlungsplan basiert auf dem sogenannten Standardprogramm mit der Möglichkeit individueller Abweichung im Sinne einer Binnendifferenzierung und umfasst drei eng miteinander verzahnte Teilbereiche:

- ∅ Die somatische Detoxikation einschließlich umfassender diagnostischer Abklärung somatischer Krankheiten und psychischer Störungen,
- ∅ die therapeutische Bearbeitung im Einzelkontakt und in der Gruppe (psychiatrisch und psychotherapeutisch, pflegerisch, sport- und kreativtherapeutisch) im Rahmen weitgehender Binnenorientierung,
- ∅ die Vertiefung und kritische Reflexion des therapeutischen Prozesses mit zunehmender Außenorientierung einschließlich Vorbereitung der ambulanten oder stationären Weiterbehandlung.

Die ersten beiden Teilbereiche durchlaufen alle Patienten in unterschiedlicher Dauer. Nach Abschluss dieser Behandlungsphase können Patienten entlassen werden,

- ∅ deren weitere Perspektive bereits vor der stationären Aufnahme geklärt war (z. B. anschließende stationäre Entwöhnungsbehandlung, ambulanter Nachbetreuung über Drogenberatung) oder
- ∅ die sich auf eine Intensivierung des „Einstiegs in den Ausstieg“ noch nicht einzulassen vermögen und therapeutisch nicht bzw. noch nicht weiter zugänglich sind.

Hingegen richtet sich der dritte Teilbereich vor allem an jene Drogenabhängigen, deren weitere Perspektiven aufgrund

- ∅ psychischer Labilität,
- ∅ somatischer Erkrankungen,
- ∅ psychosozialer Desintegration oder
- ∅ ausgeprägter Ambivalenz gegenüber der bevorstehenden Entwöhnungsbehandlung in erheblichem Maße gefährdet sind und deshalb eine weitergehende stationäre Behandlung erfordern wird. Grundsätzlich soll diese Phase durch verstärkte individuumzentrierte Interventionen der Stabilisierung jener Drogenabhängigen dienen, zu denen ein therapeutischer Zugang unter ambulanten Bedingungen nicht möglich ist, unter entsprechenden stationären Bedingungen aber erreicht und gefestigt werden kann. Entscheidend ist der Einzelfall.

Im dritten Teilbereich werden die eingeleiteten therapeutischen Prozesse fortgesetzt, dabei wird besonderes Gewicht gelegt auf:

- ∅ Die Förderung selbstkritischer Reflexion suchttypischer Verhaltensweisen,
- ∅ die Umsetzung alternativer Krisenbewältigungsstrategien,
- ∅ die Veränderung des Umgangs mit inneren Spannungszuständen und

∅ die Übernahme von mehr Eigen- und sozialer Verantwortung.

Grundlage der Erarbeitung dieser skizzierten Behandlungsschritte sind

- ∅ der therapeutische Einzelkontakt in interdisziplinärer Zusammenarbeit des multiprofessionell zusammengesetzten Teams und
- ∅ das gruppenorientierte therapeutische Standardprogramm im Tages- und Wochenablauf.

Dabei wird die Außenorientierung zunehmend verstärkt unter Berücksichtigung der individuellen therapeutischen Perspektive. Ziel dieses skizzierten Standardprogramms ist die Motivation und Befähigung des Patienten zu aktiver Herauslösung aus dem Drogenmilieu durch Erreichen eines sinnerfüllten drogenfreien Lebensstils. Um zu jenen Patienten, die therapeutisch bislang nicht zugänglich waren, einen tragfähigen Behandlungskontakt entwickeln zu können, ist eine Atmosphäre erforderlich, die auf die Ängste und intrapsychischen Abwehrmechanismen gerade dieser Zielgruppe Rücksicht nimmt.

Deshalb ist der Drogenentzug unter sogenannten warmen Bedingungen - also einschließlich medikamentöser Unterstützung - ein wesentliches Regelangebot für alle Patienten, jedoch keine Verpflichtung. Wer also keine entsprechende Medikamentenstützung benötigt und will, wird in diesem Bemühen entsprechend gestärkt. In der Regel werden die wesentlichen therapeutischen Problemstellungen erst mit Abschluss des körperlichen Drogenentzugs deutlich, zu jenem Zeitpunkt, der psychopathologisch geprägten Postdetoxikationsphase, in dem die Abhängigkeitskranken ihre intrapsychischen Spannungszustände, ihre innere Zerrissenheit, das Nicht-Aushalten-Können der Stimmungsschwankungen zwischen Euphorie und Dysphorie und die Probleme bei der Wahrnehmung der Realität und dem Aushaltenkönnen der zum Teil bizarr wahrgenommenen Umwelt spüren ohne den schützenden Rahmen der Drogenwirkung.

In dieser entscheidenden Behandlungsphase bedürfen die Drogenabhängigen während des psychopathologischen Postdetoxikationssyndroms besonderer Zuwendung, klarer Strukturen und eines Behandlungsrahmens, in dem sie ihre intrapsychischen Spannungen, jedoch auch ihre psychosozialen Schwierigkeiten und physischen Probleme wahrnehmen, ausagieren und bearbeiten können.

In dieser noch sehr labilen Behandlungsphase ist die Kontinuität des therapeutischen Settings, der Bezugstherapeuten und des gesamten Behandlungsrahmens unabdingbar. Bei ungünstigen und zeitlich unangemessenen Rahmenbedingungen kommt es gerade in dieser Behandlungsphase zu einer Häufung von Behandlungsabbrüchen, die letztlich den bis zu diesem Zeitpunkt erreichten Therapieerfolg gänzlich infrage stellen. Die Überwindung dieser krisenhaften Zuspitzung im Rahmen der Behandlung erfordert einen individuell sehr unterschiedlichen Zeitrahmen und ist entscheidend für die erforderliche Gesamtbehandlungsdauer. [2, 3, 10, 12, 15, 25, 26, 27].

- ∅ Die Erarbeitung einer möglichst nahtlos verfügbaren Anschlusslösung mit jedem Patienten zur Vertiefung und Stabilisierung der im Behandlungsverlauf erreichten und erarbeiteten Ergebnisse und Ziele je nach Besonderheiten des Einzelfalls (Diamorphinprogramm, Substitutionsbehandlung, Kontakt zur Beratungsstelle, Institutsambulanz, medizinische Rehabilitation, Wohnheim und/oder Arbeitsgelegenheit etc.) [1, 2, 3, 10, 12, 15, 25, 26, 27, 28, 29]. Abschluss und Sicherung einer möglichst umfassenden Teilhabe [31].

## 7.5 Die medikamentengestützte Entzugsbehandlung

Grundsätzlich steht es jedem Patienten frei, unter der Voraussetzung diagnostisch gesicherter stoffgebundener Abhängigkeit die qualifizierte Akutbehandlung mit oder ohne Medikamentenunterstützung durchzuführen. Wenn aufgrund zu erwartender Entzugskomplikationen oder psychischer Dekompensation ein Verzicht auf medikamentengestützte Behandlung die Gefahr erheblicher Beeinträchtigung, möglicherweise auch Überlastung des Patienten in sich birgt, wird jedoch ärztlicherseits mit Nachdruck zu einer medikamentengestützten Behandlung geraten. Diese Form der Behandlung steht jedem Patienten grundsätzlich ohne weitere Vorbedingung offen. Medikamentengestützte Entzugs-

behandlung bedeutet für die überwiegende Zahl der Patienten mit im Vordergrund stehender Opiatabhängigkeit die homologe Behandlung mit D/L-Methadon, grundsätzlich ist auch eine L-Polamidon- oder Buprenorphingestützte Behandlung möglich.

Die D/L-Methadongestützte Entzugsbehandlung wird so durchgeführt, dass nach Abklingen der Intoxikation und Auftreten erster leichter, jedoch eindeutiger Opiatentzugssymptome der einzelne Patient über einen Zeitraum von einem bis zu anderthalb Tagen individuell in kleinen Einzelschritten auf seine jeweilige D/L-Methadondosis eingestellt wird, welche der jeweiligen nicht stationär eingenommenen Opiatdosis entspricht. Aufgrund der wechselnden Opiatkonzentration des illegal konsumierten Heroins, der häufig unklaren Angaben über Konsum opiat- bzw. opioidhaltiger Präparate sowie individuell zu berücksichtigender physischer und psychischer Faktoren wird die Reduktionsbehandlung bei Erreichen der individuell erforderlichen homologen Methadondosis kleinschrittig durchgeführt. Behandlungsstrategie und Dosierung werden grundsätzlich mit dem Patienten besprochen. Aufgrund der kaum euphorisierenden und nicht sedierenden Wirkung des D/L-Methadons ist bei dieser Behandlungsform eine Teilnahme am gesamten Behandlungsprogramm schon binnen weniger Tage möglich mit der Besonderheit, dass quälende körperliche Entzugssymptome weitgehend vermieden werden, das emotionale Erleben und die Selbst- und Fremdwahrnehmung jedoch weitestgehend wiederhergestellt sind. Damit ist eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Patienten über seine physischen, psychischen und psychosozialen Probleme nahezu von Beginn der Behandlung an möglich. Da alle Opiate untereinander kreuztolerant sind, erstreckt sich dieses Behandlungsangebot auf Opiatkonsumenten und -abhängige, unabhängig vom konkreten Ausgangsprodukt (z. B. Heroin, Morphin, Codein etc.).

Bei ausgeprägtem Benzodiazepinmissbrauch wird der Patient auf eine adäquate Benzodiazepindosis eingestellt (in der Regel Oxazepam), die dann in Teilschritten reduziert wird. Je nach Einzelfall wird zusätzlich eine Antikonvulsivabehandlung durchgeführt zu Prophylaxe von Entzugskrampfanfällen, welche gegen Ende der Akutbehandlung wieder auf null reduziert wird.

Bei leichten Alkoholentzugssymptomen werden Benzodiazepine (i. d. R. Oxazepam) eingesetzt, bei ausgeprägter Symptomatik Distranerin. Die D/L-Methadongestützte Opiatentzugsbehandlung wird auch bei polyvalentem Drogenmissbrauch durchgeführt, da problematische Interaktionen nach Intoxikation mit erheblichen Mengen von Benzodiazepinen oder Alkohol bei medikamentengestützter Entzugsbehandlung auch dieser Abhängigkeitstypen nur in wenigen Fällen zu erwarten ist, ein Verzicht auf D/L-Methadongestützte Entzugsbehandlung wegen polyvalentem Drogenkonsum jedoch eine erhebliche, unnötige und Abbruch begünstigende Belastung der Behandlung darstellt.

Neben unterschiedlichen somatischen Komplikationen, die in zum Teil ausgeprägter Form die Behandlung beeinflussen (multiple Abszesse, Phlegmone, Hepatitiden, beginnende Pneumonien, Infektionen des Urogenitalsystems etc.) stehen funktionelle Störungen und psychische Krisen im Sinne des psychopathologischen Postdetoxikationssyndroms im Vordergrund der Behandlung. Depressive Krisen, hartnäckige Schlafstörungen, ausgeprägte innere Unruhe und körperliche Missempfindungen in unterschiedlicher Ausprägung, die nicht in direktem Zusammenhang mit der individuellen Einstellung des jeweiligen Patienten auf die entsprechende D/L-Methadondosis stehen, prägen den Behandlungsalltag in besonderer Weise. Bei gesicherter psychiatrisch begründeter Behandlungsnotwendigkeit wird die entsprechende psychopharmakologische Behandlung durchgeführt. Dabei gilt grundsätzlich, dass zunächst alternative, nicht medikamentöse Behandlungsformen erwogen bzw. angeordnet werden und erst bei deren unzureichender Wirkung Medikamente. Auch in diesen Fällen ist stets das Spannungsfeld zwischen der sich in Fixierung auf medikamentöse Stützung als einzig denkbare Hilfe äußernden Abhängigkeitsproblematik des einzelnen Patienten und der häufig erst im Entzug deutlich werdenden psychischen und psychiatrisch behandlungsbedürftigen Probleme zu berücksichtigen. Unabhängig von der jeweiligen medikamentengestützten Behandlungsform gilt, dass auch die Anordnung von Medikamenten nur Teil der Gesamtbehandlung und nie das Kernelement der gesamten Behandlung sein kann [10].

## 7.6 Die qualifizierte Akutbehandlung im Tages- und Wochenprogramm

Behandlungsplanung und -programm für den einzelnen Patienten und die Patientengruppe bewegt sich stets im Spannungsfeld zwischen den mit der Drogenabhängigkeit verbundenen psychischen, physischen und psychosozialen Aspekten im allgemeinen und den Problemen des einzelnen Patienten in ihrer konkreten Ausprägung. Grundsätzlich ist für jeden Patienten die Teilnahme am gesamten Behandlungsprogramm verpflichtend, Ausnahmen bedürfen einer ärztlichen Anordnung. Aufgrund der Komplexität der zu behandelnden Störungen und Krankheitsbilder und der Notwendigkeit eines nicht schematischen, sondern patientenorientierten, also individuumzentrierten Vorgehens stellt sich die Frage der therapeutisch begründeten Notwendigkeit der Teilnahme an einzelnen Behandlungsangeboten täglich von Neuem. Dabei ist sowohl die Dynamik der Patientengruppe als auch die besondere Situation des einzelnen Patienten zu berücksichtigen.

Im Folgenden werden die einzelnen Elemente des Tages- und Wochenprogramms dargelegt.

### 7.6.1 Psychiatrische Pflege und soziales Milieu

Die individuelle Biografie und Sozialisation der Patienten differiert ebenso wie die Dauer und Intensität des Drogenkonsums. Dennoch gilt, dass zumindest der überwiegende Teil der Patienten in erheblicher Weise von den Erfahrungen der Drogenszene, den spezifischen Bedingungen des Konsums illegaler Drogen und von den Erfahrungen psychosozialer Verelendung geprägt ist. Das mit diesen Erfahrungen verbundene tief sitzende Misstrauen, die Tendenz zum Nichtbeachten gültiger Regeln, die Tendenz zu eigener Selbstüberschätzung bei gleichzeitiger Selbstverachtung und die wenig entwickelte Fähigkeit und Bereitschaft zum Ringen um für alle Beteiligten gangbare Kompromisse prägen den Umgang innerhalb der Patientengruppe sowie den Kontakt zwischen Patienten und Mitarbeitern. Um sowohl den einzelnen Patienten als auch die gesamte Patientengruppe anzusprechen, nicht nur die Probleme des Einzelnen, sondern auch und gerade seine Ressourcen zu entdecken und fördern und dabei möglichst frühzeitig der immanenten Tendenz zur Wiederherstellung drogenszenetypischer Umgangsformen zu begegnen, ist eine professionelle Grundhaltung erforderlich, die zu einer den Patienten wohlwollend akzeptierenden und ihm dabei im kritischen Dialog begegnenden Behandlungsatmosphäre beiträgt.

Das angemessene Maß zwischen Distanz und Nähe zu finden ist ein dynamischer Prozess, der den gesamten Behandlungsverlauf prägt. Da die Grundhaltung, den Patienten mit all seinen Schwierigkeiten und zum Teil auch unverständlichen Verhaltensweisen anzunehmen bei konstruktiv kritischem Dialog mit ihm, von dem Bemühen geprägt ist, ihm eine Reintegration in unsere Gesellschaft zu ermöglichen, ohne diese zu erzwingen, begegnen wir ihm auch formal im direkten Kontakt wie jedem anderen erwachsenen Menschen per Sie. Jeder Mensch in unserer Gesellschaft wird gesiezt, sofern keine besondere private Vertraulichkeit gegeben ist. Das Du gegenüber einem Fremden kennzeichnet weiterhin eine gewisse Respektlosigkeit. Die einzige Patientengruppe, die häufig im klinischen Alltag nicht die Kontaktaufnahme per Sie erfährt, sind Drogenabhängige. Aus diesem Grunde sind wir bemüht, ihnen ebenso respektvoll entgegenzutreten wie jedem anderen, wie wir umgekehrt Respekt von anderen erwarten und haben uns deshalb für diese Form der persönlichen Kontaktaufnahme entschieden. Die Form des Sie stellt nicht per se eine Distanzierung zu den Patienten dar, Nähe und Distanz wird viel stärker vom persönlichen auch nonverbalen Auftreten geprägt. Sie ist jedoch auch ein gewisser Schutz vor gegenseitiger Distanzlosigkeit.

Das soziale Milieu wird geprägt durch das Miteinander der Patienten untereinander sowie das Miteinander von Teammitarbeitern und Patienten. Im relativ geschützten sozialen Milieu der geschlossenen Station entwickeln sich spezifische Behandlungs- und Erlebniszusammenhänge, die von der außerstationären Umgebung relativ abgegrenzt sind. Das alltägliche Erleben des gemeinsamen Umgangs miteinander, das Ringen um alltägliche Kompromisse, um Ausnahmen und Durchsetzen von Grundregeln, um Aufrechterhaltung einer annehmenden Behandlungsatmosphäre und Suchen nach Möglichkeiten zur Überwindung manifester Schwierigkeiten erfordert intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Mitarbeiter. Dieses Behandlungskonzept, welches vom Leitgedanken der therapeutischen Gemeinschaft geprägt ist, stellt jedoch besondere Anforderungen an die pflegerischen Mitarbeiter mit Betonung der Elemente psychiatrischer Pflege [13, 15, 16, 17].

Je mehr es den Mitarbeitern über ihre praktische Arbeit und ihr praktisches Auftreten auf den Stationen gelingt, mittels ihrer Zusammenarbeit, ihrer Persönlichkeit, ihrem auch emotionalen Engagement, ihrer Sympathie und Ausstrahlung auf dem Boden professioneller Grundhaltung das soziale Milieu zu prägen, schaffen sie eine therapeutisch wirksame, sozialpsychiatrisch orientierte Behandlungsatmosphäre. Im Unterschied zur Bedeutung des sozialen Milieus in Langzeiteinrichtungen, in denen Patienten nicht mehrere Wochen, sondern mehrere Monate miteinander verbringen, ist im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung ein höheres Maß an direkter Strukturierung und unmittelbarer Übernahme von Verantwortung seitens der Mitarbeiter erforderlich.

Die Integration neuer Patienten in die Patientengruppe und die angemessene Verteilung der Aufgaben für den einzelnen Patienten zur Mitübernahme praktischer Verantwortung für die Aufrechterhaltung der skizzierten Behandlungsatmosphäre sowie die direkte Erläuterung von Sinn und Notwendigkeit der notwendigen Regeln werden wöchentlich über die Vielzahl von Einzelkontakten hinaus im Rahmen einer Strukturgruppe besprochen, die von den pflegerischen Mitarbeitern durchgeführt wird. Im Stationsforum, das zweimal pro Woche von allen Mitarbeitern gemeinsam abgehalten wird, werden Informationen und Fragen zum Stationsalltag sowie Neuaufnahmen und Verabschiedungen von Patienten besprochen. Der tägliche Tagesrückblick dient der kurzen Reflexion des Tagesgeschehens und der aktuellen Verfassung der einzelnen Patienten.

### **7.6.2 Bezugspersonensystem (Einzelbetreuung)**

Nach der stationären Aufnahme, in der Regel in der nächsten Teamsitzung, wird jedem Patienten ein Mitarbeiter aus den Bereichen Pflege, Sozialarbeit oder Medizin zugeordnet als persönlicher Ansprechpartner, um eine individuumzentrierte Behandlung von Beginn an sicherzustellen, Ängste sowohl vor der Patienten- als auch Mitarbeitergruppe abzubauen und dem Patienten zu ermöglichen, auch über intime Aspekte sprechen und intensive emotionale Reaktionen zulassen zu können. Davon unbenommen bleibt die Verantwortung aller Mitarbeiter für alle Patienten bestehen. Aspekte, die sich aus dem Bezugspersonensystem ergeben, sind stets wiederkehrendes Thema sowohl der täglich stattfindenden Teambesprechungen, der Fallbesprechungen, der klinikinternen Fortbildung als auch der Supervisionen.

### **7.6.3 Gesprächsgruppe (GG)**

Gesprächsgruppen werden zweimal pro Woche angeboten. Thematisch werden Fragen und Konflikte besprochen, welche sich aus dem aktuellen Alltagserleben inner- und außerhalb der Station ergeben, psychotherapeutisch betrachtet steht „das Hier und Jetzt“ im Vordergrund. Basierend auf dem Prinzip „Antwort“ (nach Heigl-Evers) werden unter Einübung der Grundregeln psychotherapeutischer Gruppen Konflikte besprochen und Konfliktlösungsstrategien geübt, um dem Patienten Sinn, Notwendigkeit und Chancen praktisch erfahrbar zu machen, die sich aus dem frühzeitigen und direkten Ansprechen von Konflikten ergebene und den Sinn und die Möglichkeiten des gemeinsamen Ringens um Kompromisse zu verdeutlichen, die für alle akzeptabel sind. Prägender Hintergrund auch dieses Angebotes sind die tief verwurzelten Erfahrungen aus der Drogenszene, geprägt von Fixiertheit auf Drogen als schnell verfügbarer, jedoch unwirksamer Problemlösungsstrategie, dem tief verwurzelten Misstrauen gegenüber anderen und auch sich selbst, dem Verlernen des Ringens um gemeinsame Kompromisse und der Sehnsucht nach emotionaler Akzeptanz durch andere. Ziel der Gesprächsgruppe ist die Verankerung einer psychotherapeutisch orientierten Grundhaltung, basierend auf den Grundregeln der Gruppentherapie, die eine tiefenpsychologisch orientierte Bearbeitung von Konflikten unter Wahrung und Einübung verhaltenstherapeutischer Aspekte ermöglicht. Dabei ist jedem Patienten freigestellt, bestimmte Themenbereiche nicht in die Gesprächsgruppe einzubringen; Aufgabe der Gesprächsgruppe ist die Bearbeitung des aktuellen Stationsalltags, nicht jedoch die tiefgehende und langfristige Bearbeitung von Konflikten, die einer mehrmonatigen stationären Behandlung bedürfen.

Die Gesprächsgruppe wird gemeinsam von Stationsarzt und Sozialarbeiter durchgeführt.

#### **7.6.4 Gesprächsgruppe (OA/CA)**

Diese Gesprächsgruppe wird oberärztlich bzw. chefärztlich geleitet unter Einbeziehung der Ärzte im Praktikum und einmal pro Woche angeboten. Inhaltlich und thematisch ist diese Gruppe ebenfalls konzipiert zur Auseinandersetzung über alltagsnahe Fragen und Konflikte einzelner Patienten bzw. der Patientengruppe. Darüber hinaus kann diese Gruppe von den Patienten auch genutzt werden zur Auseinandersetzung über Konflikte, Informationsdefizite und offenes Ansprechen jener Themen, die die Patienten im Zusammenhang mit ihrer drogenszenegeprägten Sozialisation bewegen, z. B.: Angst ausgegrenzt zu werden und Tendenz zu eigenem Ausgrenzen, Umgang mit Hoffnungen und Frustrationen, Erwartungen an sich selbst, an andere und Umgang mit Erwartungshaltungen anderer an die eigene Person etc. Der Bearbeitung gruppenspezifischer Prozesse, eigener Projektionen und Gegenübertragungen kommt dabei besondere Bedeutung zu.

Das skizzierte Themenspektrum bildet den Hintergrund gruppeninterner Prozesse und ermöglicht damit therapeutischen Zugang zu tief verwurzelten Sorgen, Hoffnungen, zum Teil auch Missverständnissen, deren kritische Reflexion und Bearbeitung Zugang zu realitätsangemessener Selbst- und Fremdwahrnehmung ermöglicht und dadurch den Gruppenprozess therapeutisch prägt.

#### **7.6.5 Sozialdienst**

Die Aufgaben der Mitarbeiter des Sozialdienstes der Akut-Stationen sind außerordentlich umfassend und vielschichtig, da der überwiegende Teil der Patienten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine Vielzahl ungeklärter, aber dringend klärungsbedürftiger Probleme von einschneidender Bedeutung mitbringt: z. B. Obdachlosigkeit, verschiedene offene Strafverfahren bis hin zu offenen Haftbefehlen und Strafantrittsschreiben, Schuldenregulierung, ungeklärter Kranken- und Rentenversicherungsstatus, Kontakte zu Drogenberatungsstelle, aber auch Arbeitgeber und Familie etc. Die Klärung der realen Situation im außerklinischen und stationären Alltag stellt die Voraussetzung für die Bearbeitung und Lösung der sich daraus ergebenden Vielzahl von Schwierigkeiten dar. Da die Patienten häufig unfähig sind, Ausmaß und Bedeutung dieser komplexen Probleme zu erfassen, sind die Mitarbeiter des Sozialdienstes in besonderer Weise gefordert, die Patienten umfassend zu unterstützen bei der Bewältigung ihrer häufig von Strukturlosigkeit geprägten immensen Probleme, ohne sie dabei fürsorglich zu entmündigen. Die Einbeziehung der Patienten in die verantwortliche Bearbeitung dieser Probleme, ohne sie zu überfordern und zu entmündigen, und ihnen dabei stets die Notwendigkeit und Dimension des Klärungsprozesses dieser Fragen deutlich zu machen ist die Grundaufgabe des Sozialdienstes. Aufgrund der mit der Möglichkeit der Direktvermittlung in stationäre Entwöhnungstherapie (auch nach Abschluss des Projekts „Behandlung sofort“) verbundenen Aufgaben- und Fragestellungen kommt dem Sozialdienst auch eine besondere Funktion zu im direkten Kontakt zu den Rentenversicherungsträgern. Die Einbeziehung der Patienten in die Bewältigung ihrer sozialen und juristischen Fragen wird sowohl im Einzelkontakt als auch über Gruppengespräche durchgeführt, die in Abhängigkeit von konkreten Zusammensetzungen der Patientengruppe genutzt werden, um z. B. Fragen des Umgangs mit Eltern und Behörden, Justiz und Leistungsträgern zu klären.

#### **7.6.6 Themenorientierte Arbeitsgruppe (TZA)**

Um die Patienten auch als Gruppe auf verschiedenen Ebenen direkt anzusprechen, werden, nach speziellen Themen geordnet, z. B. über das Mittel der Collage oder von Videofilmen von den Patienten selbstständig bestimmte Aspekte erarbeitet und anschließend in der Gruppe besprochen. Die Gruppe wird von den Mitarbeitern aus dem Bereich der Pflege und des Sozialdienstes durchgeführt.

#### **7.6.7 Medizinische Gruppe (MED)**

Wöchentlich wird eine medizinische Gruppe angeboten, die der Verbesserung der Information und Aufklärung der Patienten über eine Vielzahl medizinischer Fragen dient:

Von HIV-Infektion und Hepatitiden über Krankheiten aus dem epileptischen Formenkreis, Hauterkrankungen, venerische Infektionen, Risiko des Nikotinabusus, Empfängnisverhütung, Möglichkeiten und Grenzen ambulanter Substitutionsbehandlungen, Designerdrogen z. B. Ecstasy [30], etc.



In den letzten Jahren hat sich im Rahmen dieser Gruppe zunehmend herauskristallisiert, dass der Problematik der Hepatitis C eine erheblich wachsende Bedeutung zukommt.

### **7.6.8 Sporttherapie (SP)**

Abhängigkeitskranke haben häufig, zumal im fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeitserkrankung, kaum noch Zugang zum eigenen Körper bzw. nur eine erheblich reduzierte körperliche Selbstwahrnehmung. Die Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls bedarf jedoch nicht nur der Fähigkeit zur Akzeptanz und dem Umgang mit eigenen emotionalen Schwankungen und Spannungen, dem Gefühl von Traurigkeit und Freude, sondern auch einer ausgewogenen körperlichen Selbstwahrnehmung und damit einer körperlichen Grundfitness. Freude und Interesse an körperlichen Aktivitäten, an Bewegung im Spiel und Sport werden im Sinne einer methodenintegrativen Sporttherapie geweckt, die rehabilitative, pädagogische und sozialisatorische Aspekte einschließt und der Ich-Stärkung dient. Im Rahmen der leistungsgestuften 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. Schwerpunkte bzw. angestrebte Ziele der Sporttherapie sind: Spaß an Bewegung, Selbsterfahrung, soziale Erfahrung in der Gruppe, Verbesserung sportspezifischer Fähigkeiten, Freizeitgestaltung, Umwelt-erfahrungen und die Reduktion seelischer und körperlicher Spannungen [33].

### **7.6.9 Kreatives Training (KT)**

Zweimal wöchentlich wird im Rahmen der Kreativ-Therapie von einer ausgebildeten Kunsttherapeutin eine Behandlungsform durchgeführt, die wir klinikintern als kreatives Training bzw. Kreativ-Therapie bezeichnen. Dabei werden die Patienten mit Nachdruck ermutigt und unterstützt, eigenes kreatives Potenzial wiederzuentdecken und zu entwickeln und durch Malen, Zeichnen, Modellieren etc. auszudrücken. Im Zentrum steht dabei das Bemühen um die Fähigkeit, ohne Stimulierung durch psychoaktive Stoffe die Fantasie anzuregen und emotionale Regungen mit den Möglichkeiten non-verbaler Gestaltung auszudrücken. In gemeinsamer Gruppenarbeit werden die Ergebnisse besprochen, hinterfragt und über Rückkopplung mit den Stationsteams auch in ihrer psychodynamischen Bedeutung bewertet.

### **7.6.10 Patientenverantwortung im Stationsalltag**

Ein Ziel im Rahmen der qualifizierten Akutbehandlung besteht darin, die Patienten an die eigenverantwortliche Bewältigung und Strukturierung ihres Alltags heranzuführen einschließlich der damit verbundenen konkreten Arbeitsschritte. Die eigenverantwortliche Sicherstellung des eigenen Lebensbereichs und des gesamten Stationsmilieus vom ordentlichen Bettenmachen über die Grobreinigung der eigenen Zimmer, Flure und Gemeinschaftsräume sowie der Küchendienste umfasst alltagsstrukturierende Elemente, die im arbeitstherapeutischen Sinne unter Aufsicht durch die pflegerischen Mitarbeiter der Wiederherstellung und Bewältigung des eigenen Lebensalltags dienen. Zweimal pro Woche wird ein arbeitstherapeutisches Behandlungsprogramm angesetzt, um im Sinne der notwendigen Hausarbeit Alltagshygiene und -ordnung auf der Station wiederherzustellen. Darüber hinaus übernehmen die Patienten an Wochenenden und Feiertagen die Herstellung warmer Mahlzeiten selbst unter Anleitung.

### **7.6.11 Betreute Ausgänge und Außenkontakte**

Die Akutstationen werden geschlossen geführt, Einzelausgänge der Patienten ohne Begleitung sind nicht möglich. Regelmäßig pro Werktag und bei Nichtdurchführung anderer Außenaktivitäten auch an Sonn- und Feiertagen werden betreute Spaziergänge in der weiteren Klinikumgebung (waldreiches Naherholungsgebiet) in der Gruppe in Begleitung von Mitarbeitern durchgeführt. Je nach Einzelfall werden darüber hinaus betreute Einzelausgänge mit Patienten zur Vertiefung therapeutischer Einzelkontakte genutzt.

Im Rahmen von Kontakten mit professionellen Mitarbeitern anderer Drogenhilfeinstitutionen sind auch zeitlich begrenzte Aufenthalte außerhalb der Station möglich. Besonderen Wert legen wir auf die Einbeziehung des sozialen, v. a. familiären Umfeldes im Rahmen der Akutbehandlung. Besuche

und gemeinsame Gespräche mit Mitarbeitern, Patienten und Angehörigen sind erwünscht, Aufenthalte auf dem Klinikgelände außerhalb der Station mit dem Besuch möglich (bei Ausschluss von Kontraindikationen wie psychische Dekompensation etc.).

## 7.7 Regeln der stationären Behandlung

Die fachgerechte Behandlung sowohl als Gruppe als auch individuumszentriert erfordert eine klare und eindeutige Behandlungsstruktur, die sich in den im Rahmen der Hausordnung festgehaltenen Stationsregeln niederschlägt und orientierende, strukturierende und stabilisierende Funktion hat. In der Hausordnung 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 Patienten, jeder Teamsitzung und Supervision. Die umsichtige, geduldige und eindeutige Arbeit mit dem sich in vielfältigen Schattierungen abzeichnenden Widerstand gegen die Stationsregeln ist ein wesentliches Element während der gesamten Behandlung.

Die Auseinandersetzung mit den Patienten über den Sinn des Regelwerks, über das Kontrollieren der Einhaltung und entsprechende therapeutische Interventionen mit z. B. sanktionierendem Charakter bei Nichteinhaltung sind formal und inhaltlich wichtiger Bestandteil des Behandlungsprozesses. Sowohl in Einzelgesprächen als auch Gruppenangeboten wie der Strukturgruppe werden diese Grundregeln der Behandlung und des Zusammenlebens auf der Station immer wieder thematisiert und bearbeitet. 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, ist therapeutisch ein flexibler Umgang mit den verschiedenen Formen der Nichteinhaltung von Regeln unverzichtbar. Die wichtigsten Regeln betreffen

- ∅ Gewaltfreiheit,
- ∅ Verzicht auf Drogenkonsum und -handel und
- ∅ Einhalten der Rauchregel (ausschließlich auf der Terrasse bzw. dem für Raucher reservierten Raum).

Insbesondere beim Nichteinhalten dieser Regeln ist für die Patienten mit Sanktionen bis hin zur sofortigen disziplinarischen Entlassung zu rechnen. Grundsätzlich gilt jedoch, dass von der disziplinarischen Entlassung abgesehen wird, falls ein Patient einen von ihm selbst begangenen Regelverstoß offen legt, bevor er seitens der Mitarbeiter erkannt wurde bzw. bevor ein Drogenscreening angekündigt wurde, welches z. B. zur Entdeckung eines Drogenrückfalls geführt hätte. Ebenso wird verfahren, wenn ein entsprechender Regelverstoß von Mitpatienten offengelegt wird. Ziel dieses Umgangs mit Regelverstößen ist die Auseinandersetzung mit den Patienten über die Hintergründe ihres Fehlverhaltens. Sie sollen befähigt werden, auch in für sie kritischen und schwierigen Situationen zu lernen, Kompromisse einzugehen, Zwischenschritte einzuüben und sich kritisch und selbstkritisch mit den Hintergründen ihres Verhaltens und Fehlverhaltens auseinander zusetzen.

## 8 Betreutes Wohnen

Entscheidendes Ziel der qualifizierten Akutbehandlung ist die Erarbeitung einer individuellen Anschlussperspektive für jeden Patienten, die von diesem möglichst nahtlos im Anschluss an die stationäre Akutbehandlung in Anspruch genommen werden kann:

Von der stationären oder ambulanten medizinischen Rehabilitation, über Kontaktaufnahme zur Drogenberatungsstelle, ambulante Substitutionsbehandlung, betreute Wohngemeinschaft oder das aufsuchende betreute Wohnen. Im Zusammenhang mit der Übernahme der Pflichtversorgung für Drogenabhängige und der Erweiterung des Behandlungsangebotes mit der Eröffnung der zweiten und dritten Akut-Station ist die Zahl jener Patienten erheblich angestiegen, welche über ihre Drogenabhängigkeit hinaus psychiatrisch behandlungsbedürftige Störungen aufweisen. Vor allem dieser Patientengruppe fällt es schwer, nachstationär angemessene Hilfs- und Betreuungsmöglichkeiten zu finden. Um insbesondere dieser Patientengruppe ihre Integration in den außerklinischen Alltag zu

erleichtern und sie bei der Sicherung des erzielten Behandlungsfortschritts zu unterstützen, wird seitens der Psychosomatischen Klinik das aufsuchende „Betreute Wohnen“ angeboten für Patienten mit Wohnraum in Köln und dem Großraum Köln insgesamt, insbesondere dem Rheinisch-Bergischen Kreis.

Darüber hinaus können Patienten mit ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität im Soziotherapeutischen Wohnheim „Haus am Birkenbusch“, welches ebenfalls in Trägerschaft der PSK ist, aufgenommen werden, sei es mit oder ohne Substitutionsbehandlung. Die suchtpsychiatrische Mitbehandlung der Klienten des Wohnheims wird über die Institutsambulanz der Klinik sichergestellt.

Während es im Bereich der Allgemeinpsychiatrie schon seit Langem üblich ist, Patienten nach stationärer Entlassung in ihrem Lebensalltag aufzusuchen und dort zu unterstützen, werden Patienten mit Abhängigkeitsproblemen in der Regel in betreuten Wohngemeinschaften mit zeitlicher Befristung untergebracht. Von dieser Betreuungsform profitieren manche Patientengruppen, einige, vor allem Patienten mit Komorbidität, sind darüber jedoch nicht erreichbar. Deshalb werden über das Projekt aufsuchendes „Betreutes Wohnen“ Patienten nicht in angemieteten Wohnungen oder Wohngemeinschaften betreut, sondern in ihrer realen Wohnsituation: sei es eine eigene Wohnung oder ein Zimmer in einem Hotel.

Seit dem 01.12.1996 besteht dieses Angebot für Patienten mit Wohnsitz im Rheinisch-Bergischen Kreis, seit dem 01.01.1998 auch für Patienten aus dem Raum Köln. Es richtet sich sowohl an Patienten nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung als auch nach Abschluss der qualifizierten Akutbehandlung, sei es unter Cleanbedingungen oder unter den Bedingungen der ambulanten Substitutionsbehandlung unter Einbeziehung comorbider Patienten.

Im betreuten Wohnen der PSK und im Soziotherapeutischen Wohnheim „Haus am Birkenbusch“ arbeiten Mitarbeiter insbesondere aus dem Bereich der psychiatrischen Pflege, der Sozialarbeit sowie der Sport- und Ergotherapie. Außerklinisch besteht eine enge Zusammenarbeit mit allen Institutionen der Drogenhilfe, Kosten- und Leistungsträgern sowie zuständigen Behörden, innerklinisch besteht regelmäßiger Kontakt zu allen Bereichen der Klinik. Die fachärztliche Betreuung wird sichergestellt durch den Oberarzt der Institutsambulanz der Klinik und dem Chefarzt [1, 9, 10, 11, 25, 26, 29].

## **9. 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 [8].

Ein zentrales Anliegen ist die Behandlung, Beratung und Betreuung nicht nur des Patienten, 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 psychoso-

zialer Art im Rahmen der allgemeinen sozialen Rehabilitation. Intensität der Behandlung und Betreuung sowie deren Umfang sind entsprechend den individuellen Bedürfnissen des jeweiligen Patienten ausgerichtet, die Arbeit erfolgt unter kontinuierlicher externer Supervision.

Der Chefarzt ist persönlich ermächtigt zur ambulanten Substitutionsbehandlung, die stets unter psychosozialer Betreuung und Mitbehandlung im Rahmen der Institutsambulanz durchgeführt wird.

## 10. Organisation und Struktur

### Ø Teamstruktur

In den täglichen Teamsitzungen erörtern die Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Bereiche an jedem Werktag gemeinsam Entwicklung, Eindrücke und Informationen über die aktuellen Patienten, Neuaufnahmen und organisatorische Fragen unter Leitung des Oberarztes der Akutstationen.

### Ø Supervision, Fort- und Weiterbildung

Zusätzlich zu Teamarbeit und interner Fallbesprechung findet vierzehntägig eine 75-minütige externe Supervision unter Leitung eines vom Träger unabhängigen klinischen Psychologen und Psychoanalytikers statt, darüber hinaus ebenfalls vierzehntägig eine fachübergreifende interne Fortbildungsveranstaltung (ca. 90 Min.) für alle Mitarbeiter der therapeutischen Stations- und Abteilungs-teams der Klinik. Der Chefarzt hat eine zweijährige Weiterbildungsermächtigung für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie.

### Ø Leitungsstruktur

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

Die Stationen zur Qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger (Akut) werden von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie geleitet (Leitender Oberarzt).

An der monatlichen Abteilungsleiterkonferenz nehmen neben einem Vertreter der Geschäftsführung, dem Chefarzt und dem Pflegedienstleiter die Oberärzte bzw. therapeutischen Abteilungsleiter der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach (PSK) und die Leiter der komplementären Bereiche teil; sie erörtern organisatorische, personelle und strukturelle Probleme der Klinik.

### Ø Personelle Besetzung

Auf den Akutstationen arbeiten jeweils multiprofessionell zusammengesetzte Teams entsprechend der PsychPV, Kategorie S2.

Die Nachtwachen und pro Wochenendtag eine Schicht pro Tagdienst sind mit Medizinstudenten besetzt, die der Gruppe der Pflegekräfte zugeordnet sind.

Die Kategorie S2 PsychPV betrifft die Gruppe der intensiv behandlungsbedürftigen Abhängigkeitskranken; die Stationen des neuen Drogenhilfetyps der „Qualifizierten stationären Akutbehandlung“ sind bei Erstellung der PsychPV jedoch noch nicht berücksichtigt worden.

## 11. Qualitätsmanagement

Fachgerechte und patientenorientierte Durchführung der medizinischen Behandlung erfordert einen ständigen inner-klinischen Prozess zur Überprüfung der erreichten Qualität und Weiterentwicklung des Behandlungskonzepts entsprechend den sich verändernden Bedingungen der Patienten und des Gesundheits- und Sozialsystems.

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- und

Fehlermanagement, Audits, Managementbewertungen, u. a. m.) [34, 35]. Das QM-System der PSK berücksichtigt auch die unterschiedlichen Anforderungen des Gesetzgebers für die Bereiche Akutversorgung und Rehabilitation [36].

Input zur Weiterentwicklung des Konzepts kommt auch von außen:

Mitarbeiter aller Ebenen sind 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 [28]. 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 [37].

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 arbeitet 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 [38] extern zertifiziert. 7/2012 erfolgte die Zertifizierung nach KTQ-Reha v1.1 [39] einschließlich BAR-Qualitätskriterien [40].

12/2014 wurde die gesamte Klinik nach DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziert [41], 5/2015 der Reha-Bereich (A- und D-Abt.) zusätzlich nach QM-Kultur-Reha Version 3.0 einschließlich BAR-Qualitätskriterien [42], sodass die Voraussetzungen nach § 20 Abs. 2a SGB IX erfüllt sind.

## 12. Literatur

1. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (1999). Landesprogramm gegen Sucht. Eine Gemeinschaftsinitiative. Düsseldorf: MFJFG.
2. Kuhlmann, Th., Hasse, H. E. & Sawalies, D. (1994). Die qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger in NRW. Psychiatrische Praxis, 21, 13 - 18.
3. 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.
4. 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.
5. Schuler, W., Hasse H. E. & Schneider, W. (1992). Behandlung und Rehabilitation Abhängigkeitskranker in stationären Einrichtungen. Die Rehabilitation, 31 (2), I - X.
6. Kuhlmann, Th., Rinder, M. (2012). Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Drogenabhängiger (10/2012). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
7. Kuhlmann, Th., Schneider, W. (2012). Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Alkohol- und Medikamentenabhängiger (10/2012). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.

8. Kuhlmann, Th., Gebhardt, J. (2012). Konzept der Institutsambulanz (10/2012). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
9. Kuhlmann, Th. (2011). Konzept für das Betreute Wohnen (9/2011). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
10. Hansen, H. B. & Theegarten, A. (2010). Konzeption Betreutes Wohnen in der Wohngemeinschaft für abstinenten und abstinentenorientierte Suchtkranke (10/2010). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
11. Kuhlmann, Th. (2011). Konzept für ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige (12/2011). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
12. Kuhlmann, Th. (1994). Harm-Reduction needs qualified clinical acute treatment. Vortrag auf der 5. International Conference on the reduction of drug related harm, Toronto / Canada, 06.03.-10.03.1994.
13. Kuhlmann, Th. (1996). Harm Reduction - zum Paradigmenwechsel in der Drogenarbeit. Psychiatrische Praxis, 23 (4), 157 - 160.
14. Kuhlmann, Th. (2001). Die Bedeutung von Harm Reduction in der Suchthilfe. Sucht, 47 (2), 131 -136.
15. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2001). Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. Psychotherapie, 6 (1), 58 - 72.
16. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.). (2002). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
17. Rose, H. H. (1981). Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 8, 1 - 7.
18. Miller, W. R. & Rollnick, St. (2015). Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing-Helping People Change, 3rd Ed.). Freiburg: Lambertus-Verlag.
19. Kuhlmann, Th. & Bischof, G. (Hrsg.). (2012). Motivational Interviewing [Themenheft]. Suchttherapie, 13, 107 - 131
20. Kuhlmann, Th. (2005). „Motivational Interviewing und Frühintervention“. Suchttherapie 6, 35 - 38.
21. Steingass, H. P. (Hrsg.). (2015). Aspekte der Soziotherapie chronisch mehrfach beeinträchtigter Abhängiger; Remscheider Gespräche 3. Lengerich: Pabst Science Publishers.
22. 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.
23. Schuntermann, M. F. (2009). Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen (3. überarb. Aufl.). Landsberg: ecomed Medizin.
24. Schwoon, D. R. (2000). Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängigkeitskranke - Über Probleme mit diagnostischen Kategorisierungen. In DHS (Hrsg.): Individuelle Hilfe für Suchtkranke früh erkennen, professionell handeln, effektiv integrieren. Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 42, 221 - 231. Freiburg: Lambertus-Verlag.
25. Wittchen, H.-U., Bühringer, G. & Rehm, J. (2011). Predictors, Moderators and Outcomes of Substitution Treatment - Effekte der langfristigen Substitution Opiat-abhängiger: Prädiktoren, Moderatoren und Outcome. Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit (Förderkennzeichen IIA2/2507DSM411). Berlin: BMG.
26. Schmidt, L. G., Gastpar, M., Falkai, P. & Gaebel, W. (Hrsg.). (2006). Evidenzbasierte Suchtmedizin - Behandlungsleitlinie Substanzbezogene Störungen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
27. Haasen C. & Verthein U. (2008). Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiat-abhängiger - Bd. 1 - 3. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bd. 156158. Berlin: BMG.

28. Kuhlmann, Th. (2011). ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Suchttherapie, 1, 7.
29. World Health Organisation (Hrsg.). (2009). WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Genf: WHO.
30. Kuhlmann, Th (1996). Aktuelle Probleme der Drogenhilfe am Beispiel von Ecstasy. Jugendhilfe, 6, 323 - 331.
31. Kuhlmann, Th. (Hrsg.). (2012). Schwerpunktheft „Forensik und Sucht“, Suchttherapie, 13, Editorial.
32. Land NRW, Städtetag NRW, Landkreistag NRW, Städte- und Gemeindebund NRW sowie Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW (Hrsg.). (2011): Rahmenvereinbarung über Grundsätze für das Übergangsmanagement im Rahmen der Suchtberatung suchtkranker Gefangener; 4/2011
33. Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen - Grundlagen und Anwendungen; Hölter, G.; Deutscher Ärzte Verlag 2011
34. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.). (2014). QM-Handbuch v1.21. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
35. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.). (2012). Audit-Checkliste v1.0. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
36. 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
37. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2000). Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie. Kassel: deQus.
38. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2005). KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog für den Bereich Rehabilitation, Version 1.0. Siegburg: KTQ-GmbH.
39. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2010). KTQ-Katalog Rehabilitation Version 1.1 mit vollständig integrierten BAR-Qualitätskriterien. Siegburg: KTQ-GmbH.
40. 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/34.html>, zuletzt abgerufen 01.07.15].
41. Deutsches Institut für Normung DIN e. V. (Hrsg.). (2008). DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen (Ausgabe 2008-12). Berlin: Beuth Verlag.
42. Jagals - Beraten Führen Umsetzen. (Hrsg.). (2011). QM-Kultur-Reha Version 3.0 (Stand 8/2011) [siehe [http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbank\\_und\\_verzeichnisse/Zertifizierung/downloads/Liste\\_anerkannte\\_QM\\_Verfahren-16-03-2015.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbank_und_verzeichnisse/Zertifizierung/downloads/Liste_anerkannte_QM_Verfahren-16-03-2015.pdf), zuletzt abgerufen 01.10.15].

## 13 Anhang

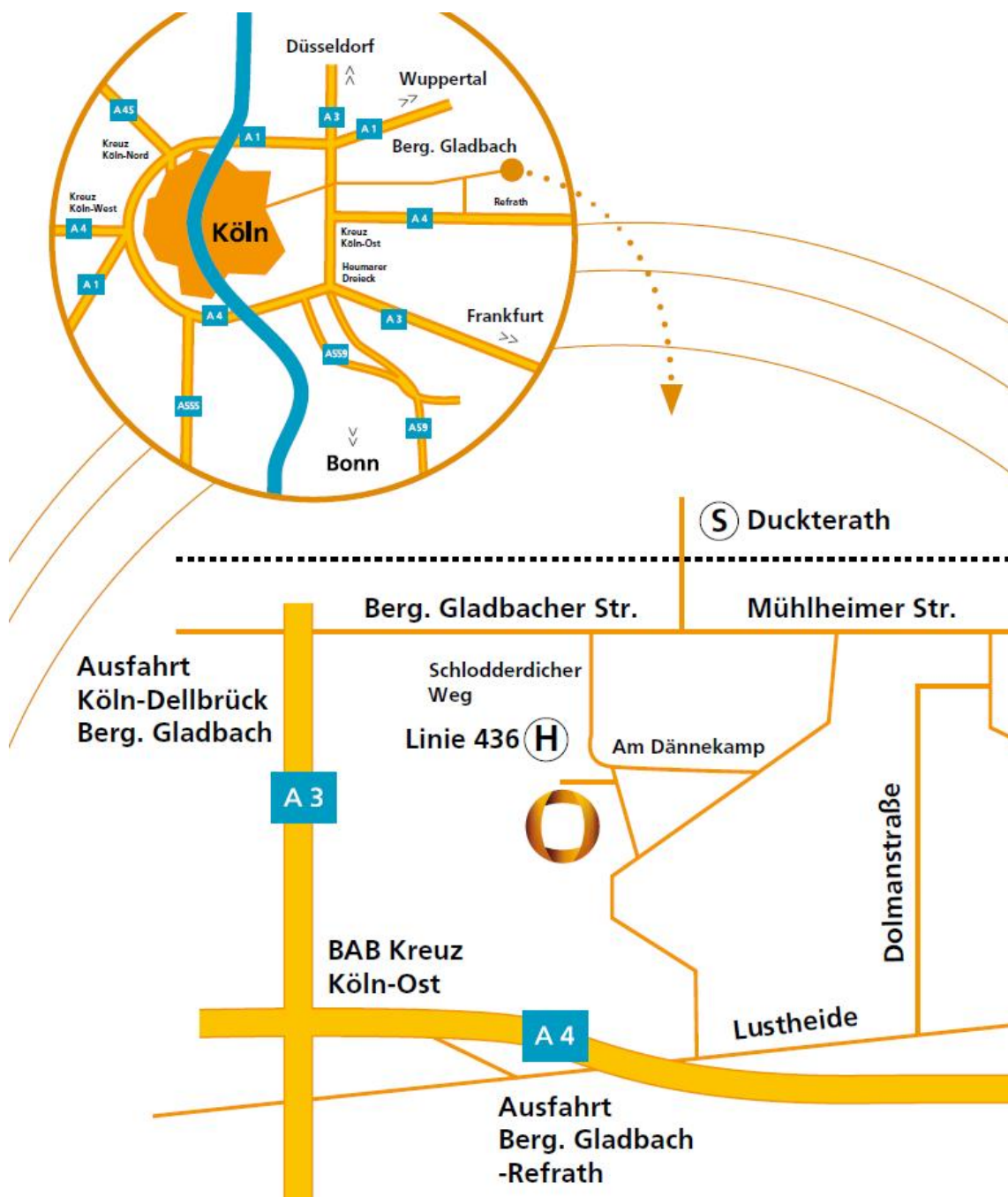
### 13.1 Lage der Klinik / Anfahrt

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  
Schlodderdicher 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 „Schlodderdicher Weg“ abbiegen (ab dort ist ausgeschildert), nach 400 m wieder rechts, nach 100 m erneut rechts abbiegen.





### 13.2 Grundregeln der Behandlung (Hausordnung der Akutstationen)

Wir wollen Ihnen helfen, dass Sie besser mit Ihrem Leben zurechtkommen (Hilfe zur Selbsthilfe). Das setzt voraus, dass Sie und wir konstruktiv zusammenarbeiten und respektvoll miteinander umgehen. Dazu gehört auch das Akzeptieren und Einhalten folgender Regeln:

- ∅ Verzicht auf Konsum, Handel, Transport etc. von jeglichen Drogen (legal oder illegal) und nicht verordneten Medikamenten während der Behandlung.
- ∅ Teilnahme am Behandlungsprogramm (Ausnahme: Befreiung durch den Stationsarzt).
- ∅ Verzicht auf jegliche Form von Gewalttätigkeit oder -androhung, Erpressung, Diebstahl etc.
- ∅ Verzicht auf jegliche gewaltverherrlichende, rassistische oder in anderer Hinsicht menschenverachtende Haltung (in Worten, Medien, Musik etc.)
- ∅ Rauchen bzw. Tabakkonsum ausschließlich im Aufenthaltsraum der Station.
- ∅ Gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten, d. h. gemeinsamer Beginn und gemeinsame Beendigung.
- ∅ Geldbeträge: Bis 50,- Euro Verwahrung in eigenen Wertfächern auf der Station, über 50,- Euro Einzahlung in Klinikasse. Keine Haftung für Wertgegenstände.
- ∅ Außenkontakte: Schriftlich (Briefe, Postkarten) unbegrenzt möglich, Nutzung des Patiententelefon zu den ausgewiesenen Zeiten, Besuch von Angehörigen nach Absprache mit den Mitarbeitern. Erhaltene Post: Öffnung im Beisein eines Mitarbeiters.
- ∅ Drogenfreiheit auf Station: Kontrollen von Kleidungsstücken, Wertsachen, Gepäck und insbesondere
- ∅ Urinkontrollen stets ohne Vorankündigung, Durchführung unter Sicht innerhalb von vier Stunden nach Bekanntgabe.
- ∅ Intimbeziehungen untereinander: Problematisch für die Behandlung der Betroffenen und die Gesamtgruppe und deshalb u. U. Grund zur vorzeitigen Entlassung.
- ∅ Umgang mit Regelverstößen: Bei Offenlegung durch Sie oder Mitpatienten vor entsprechenden Kontrollen und offener Aufarbeitung der Regelverstöße ist Weiterbehandlung grundsätzlich möglich, bei Aufdecken von Regelverstößen seitens der Mitarbeiter erfolgen Sanktionen bis hin zur disziplinarischen Entlassung.

Wir hoffen, dass wir Ihnen auch mithilfe dieser Regeln helfen können, Ihre Ziele zu erreichen.

### 13.3 Wochenplan (exemplarisch Station Akut 1)

	A-K-U-T-1#				
	Montag#	Dienstag#	Mittwoch#	Donnerstag#	Freitag#
<b>Zeit#</b>					
6.45#	Wecken#	Wecken#	Wecken#	Wecken#	Wecken#
7.45--8.15#	Frühstück#	Frühstück#	Frühstück#	Frühstück#	Frühstück#
8.30--8.50#	Arztbesprechung# Medikamente#	Arztbesprechung# Medikamente#	Arztbesprechung# Medikamente#	Arztbesprechung# Medikamente#	Arztbesprechung# Medikamente#
bis-9.00#	Zimmer-ordnen#	Zimmer-ordnen#	Zimmer-ordnen#	Zimmer-ordnen#	Zimmer-ordnen#
9.00--10.15#	<b>GG-CA/OA#</b>	<b>HR#</b>	<b>GG#</b>	<b>HR#</b>	<b>GG#</b>
10.45--12.00#	<b>SP#</b>	<b>TZA#</b>	<b>KT#</b>	<b>KT#</b>	<b>SP#</b>
12.15--12.30#	Mittagessen#	Mittagessen#	Mittagessen#	Mittagessen#	Mittagessen#
13.00#	☒	FORUM#	☒	FORUM#	☒
13.30--14.30#	TEAM#	TEAM#	TEAM#	TEAM#	TEAM#
15.00--16.15#	<b>KT#</b>	<b>SP#</b>	<b>SP<sup>14.00--16.00#</sup></b>	<b>MED#</b>	<b>SPAZ#</b>
16.30--17.30#	<b>SPAZ#</b>	<b>SPAZ#</b>	<b>SPAZ#</b>	<b>SPAZ#</b>	<b>STG#</b>
18.00--18.30#	Abendessen#	Abendessen#	Abendessen#	Abendessen#	Abendessen#
18.30--18.45#	Tagesrückblick#	Tagesr./Funktiopt.#	Tagesrückblick#	Tagesrückblick#	Tagesrückblick#
19.30--19.50#	Medikamente#	Medikamente#	Medikamente#	Medikamente#	Medikamente#
22.30#	Rück.aufs-Zi.#	Rück.aufs-Zi.#	Rück.aufs-Zi.#	Rück.aufs-Zi.#	Rück.aufs-Zi.#
23.00#	Nachtruhe#	Nachtruhe#	Nachtruhe#	Nachtruhe#	Nachtruhe#

**Legende:**

- |          |                                   |      |                         |
|----------|-----------------------------------|------|-------------------------|
| GG       | Gesprächsgruppe                   | SP   | Sporttherapie           |
| GG CA/OA | Gesprächsgruppe Chefarzt/Oberarzt | SPAZ | Spaziergang             |
| HR       | Hausreinigung                     | STG  | Strukturgruppe          |
| KT       | Kreatives Training                | TZA  | Themenzentrierte Arbeit |
| MED      | Medizinische Gruppe               |      |                         |

### 13.4 Behandlungsvertrag

1. Ich bin über die Regeln der stationären Behandlung in der Psychosomatischen Klinik Berg. Gladbach informiert worden und erkenne diese durch meine Unterschrift an.
2. Ich verpflichte mich, bei der stationären Aufnahme alle Suchtmittel, Medikamente, dem Suchtmittelkonsum dienliche Gegenstände sowie Waffen abzugeben und keine psychoaktiven Substanzen oder Medikamente in die Klinik einzuschmuggeln.

Ich bin einverstanden, dass Kontrollen auf Suchtmittelbesitz, Beschaffung, Zufuhr und Einnahme durchgeführt werden einschließlich Drogenscreening.

3. Falls ich nach § 35 BtmG stationär aufgenommen worden bin, erkenne ich an, dass ich selbst die Verantwortung trage für die erforderlichen Mitteilungen über den stationären Aufenthalt an die Staatsanwaltschaft. Ich bin darüber informiert, dass die Psychosomatische Klinik verpflichtet ist gemäß § 35 BtmG, im Falle meines vorzeitigen Behandlungsabbruchs bzw. bei disziplinarischer Entlassung die zuständige Staatsanwaltschaft telefonisch und schriftlich zu benachrichtigen.
4. Ich entbinde die Ärzte der Psychosomatischen Klinik Berg. Gladbach von der Schweigepflicht gegenüber dem einweisenden Arzt, den nachbehandelnden Ärzten und der Beratungsstelle bzw. Bewährungshilfe.

Bergisch Gladbach, den \_\_\_\_\_

Der/Die Patient/-in hat den Behandlungsvertrag gelesen, inhaltlich verstanden und ist über die Tragweite des Behandlungsvertrages einschließlich der gültigen Stationsregeln aufgeklärt worden.

Bergisch Gladbach, den \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_