Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) von Menschen mit einer Alkohol-/Medikamenten-abhängigkeitserkrankung

Die *PSYCHOSOMATISCHE KLINIK BERGISCH GLADBACH* ist

- ein psychiatrisches Fachkrankenhaus für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen
- Mitglied im Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss)
- Mitglied im Fachverband „Qualifizierte stationäre Akutbehandlung Drogenabhängiger“
- Mitglied in der Deutschen Gesellschaft für Qualitäts-management in der stationären Suchttherapie e. V. (deQus)
- 5/2007, 5/2010 und 7/2012 zertifiziert nach KTQ-Reha Version 1.1 einschließlich BAR-Qualitätskriterien
- 3/2021 zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:2015
- 5/2021 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

Georg Böhnke
Dipl.-Psychologe
Psychologischer Psychotherapeut
Therapeutischer Leiter, A-Abteilung

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Eine Einrichtung der
Klinikum Oberberg GmbH

Stand 10.11.2021

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 ... 18
4.3 Rehabilitationsziele ... 20
4.4 Rehabilitationsdauer ... 22
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung ... 22
4.5.1 Behandlungsphasen ... 23
4.5.2 Behandlungsformen (vollstationär / ganztägig ambulant) ... 24
4.5.2.1 Ganztägig ambulante Behandlung (GAT) ... 25
4.5.2.2 Kombi-Behandlung (KOMBI) ... 26
4.6 Rehabilitationsprogramm ... 27
4.7 Rehabilitationselemente ... 29
4.7.1 Aufnahmeverfahren ... 29
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik ... 29
4.7.3 Medizinische Therapie ... 30
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel-/Gruppengespräche,andere Gruppenangebote ... 30
4.7.4.1 Einzelpsychotherapie ... 30
4.7.4.2 Gruppenpsychotherapie ... 31
4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen ... 31
4.7.4.4 Sonstige Gruppenangebote ... 35
4.7.4.5 Kriseninterventionen ... 36
4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen ... 36
4.7.5.1 Berufliche Orientierung in der medizinischen Reha Abhängigkeitskranker (BORA), Arbeits- und Ergotherapie ... 37
4.7.5.2 Werktherapie ... 39
4.7.5.3 Kreativtherapie / Kreatives Training ... 39
4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen ... 40
4.7.5.5 BORA-Leistungen in der Zusammenschau ... 40
4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken ... 42

4.7.6.1 Sporttherapie ... 42
4.7.6.2 Bewegungs-/Tanztherapie, Entspannungstraining ... 42
4.7.7 Freizeitangebote ... 43
4.7.8 Sozialdienst ... 43
4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung ... 44
4.7.10 Angehörigenarbeit ... 44
4.7.11 Rückfallmanagement ... 45
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege ... 45
4.7.13 Weitere Leistungen ... 45
4.7.13.1 Realitätstraining ... 45
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation ... 46
5. Personelle Ausstattung ... 48
6. Räumliche Gegebenheiten ... 48
7. Kooperation und Vernetzung ... 49
7.1 Betreutes Wohnen ... 49
7.2 Institutsambulanz ... 49
7.3 Adaptive Phase der Abt. zur Behandlung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung ... 50
7.4 Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem ... 50
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung ... 52
9. Kommunikationsstruktur und Therapieorganisation ... 53
10. Notfallmanagement ... 53
11. Fortbildung ... 54
12. Supervision ... 54
13. Hausordnung / Therapievertrag ... 55
13.1 Lage der Klinik / Anfahrt ... 55
13.2 Therapievertrag ... 56
13.3 Grundregeln der stationären Behandlung (Hausordnung) ... 57
14. Anlagen ... 58
14.1 Literatur ... 58
14.2 Grundriss der Einrichtung ... 65
14.3 Musterwochenplan ... 66
14.4 Personalkonzept / Stellenplan ... 67
14.4.1 Soll-Stellenplan ... 67
14.4.2 Aktuelle Personalstandmeldung ... 67
14.5 Qualifikationsnachweise Personal ... 67
14.5.1 Qualifikationsnachweise Ärztlicher Leiter, Psychologen, Sozialarbeiter ... 67
14.5.2 Qualifikationsnachweise sonstige Mitarbeiter ... 68
14.5.3 Qualifikationsnachweise Supervisor ... 68
14.6 Kooperationsverträge ... 68
14.7 Einzugsgebiet (Postleitzahlen) ... 68

1. Einleitung

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (PSK) ist eine psychiatrische Fachklinik für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und erbringt Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen 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 (D-Abteilung) als auch die Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeit von legalisierten psychotropen Substanzen (A-Abteilung).

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 4.1.5). 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 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, 12/2017 und 3/2021 nach DIN EN ISO 9001:2008 bzw. 9001:2015), der Reha-Bereich zusätzlich gemäß BAR-Qualitätskriterien (5/2015, 5/2018 und 5/2021 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 von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach umfasst die stationäre medizinische Rehabilitation für Menschen mit Abhängigkeit von Alkohol- und/oder Medikamenten in stationärer und ganztägig ambulanter Form. Medizinische Indikationen zur medizinischen Rehabilitation sind nachgenannte Störungen und Erkrankungen:

Hauptindikation: Manifeste Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten.

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 von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung im Krankenhausbedarfsplan des Landes NRW, für die 80 Betten der beiden Abteilungen der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung bestehen Versorgungsverträge nach § 111 SGB V. Der federführende Leistungsträger ist die Deutsche Rentenversicherung Rheinland. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien des zuständigen Leistungsträgers.

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

Anschrift Haus Lindscheid (Drogenentwöhnungsbehandlung): Lindscheid 14, 42929 Wermelskirchen-Dabringhausen, Tel.: 02193 / 5104-0; Fax: 02193-1493, 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: Dipl.-Psychologe Georg Böhnke, Psychologischer Psychotherapeut.

3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

3.1 Entwicklung der Klinik und aktueller Stand

Die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach ist eine Fachklinik für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit 127 Betten. Bei Inbetriebnahme 1980 umfasste die Klinik eine Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung (40 Betten), 1981 wurde eine weitere Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Drogenabhängigkeit 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 von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung, 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 von Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung mit je 12 Betten eröffnet, seit 2016 umfasst die Akutabteilung 47 Betten (je 15 bzw. 16 Betten pro Station).

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

Aktuell besteht die Klinik aus:

- drei Akutstationen zur qualifizierten Akutbehandlung von Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung mit 47 Betten [9],
- einer Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung inklusive einer adaptiven Phase mit 40 Betten [10],
- einer Abteilung zur Entwöhnungsbehandlung von Rehabilitanden mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung mit 40 vollstationären Betten und 4 ganztägig ambulanten Plätzen,
- einer Institutsambulanz für suchtmittelmissbrauchende und -abhängige Patienten und deren Angehörige [11],
- einem komplementären Bereich, dem aufsuchenden Betreuten Wohnen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung einschließlich psychiatrischer Komorbidität, für Klienten aus dem Rheinisch-Bergischen Kreis, Köln und angrenzenden Gebieten [12],
- einer Hausgemeinschaft „Haus am Hömel“ in Engelskirchen für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung mit Unterstützungsbedarf im Sinne des aufsuchenden betreuten Wohnens [13],
- einem soziotherapeutischen Wohnheim für Personen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung und psychiatrischer Komorbidität [14].

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

Das therapeutische Konzept der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung richtet sich an Rehabilitanden mit Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten und ggf. weiteren psychotropen Substanzen und 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 A-Abteilung umfasst insgesamt 40 Betten und 4 ganztägig ambulante Plätze. Die Regelbehandlungszeit beträgt bis zu 16 Wochen je nach Leistungs-/Kostenträger.

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):

- mit den Straßenbahnlinien 3 und 18 (Richtung Thielenbruch) bis zur Haltestelle „Dellbrücker Hauptstraße“ dann weiter mit dem Bus 436, Richtung Bergisch Gladbach, bis Haltestelle „Schlodderdich“. Oder bis zur Endhaltestelle „Thielenbruch“ und ca. 10 Minuten 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“ oder von der Haltestelle „Duckterath“ zu Fuß in ca. 12 Minuten.

Bedingt durch die geografische Lage und die organisatorische Anbindung der Klinik an die Städte Bergisch Gladbach (über 100.000 Einwohner) und Köln (über 1.000.000 Einwohner) steht den Rehabilitanden nicht nur ein breit gefächertes kulturelles und Freizeitangebot zur Verfügung. Vielmehr bietet die dynamische Region vielfältige Möglichkeiten, sich bereits während der Behandlung im Sinne einer aktiven Außenorientierung beruflich und sozial neu zu orientieren und wieder einzugliedern.

3.3 Einzugsgebiet und Behandlungsverbund

In der Psychiatrie-Enquete von 1975 wurde die Bedeutung gemeindenaher Versorgung psychisch Kranker, zu denen auch Menschen mit Abhängigkeitserkrankung gehören, herausgearbeitet. Im Rehabilitationsbereich für Menschen mit Abhängigkeitserkrankung 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 von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung (A-Abteilung) bestehen vielfältige Kontakte zum regionalen Suchthilfenetz. 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 Sucht-/Drogenhilfe im Versorgungsgebiet intensive Arbeitsbeziehungen: von Beratungsstellen bis zu abstinenzorientierten Entwöhnungseinrichtungen, von Substitutionsambulanzen über Bewährungshilfe bis zur AIDS-Hilfe, Ämtern, Justizbehörden etc. Darüber hinaus ist die Klinik in die unterschiedlichen regionalen Arbeitskreise des Suchthilfeverbundsystems eingebunden (Beratungsstellen, Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, regelmäßige Arbeitstreffen mit Gesundheitsämtern, Kontakt zu Arbeitsagenturen, Arbeitgebern, Selbsthilfegruppen und Angehörigen).

Entsprechend dem Konzept „Soforthilfe NRW“ im Drogenbereich, welches der Verbesserung der Erreichbarkeit und Integration jener Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung diente, denen eine Überwindung der Abhängigkeitsproblematik durch Inanspruchnahme der auf KOMM-Struktur

basierenden Drogenhilfeangebote nicht möglich war, und dem „Rahmenkonzept für stationäre qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in NRW“ [18] nehmen wir in unserer Alkohol-/Medikamentenentwöhnungsabteilung sowohl Rehabilitanden auf, welche zuvor ambulant über Beratungsstellen auf die Entwöhnungsbehandlung vorbereitet worden sind, als auch solche Rehabilitanden, welche sich erst während einer qualifizierten Entzugsbehandlung kurzfristig für eine sich unmittelbar anschließende stationäre oder ganztägig ambulante Abstinenztherapie entscheiden. In vielen Fällen ist eine Nahtlosvermittlung möglich.

Die Entwöhnungsbehandlung kann sowohl vollstationär als auch ganztägig ambulant durchgeführt werden, ein Wechsel zwischen beiden Behandlungsformen ist bei entsprechender Indikation möglich. Behandlungen in einem ausschließlich ambulanten Setting bietet die A-Abteilung nicht an. Der Wechsel in bzw. aus externem ambulanten Setting in eine stationäre bzw. ganztägig ambulante Form ist in Zusammenarbeit mit Leistungs-/Kostenträgern und Vor- bzw. Weiterbehandlern möglich.

Der Wechsel von vollstationär zu ganztägig ambulant bzw. ambulant ist den Rehabilitanden vorbehalten, deren Wohnort im regionalen Versorgungsgebiet liegt, da eine Einbeziehung anderer Rehabilitanden aus praktisch-organisatorischen Gründen nicht möglich ist. Die Verzahnung der skizzierten Behandlungsmodule (siehe 4.5.2) richtet sich insbesondere auch an Rehabilitanden, deren noch bestehender Arbeitsplatz im Großraum Köln / Rheinisch-Bergischer Kreis liegt und die prinzipiell über ein stützendes soziales Umfeld (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) verfügen. Eine intensive Zusammenarbeit mit den vor- bzw. nachbehandelnden Kollegen ist gewährleistet.

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 [19, 20, 21, 22], die psychoanalytisch-systemische Psychotherapie nach Fürstenau [23, 24], die strukturbezogene Psychotherapie nach Rudolf [25, 26, 27], die mentalisierungsgestützte Therapie nach Fonagy [28, 29] und die ressourcenbasierte psychodynamische Therapie traumabedingter Persönlichkeitsstörungen nach Wöller [30, 31] sowie die integrativen Konzepte der Neuropsychotherapie nach Grawe [32] und der integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen nach Fiedler [33].

Das Gemeinsame diese Ansätze ist, dass 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) abhängigkeitsspezifisch erfasst werden [34, 35, 36].

Aus diesem tiefenpsychologischen Grundverständnis leiten wir unser psychodynamisches Verständnis der Suchterkranken ab [35, 37, 38]:

- Abhängigkeitserkrankungen entstehen aus dem Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren (bio-psycho-soziales Krankheitsmodell).
- Vor der Abhängigkeitsentwicklung steht als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung eine psychische Eingangsproblematik.
- Zunächst dient der Konsum der Regulierung bzw. Kompensation dysfunktionaler interpersoneller Beziehungsmuster, intrapsychischer Konflikte und struktureller Einschränkungen („primäre psychodynamische Funktion des Suchtmittels“).
- 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“).
- Die psychischen Voraussetzungen und die psychischen Folgen des Konsumverhaltens sind wechselseitig aufeinander bezogen („zirkuläre Kausalität“).

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

- 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 [39].

Zu berücksichtigen ist dabei, dass einige Menschen mit Abhängigkeitserkrankung bereits in frühen Lebensphasen traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren. Im Rahmen einer traumasensiblen Behandlung versuchen wir, traumatische Erfahrungen systematisch zu berücksichtigen und in allen Abschnitten der Behandlung den größtmöglichen Kontrast zur traumatischen Situation herzustellen [40]. Entsprechend liegt der Schwerpunkt im dreistufigen Vorgehen mit Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration, in der Stabilisierung und behutsamen Annäherung [30, 41, 42, 43, 44].

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 [32, 45, 46, 47] und Fiedler [33, 48, 49, 50] 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 [32] 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 Model zeigt Abbildung 1:

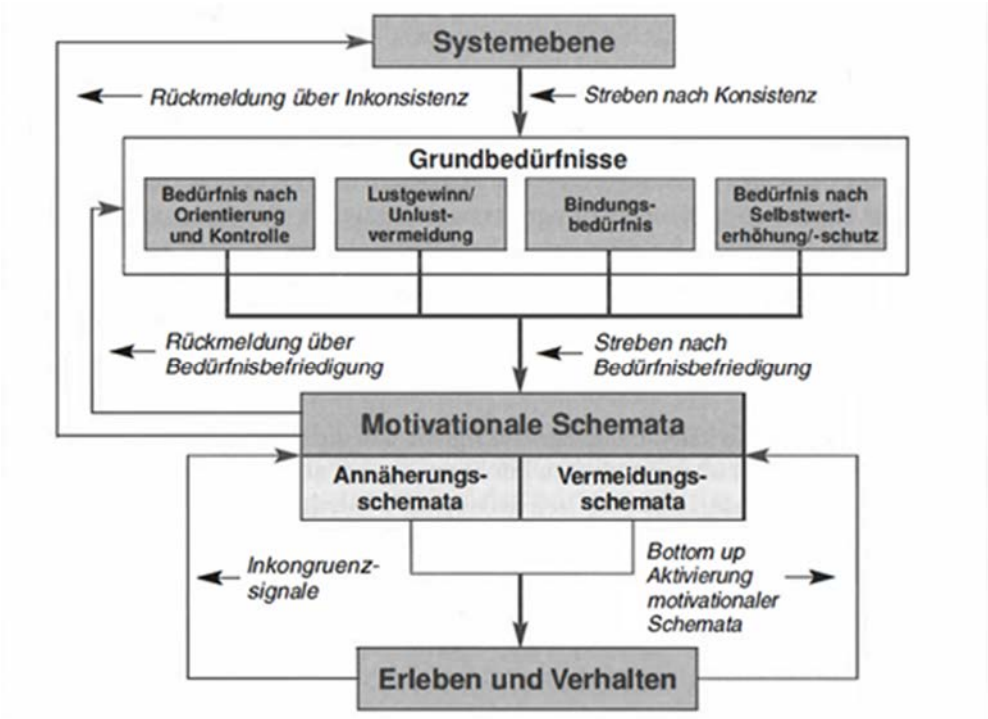


Abb. 1 Das konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens nach Grawe

Im Mittelpunkt des Ansatzes von Fiedler zu einer „Integrativen Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen“ [33] 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 Personeigenarten 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 steht 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 anderseits 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 [33].

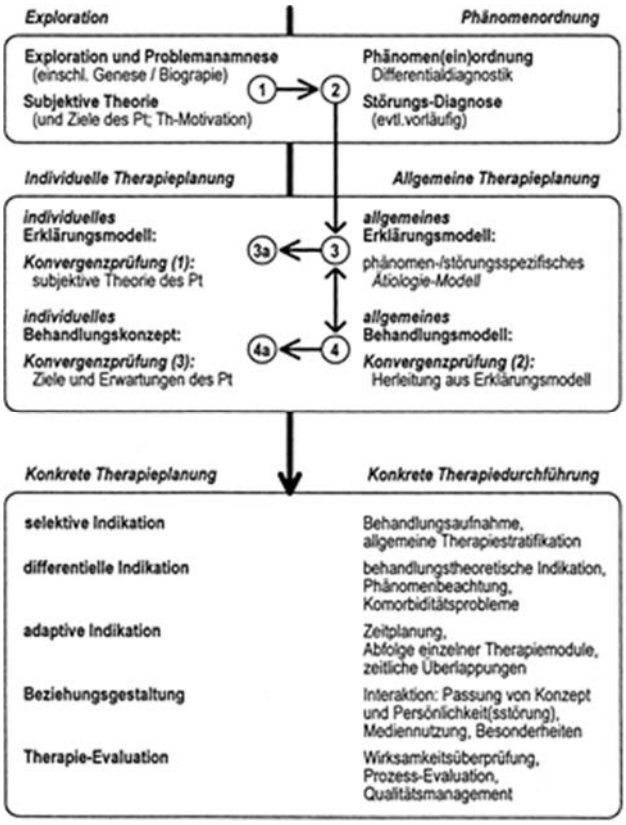


Abb. 2 Therapieplanung in der Integrativen Psychotherapie nach Fiedler

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 [33]: 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. Dem wird dadurch Rechnung getragen, dass die Einzel- und Gruppentherapeuten über unterschiedliche psychotherapeutische Ausbildungen verfügen. Hinzu kommen andere, nicht primär psychotherapeutisch orientierte Behandlungsformen (Sport-, Kunsttherapie, u. a. m, siehe 4.7).

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

Für Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankung, insbesondere Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung, 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 [51].

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:

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

Darüber hinaus kommt der stufenweisen 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 zunehmender Intensität mit ihrer Eigenverantwortung für die Entwicklung und Wahrung eines **therapeutisch wirksamen und belastungsstabilen Klimas** konfrontiert [52]. 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 [45] davon aus, dass es im Wesentlichen vier **allgemeine Wirkprinzipien** sind, denen schulübergreifend die größte Bedeutsamkeit für positive Änderungsprozesse in der Psychotherapie zugeschrieben werden müsse [46, 47]:

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

Im Rahmen seines „konsistenztheoretischen Modell des psychischen Geschehens“ betont Grawe [32] 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 Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen 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 [53]:

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

Ziel supportiver Psychotherapie sind neben der Symptomrückbildung die Stärkung der Ich-Funktionen, das Anhebung des Niveaus der Adaption und die Verbesserung des Selbstwertregulationssystems [54]. 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, die Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen sowie die Überwindung von pathologischer Affektinstabilität einschließlich auch pharmakologischer Behandlung [55].

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 [56, 57] 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 [58, 59, 60, 61, 62, 63]. 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 [64].

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 den Erwartungen an den eigenen Intimpartner aktiv in der Gruppe reflektiert und bearbeitet. Die Bearbeitung 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 das Herstellen von Bedingungen, die es allen Personen ermöglichen, ihre individuellen Potenziale, Talente und Leistungsfähigkeit in einem durch Offenheit geprägten Klima zu entfalten [65]. 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

Verständnis und Wissen über neurobiologische Abläufe beim Lernen und die regulative Wirkung von Suchtstoffen sind in den letzten Jahren deutlich gewachsen [66, 43]. Das Belohnungssystem im Mittelhirn steuert das Annäherungsverhalten und wird aktiviert durch alle als positiv erlebten Betätigungen. Suchtstoffe aktivieren das Belohnungssystem besonders stark und bewirkten 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 (und andere Strukturen).

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 [32, 67].

Wir nutzen die skizzierten neurobiologischen Erkenntnisse therapeutisch insbesondere in der Gruppen- und Einzeltherapie, insbesondere bei der Rückfallprophylaxe.

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.

Die neurobiologische Cravingforschung legt nahe, dass in Einzelfällen die ergänzende Behandlung mit sog. Anticraving-Medikamenten sinnvoll ist. Dies betrifft vor allem Rehabilitanden mit nach abgeschlossenem Entzug noch fortbestehenden Konzentrations- und mnestischen Störungen, innerer Unruhe und mäßig ausgeprägten Einschlafstörungen ohne weitere allgemeinpsychiatrische Symptomatik. Im Einzelfall prüfen wir, inwiefern der Einsatz dieser Medikamente eine sinnvolle Unterstützung in der Behandlung darstellt.

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.

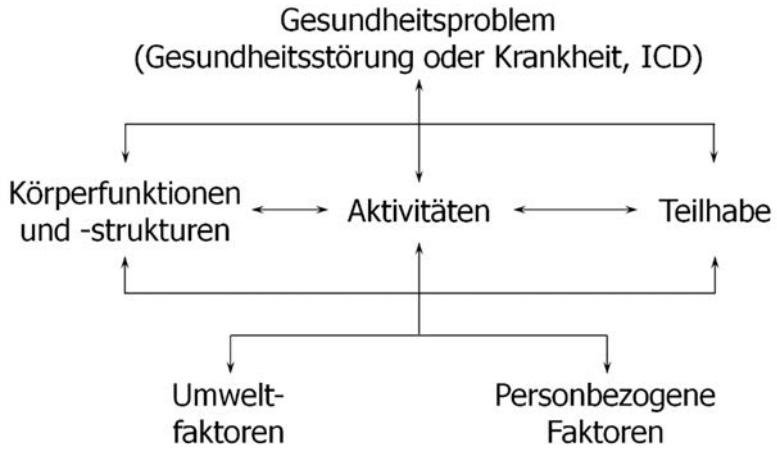


Abb. 4 Bio-psycho-soziales Modell der ICF

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 [68].

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 der AWMF S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ aufgeführten Vorgaben / Empfehlungen [69, 70]. Ferner orientiert es sich an den Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit [71].

Die Reha-Therapiestandards basieren auf evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM), die über Leistungen gemäß der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) [72] operationalisiert werden. Das Behandlungsangebot der A-Abteilung ist so aufgestellt, dass alle Vorgaben der aktuellen Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit erfüllt werden.

4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1 Indikationen / Kontraindikationen

Medizinische Indikationen zur Entwöhnungsbehandlung sind nachgehend genannte Störungen und Erkrankungen und deren Folge- und/oder Begleiterkrankungen:

- Manifeste Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten (ICD F10, F11 [Medikamente] und F13), auch bei Drogenbeikonsum (F11 bis F19),
- Manifeste Abhängigkeit von Cannabis (ICD F12), Kokain (ICD F14) oder Amphetaminen (F15), deren Behandlung in einer Drogenentwöhnungsbehandlung kontraindiziert ist.

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 - F73),
- 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.

Im Einzelfall können auch substituierte Rehabilitanden behandelt werden [73, 74].

Im Rahmen unseres therapeutischen Konzepts behandeln wir nicht zeitgleich beide Partner einer aktuellen Paarbeziehung.

Wir behandeln Frauen und Männer. Das Mindestalter für die Entwöhnungsbehandlung beträgt 18 Jahre, beim Höchstalter gibt es keine Beschränkung, entscheidend ist der Einzelfall.

4.2.2 Voraussetzungen der Behandlung

Voraussetzung zur Entwöhnungsbehandlung in der A-Abteilung unserer Klinik ist die Bereitschaft zu aktiver Teilnahme an der abstinenzorientierten Behandlung bei bestehender Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit. 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 Entwöhnungsbehandlung setzt voraus,

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

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

Darüber hinaus benötigen wir rechtzeitig medizinische Unterlagen über Krankengeschichte und aktuelle Medikation.

Die Entzugsbehandlung sollte vor Antritt der Entwöhnungsbehandlung abgeschlossen sein.

Entzüge bei Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit können derzeit nicht in unserem Hause durchgeführt werden. Entsprechend können intoxikierte Rehabilitanden nicht aufgenommen werden.

4.2.3 Behandlung komorbider Rehabilitanden

Komorbidität bezeichnet hier das gleichzeitige Auftreten einer Suchterkrankung und einer behandlungsbedürftigen schweren psychiatrischen Erkrankung. Nach gegenwärtigem wissenschaftlichen Konsens [55, 75, 76, 77] 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 der qualitativ schwerwiegenden 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 Entwöhnungsbehandlung einzelner Rehabilitanden mit diesen Krankheitsbildern ist in der A-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 [78].

In Therapiegruppen, in welchen Rehabilitanden mit schweren psychiatrischen Grunderkrankungen dominieren, ist 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 Entwöhnungsbehandlung teilnehmen machen ca. 80 % alle Rehabilitanden aus.

Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung werden immer wieder in allen Bereichen des therapeutischen Prozesses persönlichkeitstypische 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 zu klären.

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 [79].

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 ambulanten 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.

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 und stärker strukturorientiert 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 [80, 81, 82, 83]. 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.

In der Ergotherapie und 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. In der Werk- und Arbeitstherapie werden die handwerklichen Fähigkeiten erfasst, daraus können sich Vorschläge für nachfolgende adaptive oder allgemein berufsfördernde Maßnahmen ergeben.

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 Behandlung 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 integrativen Behandlungskonzeptes grundsätzlich therapeutisch ebenso gut erreichbar wie andere Rehabilitanden auch [82]. Der Anteil von Rehabilitanden mit erheblich ausgeprägter psychiatrischer Komorbidität umfasst ca. 20 %.

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 oder der Krankenversicherung (gemäß §§ 9 - 32 SGB VI bzw. §§ 11, 40 SGB V) [84, 85].

Die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Befähigung zu einer selbstständigen Lebensführung sind Therapieziele von besonderer Bedeutung.

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

- die eigene Abhängigkeit als Erkrankung zu erkennen und in ihrem Ausmaß wahrzunehmen,
- die Bedeutung der Suchtstoffeinnahme 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 und Akzeptanz der eigenen subjektiven Belastungsgrenzen und
- 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 vermehrt Rehabilitanden Zugang zur Entwöhnungsbehandlung, 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 Kompensation struktureller Defizite und/oder Abspaltung elementarer aggressiver oder libidinöser Bedürfnisse in den Suchtstoff [86, 87].

Der therapeutische Ansatz zur Behandlung dieser Rehabilitanden umfasst sowohl Diagnostik und Behandlung der zugrunde liegenden psychischen Konflikte und strukturellen Störungen 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 oft „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 [20, 21, 25, 26, 86, 88].

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

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

3. Handlungsorientierte Ebene:
   - Erlernen einer differenzierten Wahrnehmung der sozialen Realität unter Berücksichtigung von Orientierungshilfen
   - Selbstständige Bewältigung und Durchsetzung eigener Belange im Umgang mit Ämtern und Behörden
   - Schuldenregulierung
   - Erfolgreiche Belastungstrainings in der Arbeitstherapie
   - 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 individuumzentrierter Behandlung ist je nach Schwere des Krankheitsbildes und der Vorbehandlung des Einzelnen eine individuell flexible Behandlungsdauer erforderlich.

Innerhalb der ersten Behandlungswoche wird nach abgeschlossener Eingangsdiagnostik 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 [89, 90]. Bei der Planung der Behandlungsdauer wird der Rehabilitand einbezogen.

Die durchschnittliche Behandlungsdauer für die Rehabilitanden der A-Abteilung beträgt bei Abhängigkeit von Alkohol und/oder Medikamenten (und evtl. Drogenbeikonsum) bis zu 16 Wochen je nach Leistungs-/Kostenträger, im Einzelfall auch länger, und bei Abhängigkeit von Cannabis, Kokain oder Amphetaminen, deren Behandlung in einer Drogenentwöhnungsbehandlung kontraindiziert ist, bis zu 20 Wochen.

Rehabilitationsdauer bei Wiederholern: Rehabilitanden, die erneut eine stationäre Behandlung benötigen und in der Regel rückfällig geworden sind, können oft auf Erfahrungen aus der vorhergehenden Behandlung 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 Entwöhnungsbehandlung.

Wenn die vorangegangene Entwöhnungsbehandlung weniger als ein Jahr zurückliegt, gehen wir von 8 Wochen aus. 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. Er sollte jedoch von vornherein die Lebensperspektive nach Abschluss erfolgreich beendeter Entwöhnungsbehandlung einbeziehen und einen Zeitraum von ca. einem Jahr umfassen [89]. 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 mit in der Regel jeweils zwei therapeutischen Einheiten à 75 Minuten vormittags und nachmittags (siehe Wochenplan im Anhang, 14.3). Darin sind variable, auf den Einzelfall abgestimmte therapeutische Bausteine als Bestandteil des individuellen Therapieplans enthalten.

Die Gruppenzusammensetzungen sind einerseits fest, wie in der Gruppentherapie, in anderen Bereichen fest und variabel. Letzteres meint, dass zum Beispiel die Sporttherapie einerseits im Rahmen der Bezugsgruppe stattfindet (heterogen hinsichtlich Fitness, Schwerpunkt Interaktion, Spiele,

Freizeit) andererseits aber auch bezugsgruppenübergreifend (eher belastungshomogen, Schwerpunkt z. B. Ausdauertraining). Diese Aufteilung in ein Basis- und ein darüber hinausgehendes indikatives Angebot gilt für Sport-, Bewegungs-/Tanz-, Werk- und Kreativtherapie / Kreatives Training (beschrieben in 4.7.6.1, 4.7.6.2, 4.7.5.2, 4.7.5.3).

Die Zuordnung des Rehabilitanden zu den einzelnen indikativen Angeboten und die Festlegung der Teilnahme an den arbeitstherapeutischen Funktionsbereichen wird in einem strukturierten Verfahren unter Einbeziehung des jeweiligen Rehabilitanden individuell festgelegt und während der Behandlung immer wieder angepasst.

Die fachgerechte Behandlung des Einzelnen und von ganzen Gruppen erfordert 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. In Einzelgesprächen und Gruppenangeboten werden diese Grundregeln der Behandlung des Zusammenlebens thematisiert und bearbeitet. Ein flexibler Umgang mit den verschiedenen Formen der Nichteinhaltung von Regeln ist therapeutisch unverzichtbar, da es vielen Menschen mit einer Abhängigkeitserkrankung oft schwerfällt, in schwierigen Situationen selbstkritisch und mit anderen gemeinsam um einen für alle Seiten tragbaren Kompromiss zu ringen.

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.

4.5.1 Behandlungsphasen

Der gesamte therapeutische Prozess ist in zwei Phasen eingeteilt:

- **Erste Phase: Eingewöhnungs-/Motivationsphase** (bis zu 3 Wochen, Basisgruppe)
- **Zweite Phase: Neuorientierungsphase** (ab 4. Woche, Stammgruppen)

Zu Behandlungsbeginn sind Eingewöhnung, Integration und Einbindung des neu aufgenommenen Rehabilitanden vorrangig (Basisgruppe, bis zu drei Wochen). Im Mittelpunkt stehen der Aufbau einer Vertrauensbasis und einer therapeutischen Beziehung; die Selbstfindung und Rückbesinnung auf die eigene Person im therapeutischen Milieu der Klinik; motivationsverstärkende Interaktionen bei drohendem Therapieabbruch; das Training gruppentherapeutischer Regeln; die erste Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen und denen der Gruppe; die Vertiefung einer nur oberflächlichen oder situationsabhängigen Krankheitseinsicht; die Auftragsklärung im Sinne der Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Erwartungen an die Behandlung; die Transparenz des interdisziplinären Angebotes.

Notwendigkeit und Dauer dieser Phase hängen vom Einzelfall ab. Hilfreiche therapeutische Vorerfahrungen, klare Krankheitseinsicht und gute Therapiemotivation, aber auch eine durch den Kosten-/Leistungsträger vorgegebene kurze Gesamtverweildauer können zu einer Verkürzung oder einem Überspringen dieser Phase führen. Darüber hinaus werden Wiederholer, die erst vor Kurzem eine Entwöhnungsbehandlung in unserer Klinik beendet haben, in aller Regel sofort in eine Stammgruppe, d. h. in die zweite Phase, aufgenommen.

Unabhängig von der Teilnahme an der Basisgruppe werden in der ersten Woche der Behandlung der aktuelle Stand bezüglich Krankheitseinsicht und Therapiemotivation geklärt, Rehabilitationsziele und -diagnosen festgelegt und die Therapieplanung vorangetrieben, oft nur vorläufig, aber stets in kritischer Reflexion.

Die Erfahrungen der ersten Phase werden am Ende in einer bilanzierenden Fallbesprechung zusammengetragen. Nach Festlegung weiterer Zwischenziele wird dann durch uns entschieden, in welche der drei Stammgruppen der Rehabilitand intern verlegt wird, dabei wird der Wunsch des Rehabilitanden berücksichtigt.

Wesentliche Ziele dieser zweiten Phase (Stammgruppenzeit), die bei einer 16-wöchigen Therapiedauer in der Regel ca. 13 Wochen dauert, sind: Verbesserung und Stabilisierung des körperlichen

Zustands, Aufbau gesundheitsförderlicher Einstellungen, Einsicht in den Zusammenhang von Lebensstil, Suchterkrankung bzw. Gesundheit, Stärkung von gesundheitsförderlichen Ressourcen; Festigung und Vertiefung der Krankheitseinsicht; Erkennen, Erleben und Bearbeiten von Zusammenhängen zwischen psychischen Störungen / Defiziten und aktuellen bzw. chronischen konflikthaften Situationen, Stabilisierung des Selbstwertgefühls, Fördern des Realitätsbezugs und der psychosozialen Kompetenzen; Vorbereitung auf altes oder neues Berufsfeld, Einschätzung und Überprüfung der Leistungsfähigkeit, Erprobung des bisher erreichten Therapieerfolges unter Belastungsbedingungen, Unterstützung der sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.

4.5.2 Behandlungsformen (vollstationär / ganztägig ambulant)

Die Entwöhnungsbehandlung ist ein wesentlicher Baustein in der individuellen Entwicklung eines Menschen mit Abhängigkeitserkrankung mit dem Ziel, die Abhängigkeitserkrankung und damit verbundene Probleme in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht zu überwinden. Um den therapeutischen Prozess der Entwöhnungsbehandlung optimal nutzen zu können, ist eine möglichst enge Verknüpfung mit den therapeutischen Hilfen vor und nach der Entwöhnungsbehandlung und eine konstruktive Auseinandersetzung mit der jeweiligen Lebenssituation unverzichtbar. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Anschlussperspektiven sind wir bestrebt, den therapeutischen Prozess in der Entwöhnungsbehandlung so zu gestalten, dass den individuellen Bedürfnissen des einzelnen Rehabilitanden Rechnung getragen wird - bei Wahrung des therapeutischen Gesamtrahmens.

Die Entwöhnungsbehandlung kann in der A-Abteilung der Psychosomatischen Klinik

- vollstationär durchgeführt,
- vollstationär begonnen und ganztägig ambulant weitergeführt,
- ganztägig ambulant durchgeführt,
- ganztägig ambulant begonnen und vollstationär weitergeführt werden.

Darüber hinaus kann die Behandlung auch

- (extern) ambulant begonnen und in der Klinik ganztägig ambulant oder vollstationär weitergeführt und dann ambulant fortgesetzt werden.

Sofern Rehabilitanden eine ambulante Entwöhnungsbehandlung in der Versorgungsregion der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach begonnen haben und dann nach Klärung der entsprechenden Indikation die Behandlung in der Klinik ganztägig ambulanter oder vollstationär fortgeführt wird, halten wir eine Mindestbehandlungsdauer von in der Regel 8 Wochen für notwendig, damit sich diese Rehabilitanden nach Wechsel des therapeutischen Settings auf den therapeutischen Prozess unter veränderten Rahmenbedingungen einlassen können.

Wir ermöglichen damit allen Beratungs- und Behandlungsstellen der Region - nach Abklärung der leistungsrechtlichen Fragen und der Indikation - eine gewissermaßen zwischengeschaltete ganztägig ambulante oder vollstationäre Behandlung bei bereits begonnener ambulanter Behandlung.

Durch die Möglichkeit, verschiedene Behandlungsformen (vollstationär, ganztägig ambulant, ambulant) in der Einrichtung und/oder in enger Verzahnung mit vor- und nachbehandelnden Institutionen modulartig zu kombinieren, kann der gesamte Behandlungsprozess maximal an die Notwendigkeiten des Einzelfalles angepasst werden. Damit wird auch einer Spaltung der verschiedenen Therapieformen entgegengetreten und die Behandlung unter ökonomischen Aspekten optimiert [91].

Das vorliegende Konzept ist die Grundlage für beide Behandlungsformen (vollstationär und/oder ganztägig ambulant). Für die Ganztägig ambulante Behandlung (GAT) und die Kombi-Behandlung (KOMBI) gelten folgende Besonderheiten:

4.5.2.1 Ganztägig ambulante Behandlung (GAT)

Das Angebot der vollständig ganztägig ambulanten Behandlung richtet sich an solche Rehabilitanden, die einerseits so viel psychische Struktur, Ordnung und soziale Stabilität aufweisen, dass eine vollstationäre Behandlung nicht oder nicht mehr notwendig ist, die aber andererseits noch einer geregelten Tagesstruktur bedürfen und die durch die Fortsetzung der Behandlung in einem nur ambulanten Rahmen überfordert wären.

Im Einzelnen gelten folgende Kriterien [4]: Die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet können voraussichtlich ganztägig ambulant erfolgreich behandelt werden. Der Rehabilitand benötigt ein intensives und strukturiertes Behandlungsangebot. Der Rehabilitand ist fähig, in den therapiefreien Zeiten selbstständig abstinent zu leben. Ein im Vergleich zur niedrigfrequenten ambulanten Rehabilitation relativ hochfrequenter Einsatz psycho- und sozialtherapeutischer und unterstützender Behandlungsmethoden ist erforderlich. Eine stabile Wohnsituation ist vorhanden. Das soziale Umfeld hat unterstützende Funktion. Es ist erkennbar, dass die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit, zur Teilnahme und Einhaltung der Regularien der ganztägig ambulanten Rehabilitation vorhanden ist. Der Rehabilitand ist ausreichend belastbar, um am Rehabilitationsprogramm teilnehmen zu können und während der ganztägig ambulanten Rehabilitation abstinent zu bleiben.

Das Angebot ist gedacht für Rehabilitanden der Region (Großraum Köln, Bonn, Leverkusen, Rheinisch-Bergischer Kreis), die die Klinik täglich mit zumutbarem Zeitaufwand erreichen können (bis zu 45 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, siehe 14.8 Einzugsgebiet / Postleitzahlen).

Bei Vorliegen einer entsprechenden Indikation kann die gesamte Maßnahme ganztägig ambulant durchgeführt werden, sie kann aber auch ganztägig ambulant begonnen und vollstationär beendet bzw. vollstationär begonnen und ganztägig ambulant beendet werden.

Ganztägig ambulant bedeutet, dass der Rehabilitand werktags in der Regel zwischen 8:30 Uhr und 16:45 Uhr (dienstags bis 13:45 Uhr) am stationären Programm teilnimmt, sich sonst aber außerhalb der Klinik aufhält. Er nimmt wie jeder andere Rehabilitand der vollstationären Behandlung an allen werktäglichen Therapieeinheiten teil. Das therapeutische Angebot unterscheidet sich nicht vom vollstationären Angebot (in den oben genannten Zeiten).

Die ganztägig ambulante Behandlung ist eine Option, im Einzelfall beim Vorliegen der genannten Voraussetzungen das vollstationäre therapeutische Setting sinnvoll zu modifizieren (ganztägig ambulante Phase) bzw. zu ersetzen (komplett ganztägig ambulante Behandlung). Die oben genannte Indikation ist deshalb breit und offen gehalten, um den Lebensbedingungen des Einzelnen Rechnung tragen zu können. Bzgl. der Festlegung der Behandlungsdauer gelten die gleichen Grundsätze wie bei vollstationären Behandlungen (siehe 4.4 Behandlungsdauer).

Durch die ganztägig ambulante Phase / Behandlung ist es möglich, die Rehabilitanden stärker in den realen Lebensraum ihres Alltages einzubinden (Rückkehr in die Wohnung, Einbindung in die häusliche Realität, Pflege und Aufbau sozialer Kontakte); im Einzelfall können sich daraus flexiblere Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Neuorientierung vor Ort ergeben.

Formale Voraussetzungen für den Übergang von vollstationärer zu ganztägig ambulanter Phase ist eine ausreichende Stabilisierung in der Behandlung bei vorhandenem stabilen Wohn- und Sozialumfeld (siehe oben genannte Kriterien). Entscheidend ist der Einzelfall; grundsätzlich ist ein Wechsel in den ganztägig ambulanten Status zu jedem Zeitpunkt möglich.

Sollte sich während der ganztägig ambulanten Behandlung herausstellen, dass der Rehabilitand mit diesem Setting überfordert ist, kann er - nach Zustimmung des zuständigen Leistungs-/Kostenträgers - in die vollstationäre Behandlungsform übernommen werden. Klare Anzeichen von Überforderung sind z. B. ein erfolgter Rückfall, ein vom Rehabilitanden mit hoher Wahrscheinlichkeit erwarteter Rückfall (massives Craving bei krisenhafter Zuspitzung) und deutliche Veränderungen im Wohn- oder Sozialumfeld, die mit Instabilität einhergehen.

4.5.2.2 Kombi-Behandlung (KOMBI)

Die Kombinationsbehandlung ist ein weiteres Angebot neben einer ambulanten, ganztägig ambulanten oder stationären Entwöhnungsbehandlung [92]. Die Kombinationsbehandlung ist eine Leistungsform, die sich aus verschiedenen Phasen zusammensetzt und vor Beginn der Rehabilitation bewilligt werden muss. Die erste Phase kann in stationärer oder ganztägig ambulanter Form durchgeführt werden (siehe 4.5.2.1). Im Anschluss an die stationäre oder ganztägig ambulante Rehabilitation folgt die Fortführung im ambulanten Setting. Die erste stationäre / ganztägig ambulante Phase dauert 8 Wochen. Sollte sich im Einzelfall ein längerer stationärer oder ganztägig ambulanter Therapiebedarf ergeben, muss rechtzeitig mit dem Leistungsträger Rücksprache genommen werden.

Für die ambulante Phase, die bei einem anerkannten externen Rehabilitationsträger durchgeführt wird, werden in der Regel 40 Therapieeinheiten plus 4 Therapieeinheiten für Bezugspersonen über eine Zeitdauer von 26 Wochen bewilligt. Die Dauer der Therapiegespräche beträgt 100 Minuten für Gruppengespräche und 50 Minuten für Einzelgespräche. Der Beginn der ambulanten Phase (erste Therapieeinheit) liegt innerhalb einer Woche nach dem Tag der Entlassung aus der stationären / ganztägig ambulanten Phase hier.

Bei der Kombinationsbehandlung gelten die gleichen Vorgehensweisen in der Rückfallbearbeitung / Krisenintervention (siehe 4.7.4.5, 4.7.11) wie bei anderen Behandlungsformen. Wir, als Rehabilitationseinrichtung mit stationärem bzw. ganztägig ambulantem Angebot, sind für den Übergang in die nachfolgende ambulante Phase eigenständig verantwortlich. Für unseren Teil der Kombinationsbehandlung fertigen wir einen eigenständigen Entlassungsbericht.

Da die Durchführung einer Kombinationsbehandlung von den Rehabilitanden die Fähigkeit verlangt, sich in den unterschiedlichen Settings in einer weiterführenden Phase neu und schnell zu orientieren, sollten die persönlichen Voraussetzungen, die für die Durchführung einer Kombinationsbehandlung sprechen, insbesondere auf die vorhandenen individuellen Ressourcen wie ein unterstützendes soziales Umfeld und die Nutzung sozialer (familiärer und beruflicher) Ressourcen abgestellt werden.

Eine Kombinationsbehandlung kommt insbesondere in Frage [92], wenn z. B. die sozialen Voraussetzungen (Bindungen, Stützsysteme, soziale Strukturen) vorhanden sind, diese aber derzeit wegen Rückfälligkeit und/oder anderer suchtmittelbedingter Krisen nicht zur Stabilisierung genutzt werden können; die Rehabilitationsfähigkeit und die Persönlichkeit des Rehabilitanden (ggf. durch Vorerfahrung) soweit ausgeprägt sind, dass die Kombination stationärer, ganztägig ambulanter und ambulanter Intervention von diesem aktiv genutzt werden kann; eine langfristige Abwesenheit bei einem vorhandenen Arbeitsplatz als problematisch angesehen wird; Distanz vom sozialen Umfeld vorübergehend erforderlich ist; jeweilige Rehabilitationsziele für die unterschiedlichen Rehabilitationsformen benannt sind; die Störungen auf psychischem, körperlichem und sozialem Gebiet nach Stabilisierung im Verlauf der Rehabilitation voraussichtlich in anderen Rehabilitationsformen erfolgreich weiterbehandelt werden können; der Rehabilitand nicht durchgehend ein intensiv strukturiertes Behandlungsangebot benötigt oder der Rehabilitand fähig ist, in den therapiefreien Zeiten der ambulanten Phase selbstständig abstinent zu leben.

Soweit in unserem Hause der ganztägig ambulante Teil einer Kombibehandlung absolviert wird, richtet sich das Angebot an Rehabilitanden der Region (Großraum Köln, Bonn, Leverkusen, Rheinisch-Bergischer Kreis), die die Klinik täglich mit zumutbarem Zeitaufwand erreichen können (bis zu 45 Minuten Fahrtzeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, siehe 4.5.2.1 und 14.8). Darüber hinaus gilt hier das unter 4.5.2.1 Ausgeführte.

Bei der Kombi-Behandlung kommen der Kooperation, der Koordination, der Begleitung des Rehabilitanden und dem Schnittstellenmanagement besondere Bedeutung zu. In Fallbesprechungen werden in regelmäßigen Abständen der bisherige, der aktuelle und der weiter geplante Rehabilitationsverlauf in Bezug auf den Rehabilitanden besprochen und die nächsten Schritte eingeleitet. Informationsaustausch und Zielvereinbarungsgespräche mit den vor- bzw. nachbehandelnden Stellen erfolgt überwiegend telefonisch, strukturiert und geplant. Bei Bedarf finden Qualitätszirkel statt, in denen insbesondere Prozesse der Zusammenarbeit bewertet und optimiert werden.

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].

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.

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), indikative Bausteine (4.7.4.3) 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) führt 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).

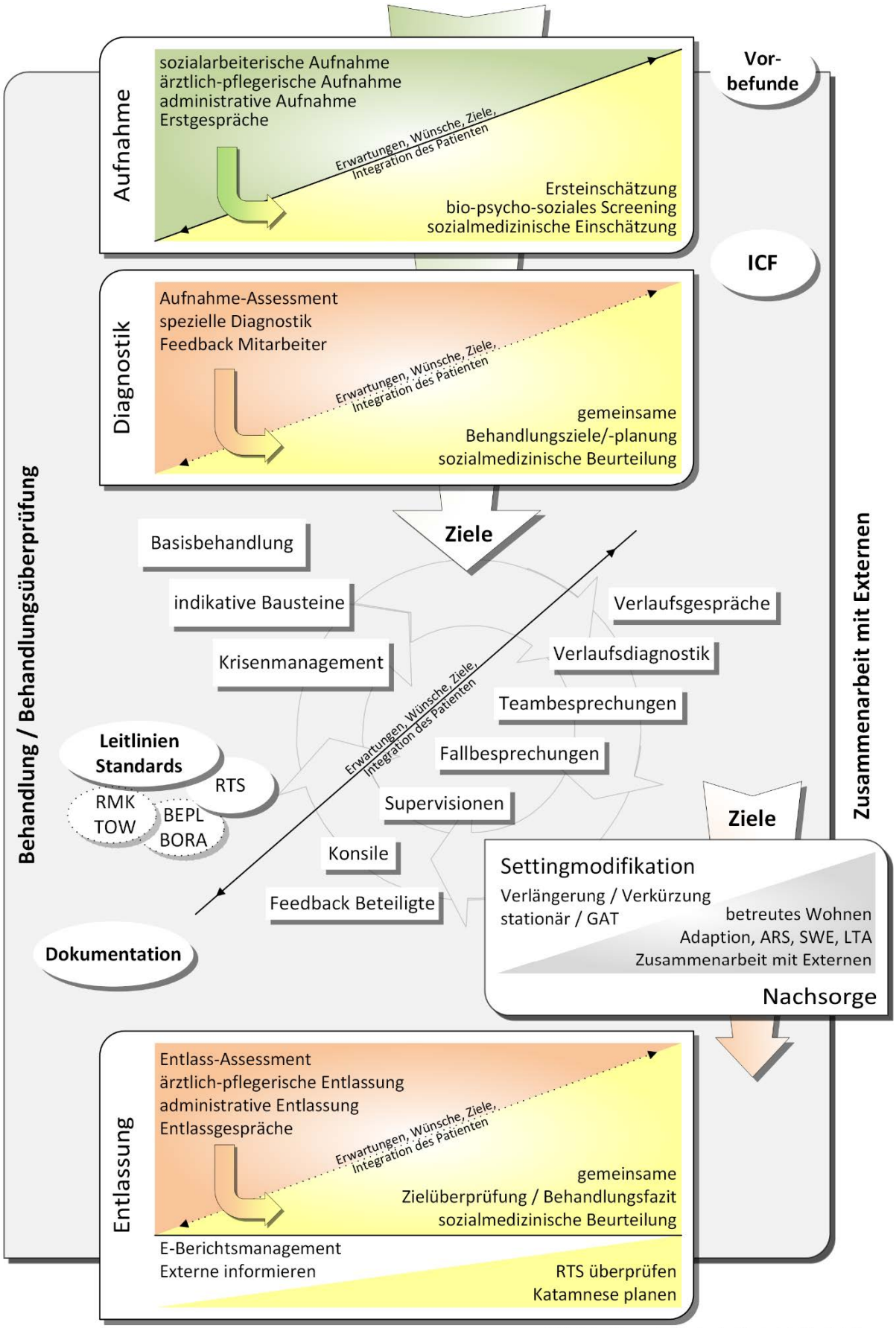
Der Behandlungsverlauf wird überprüft und die Behandlungsziele werden fortgeschrieben (Behandlungsüberprüfung, siehe auch 4.3). Besonders wichtig ist hier die Integration des Rehabilitanden in alle Behandlungsprozesse.

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, ganztägig ambulante Behandlungsform, siehe 4.5.2.1).

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 ambulanter Folgemaßnahmen oder einer Adaption beantragt (siehe 4.7.14) oder ein Hilfeplanverfahren für die Vermittlung in ein Wohnheim eingeleitet (siehe 7.1).

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 Entlassungsbericht 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 Grafik der nächsten Seite verdeutlicht die dem Rehabilitationsprogramm zugrunde liegenden Kernprozesse (Vorbereitung, Aufnahme, Planung, Durchführung und Überprüfung des Behandlungsprozesses, Nachsorge, Entlassung und Dokumentation).



Behandlungsplanung
und -überprüfung
PSK A-Abt.

RTS: Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit
RMK: Reha-Management-Kategorien, TOW: Therapie-Orientierungs-Werte
ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
BEPL: Besondere erwerbsbezogene Problemlagen, GAT: Ganztägig Ambulante Therapie
BORA: Berufliche Orientierung in der Reha Abhängigkeitskranker, ARS: Ambulante Reha Sucht
SWE: Stufenweise Wiedereingliederung, LTA: Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Das Vorgehen bei der Aufnahme ist durch eine Verfahrensanweisung geregelt (siehe auch 14.7.1 Prozessbeschreibung „Aufnahmeuntersuchung“). Der Sozialdienst organisiert den Aufnahmetag und dient als erster Ansprechpartner des Rehabilitanden. Er wird vom Pflegedienst aktiv unterstützt (siehe 4.7.11).

Nach Durchführung einer Atemalkoholkontrolle, nach Abschluss der administrativen, pflegerischen und ärztlichen Aufnahme und Zimmerbezug wird der Rehabilitand vom Bezugstherapeuten, einer hauswirtschaftlichen Mitarbeiterin und dem Chefarzt jeweils getrennt in Erstgesprächen gesehen. Es werden Wünsche des Rehabilitanden und Besonderheiten der Behandlung geklärt und erste diagnostische Einschätzungen vorgenommen. Dadurch ist gewährleistet, das fachärztliche Untersuchung und Erstdiagnostik einschließlich Dokumentation am Aufnahmetag abgeschlossen sind, bei zeitlichen Engpässen (z. B. der Rehabilitand erscheint deutlich verspätet zur Aufnahme), spätestens am Folgetag.

Dem Rehabilitanden wird ein Pate zugewiesen, der dem neuen Rehabilitanden das Haus und alle notwendigen Räume zeigt und praktische Fragen beantwortet. Bei dem Paten handelt es sich um einen Mitrehabilitanden, der schon länger in Behandlung ist, nach Möglichkeit der Zimmerkollege.

Der Rehabilitand erfährt, in welche Therapiegruppe er aufgenommen wird und welche Therapieeinheiten ihn am nächsten Tag erwarteten. Ab dem 2. Behandlungstag nimmt der Rehabilitand am Behandlungsprogramm vollumfänglich teil.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Am Aufnahmetag erfolgt eine Vorstellung des Rehabilitanden durch den aufnehmenden Sozialarbeiter und Stationsarzt in der Teamsitzung (an der alle Berufsgruppen teilnehmen). Im weiteren Verlauf wird der Rehabilitand regelmäßig in Teamsitzungen vom Stationsarzt und dem zuständigen Einzel-/Gruppentherapeuten besprochen.

Nach drei Wochen findet eine erste Fallbesprechung statt, wo sämtliche Berufsgruppen die getroffenen Erkenntnisse über den Rehabilitanden vorstellen und diskutieren. Weitere Fallbesprechungen werden bei Bedarf durchgeführt.

Die somatische Diagnostik erfolgt durch den Stationsarzt. Hilfsmittel hierfür sind das Labor, ggf. EKG, Urindrogenscreenings, Alkoholtests und körperliche Untersuchungen. Ggf. werden niedergelassene Fachkollegen sowie umliegende Krankenhäuser hinzugezogen.

Die psychische Diagnostik erfolgt durch den Stationsarzt am Tag der Aufnahme und regelmäßig in den täglichen Arztsprechstunden. Psychische Auffälligkeiten werden auch im Team thematisiert, der Stationsarzt geht den Hinweisen umgehend nach. Eine Intervision durch Oberarzt bzw. Chefarzt ist stets gegeben.

Die soziale Diagnostik erfolgt durch den Sozialdienst und den Einzeltherapeuten in den ersten drei Behandlungswochen des Rehabilitanden. Die arbeitsbezogene Diagnostik erfolgt durch die Arbeitstherapeuten, den Einzel-/Gruppentherapeuten und den Stationsarzt.

Die Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren und die entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik erfolgen jeweils durch den Einzel-/Gruppentherapeuten. Die Diagnostik der Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen erfolgt durch den Einzel-/Gruppentherapeuten und den Stationsarzt.

Zur Unterstützung der Eingangsdiagnostik, Verlaufsdiagnostik und Abschlussdiagnostik stehen unterschiedliche psychologische Testverfahren zur Verfügung. Diese werden regelmäßig durch Psychologen durchgeführt, ausgewertet und interpretiert. Art und Umfang testdiagnostischer Erhebungen hängen auch von vorhandenen Vorbefunden, der Offenheit des Rehabilitanden zur Teilnahme, seinem kulturellen Hintergrund und seinen Deutschkenntnissen ab.

Als testpsychologische Standarddiagnostik werden folgende Fragebögen / Testverfahren erhoben bzw. durchgeführt: das Beck-Depressionsinventar (BDI-II/-SF), die Symptom-Checklist-90 (SCL-90-

S) und der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF) [93, 94, 95, 96, 97]. Bei Bedarf erfolgt eine Intelligenzdiagnostik mittels Intelligenz-Struktur-Test (IST) und eine Konzentrationsdiagnostik mittels Aufmerksamkeits-Belastungs-Test d2 (Test d2) [98, 99]. Darüber hinaus stehen weitere testdiagnostische Verfahren zur Verfügung.

Die Testung erfolgt in den ersten 14 Tagen des Aufenthalts des Rehabilitanden. Kurz vor der Entlassung wird eine erneute Testung durchgeführt, um die Verlaufsdiagnostik zu gewährleisten.

Diese Tests sind Bestandteil der Rehabilitandenakte. Ihre Ergebnisse und daraus resultierende Fragestellungen werden in den gemeinsamen Teamsitzungen bzw. bei der nächsten Fallbesprechung erörtert und ggf. Hilfestellungen für den Rehabilitanden erarbeitet und festgelegt.

4.7.3 Medizinische Therapie

Die Rehabilitationsbehandlung für Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung wird als Maßnahme der medizinischen Rehabilitation unter ärztlicher Leitung des Chefarztes (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für psychotherapeutische Medizin, Suchtmedizin) durchgeführt. Ihm bzw. dem leitenden Oberarzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) obliegt die fachärztliche Beurteilung jedes Rehabilitanden einschließlich der psychopharmakologischen Behandlung. Der therapeutische Abteilungsleiter (Dipl.-Psychologe, approbierter Psychologischer Psychotherapeut) leitet die Teamsitzungen und Fallkonferenzen und ist für die Steuerung des Rehabilitationsprozesses zuständig.

Dem Stationsarzt obliegt die körperliche Untersuchung der Rehabilitanden einschließlich Abschlussuntersuchung, Befunderhebung und ggf. die Einleitung konsiliar-ärztlicher 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 Stationsarzt stellt die Befunde der Aufnahmeuntersuchung in der Teamsitzung vor, wie auch im weiteren medizinischen Behandlungsprozess, inklusive erforderlicher Maßnahmen. Darüber hinaus führt er regelmäßig Informationsveranstaltungen für Rehabilitanden zu allgemeinmedizinischen Themen inklusive gesundheitsförderndem Verhalten durch (siehe 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining). Hierzu gehört auch der Hinweis auf die regelmäßig stattfindende Ernährungsberatung. Informationen über Risiken des Nikotinkonsums (und Möglichkeiten der Nikotinentwöhnung) und anderer als Verhaltenssüchte definierter Verhaltensweisen (wie inadäquate Internetnutzung etc.) werden in Informationsgruppen thematisiert (siehe 4.7.4.3 Raucherentwöhnung).

Sprechstunden des Stationsarztes werden werktäglich abgehalten, fachärztliche Sprechstunden (Chefarzt bzw. Oberarzt) wöchentlich und jeweils bei Bedarf. Regelmäßig werden Visiten durchgeführt; durch ein entsprechendes Monitoring ist gesichert, dass jeder Rehabilitand min. 14-tägig vom Stationsarzt gesehen wird. Der Stationsarzt nimmt regelmäßig am Bereitschaftsdienst der Klinik teil, stets (d. h. 24 Stunden, 7 Tage pro Woche) ist die ärztliche Versorgung sichergestellt einschließlich ggf. erforderlicher Interventionen oder Verlegung bei allgemeinmedizinischen Problemen. Ggf. kann ein Rehabilitand auch zur Krisenintervention separiert werden.

Die Durchführung von Suchtstoffscreenings ist mehrheitlich an Mitarbeiter delegiert. Es werden anlassbezogen und spontan Alkohol- (per Atemluft) und Drogentests (per Urinprobe) durchgeführt 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 Ergänzung der gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen und findet grundsätzlich einmal pro Woche à 30 bis 50 Minuten statt. Zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung sind ggf. höherfrequente einzelpsychotherapeutische Gespräche er-

forderlich, 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.

Grundsätzlich sind wir bestrebt, dass der Einzeltherapeut mit dem Gruppentherapeuten identisch ist. Die einzelpsychotherapeutischen Gespräche, welche stets vereinbart werden (in Abgrenzung zu anderen Gesprächen und Kriseninterventionen), 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. Wiederkehrende Themen der Einzeltherapie sind die Besprechung des Behandlungsplans, die Überprüfung gemeinsam erarbeiteter Zwischenschritte und ggf. die Modifikation des Plans.

4.7.4.2 Gruppenpsychotherapie

Gruppenpsychotherapie ist nach unserem Verständnis keine Einzeltherapie in der Gruppe, sondern ein qualitativ anderes therapeutisches Angebot als die Einzelpsychotherapie. Die therapeutische Ausrichtung ist in der Einzel- und Gruppenpsychotherapie nach tiefenpsychologischen 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 gruppendynamischen Setting als Gruppe gemeinsame Emotionen und Affekte. Entscheidend sind der gruppendynamische 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 die gruppendynamischen Prozesse innerhalb der Gruppe unter Einbeziehung des Gruppentherapeuten im Sinne des „Prinzips Antwort“ nach Heigl-Evers.

In der A-Abteilung sind die Rehabilitanden in vier Therapiegruppen aufgeteilt, in eine Basis- und drei Stammgruppen (siehe 4.5.1 Behandlungsphasen). Pro Gruppe finden vier Gruppensitzungen à 75 Minuten wöchentlich statt, die Gruppengröße liegt im Durchschnitt bei 10 bis 11 Rehabilitanden. Die Gruppen werden „halb offen“ geführt, d. h., nach Entlassung eines Rehabilitanden rückt ein anderer nach. Dem therapeutischen Prozess in der Gruppe (sowohl in der Gruppenpsychotherapie, den handlungsorientierten Angeboten und in der Freizeitgestaltung) kommt in unserem Verständnis besondere rehabilitative Bedeutung zu.

Die Gruppen werden jeweils von zwei Therapeuten (Frau / Mann) geleitet, einem Haupt- und einem Co-Leiter. Dadurch ist die personale Konstanz auch im Urlaubs- oder Krankheitsfall gesichert. Der Hauptleiter ist in aller Regel auch der Einzel- bzw. Bezugstherapeut des Rehabilitanden.

4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen

Soweit nicht anders vermerkt, bestehen indikativen Gruppen für vier Wochen mit jeweils zwei Einheiten à 75 Minuten pro Woche. An einer Gruppe nehmen bezugsgruppenübergreifend 8 bis 11 Rehabilitanden teil, die Gruppe wird von einem Therapeuten geleitet, ein kontinuierliches Co-Therapeutensystem gibt es nicht. Das Vorgehen ist mehrheitlich manualgestützt.

Die indikationsspezifischen Gruppen umfassen nachstehend genannte Gruppen:

- **IG Geschlechtsspezifische Gruppe**

  Die geschlechtsspezifischen Gruppen („Frauengruppe“, „Männergruppe“) werden jeweils von einem Gruppentherapeuten gleichen Geschlechts geleitet. Es handelt sich bei den Gruppen um psychotherapeutisch orientierte Gesprächsgruppen mit geschlechtsspezifischen Inhalten. Sie bilden eine Ergänzung zu den gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen [100, 101].

  Themen der Frauengruppe: Selbstbild als Frau mit und ohne Suchtstoff, Selbstwert-, Selbstbewusstsein und Selbstfürsorge, Körpergefühl mit und ohne Suchtstoff, Körperbild und Schönheitsideal, Abhängigkeit und Autonomie in intimen Beziehungen, Zärtlichkeit und Sexualität mit und

ohne Suchtstoff, hetero- und homosexuelle Beziehungen, Auseinandersetzung mit der Mutterschaft, Erfahrungen im Umgang mit männlichen Rehabilitanden in der Behandlung, Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt.

Themen der Männergruppe: Männer und Sucht, Männer und Gewalt, Beziehungen zu Frauen, Männer und Sexualität, Männerfreundschaften, hetero- und homosexuelle Beziehungen, Männer als Väter, Männer und Sohnsein (Übernahme und Abgrenzung vom väterlichen Vorbild / von mütterlichen Erwartungen), Männer- und Frauen-Rollenbilder, Überprüfung und Vergleich der eigenen männlichen Identität, Männerrollen und Migration.

Zusätzlich zu den oben beschriebenen Themen wird regelmäßig auf aktuelle Konflikte und Themenwünsche bezuggenommen, Auswahl und Dauer der Bearbeitung der einzelnen Themen hängt vom Interesse und den Bedürfnissen der einzelnen Gruppenmitglieder ab.

- **IG Ernährungsberatung**

  Indikative Form der Ernährungsberatung (siehe 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung), Diät-Assistentin, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Den Rehabilitanden wird durch eine Diät-Assistentin im Gruppenrahmen theoretisches Wissen zur gesunden Ernährung nahegebracht (mit den Schwerpunkten Fett, Eiweiß, Vitamine, Mineralstoffe, Kohlenhydrate, Mineralstoffe und Ballaststoffe). Das Wissen wird in Vortragsform, vor allem aber in Dialog und Diskussion vermittelt. Die Inhalte entsprechen - auf den Bereich Abhängigkeitserkrankungen angepasst - den Modulen 1 und 2 des Curriculums „Gesunde Ernährung“ der DRV Bund [102].

  Die Beratung in der Gruppe besteht aus 1 Sitzung à 75 Minuten pro Behandlung. Sie ist Bestandteil der Gesundheitstrainings (siehe 4.7.9).

- **IG Gesunde Ernährung / Haushaltstraining / Lehrküche**

  Indikative Form der Ernährungsberatung, Diät-Assistentin, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Das in der IG Ernährungsberatung vermittelte Wissen wird in einem Praxisteil vertieft: Es geht darum, das Gelernte im Alltag praktisch anzuwenden. Die Inhalte entsprechen den Modulen 3 und 4 des Curriculums „Gesunde Ernährung“ der DRV Bund [102]. Zusätzlich werden hauswirtschaftliche Grundkenntnisse vermittelt, eine Einkaufsplanung durchgeführt und komplette Mahlzeiten in der Lehrküche zubereitet. Die Kombination aus Haushaltstraining und Ernährungsberatung soll dem Rehabilitanden helfen - falls eine entsprechende Indikation vorliegt -, sich in der Zeit nach der Entwöhnungsbehandlung gesund und günstig zu versorgen.

  Das Programm besteht aus 8 Sitzungen à 120 Minuten und wird mit 2 Sitzungen pro Woche durchgeführt.

- **IG Raucherentwöhnung**

  Das Gruppenprogramm „Rauchfrei nach Hause!?“ wurde vom Institut für Therapieforschung (IFT) entwickelt und validiert [103]. Im Kursablauf werden auf der Basis eines ganzheitlichen Konzeptes kognitiv-emotionale Verfahren zum Aufbau eines Problembewusstseins, zur Veränderung von Einstellungen und zur Förderung von Motivation angewendet. Leitlinie ist die Motivierende Gesprächsführung, nach der drei Bedingungen für den Raucher erfüllt sein müssen, damit er sein Verhalten ändert: 1. Der Raucher benötigt ein wichtiges Motiv, um mögliche Nachteile des Nichtrauchens akzeptieren zu können. 2. Der Raucher fühlt sich in der Lage, rauchfrei leben zu können. 3. Der Raucher erkennt für sich, dass der richtige Zeitpunkt für eine Veränderung gekommen ist. Ziel des Programms ist es, diese drei Bedingungen zu schaffen und in der Folge durch ein zielorientiertes Vorgehen eine Verhaltensänderung für ein rauchfreies Leben nachhaltig zu fördern sowie das hohe Rückfallrisiko zu reduzieren.

  Ein besonderes Merkmal ist der niederschwellige Zugang: Das Programm richtet sich an alle rauchenden Rehabilitanden, egal ob sie mit dem Rauchen aufhören wollen, dem Rauchstopp

ambivalent oder kritisch gegenüberstehen. Das Programm besteht aus 6 Sitzungen à 60 Minuten und wird hier mit 2 Sitzungen pro Woche durchgeführt.

- **IG Bewerbungstraining**

  Dauer vier Wochen mit jeweils zwei Einheiten à 60 Minuten pro Woche, 6 Rehabilitanden, externer Bewerbungscoach, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Entwicklung von Bewerbungsstrategien anhand der Fragen: Wer bin ich? Was kann ich? Was will ich? Um mit Bewerbungsaktivitäten erfolgreich zu sein, muss der Bewerber um seine Ressourcen wissen, seine Ziele formulieren können und dies dann sicher präsentieren. Erstellung eines Lebenslaufs nach heutigen Standards, Formulierungshilfe für das Bewerbungsschreiben, zielführende Gestaltung der Bewerbungsunterlagen, Tipps für das Jobinterview / Bewerbungsgespräch, Möglichkeiten der Stellenrecherche.

  Methoden / Techniken: Fragebogen, Übungen zur Selbstwahrnehmung/-beschreibung, Verstärken der Wertschätzung sich selbst gegenüber, Erstellen eines Bewerbungsfahrplans, Entdecken der eigenen Stärken und Ressourcen, Selbst- und Fremdbild, Erarbeiten eines Stärken- und Talenteprofils, Erstellen einer konkreten Zusammenfassung von beruflichen / fachlichen Kenntnissen und Basisqualifikationen, Brainstorming zur Anregung beruflicher Perspektiven, Zielformulierung - konkret mit Teilzielerarbeitung, Erstellen der Bewerbungsunterlagen (PC-Arbeit), Internetrecherchen (Stellenangebote, Arbeitsagentur etc., PC-Arbeit), Bewerbungsfotos, Übungen zu Vorstellungsgespräch, Gehaltsverhandlung. Die Bewerbungsfotos und Lebensläufe erhalten die Teilnehmer zur weiteren Verwendung auf CD.

- **IG EDV Schulung**

  Dauer vier Wochen mit jeweils zwei Einheiten à 60 Minuten pro Woche, 6 Rehabilitanden, externer Trainer, PC-Raum, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Die Schulung wird alternierend als Einsteiger- oder Fortgeschrittenenkurs durchgeführt.

  Der Einsteigerkurs gibt erste Einblicke rund um den PC. Es sollen Berührungsängste abgebaut, Chancen erkannt werden. Die Lernschritte sind auf kurzfristige Erfolgserlebnisse ausgerichtet. Lerninhalte sind: Grundlagen der Bedienung (Windows) und der Textverarbeitung (Microsoft Word) sowie Basiskompetenz im Umgang mit dem Internet und den Sozialen Netzwerken.

  Das Kursangebot für Fortgeschrittene richtet sich nach den Bedürfnissen und dem Wissensstand der jeweiligen Teilnehmer. Die Teilnehmer können ihre Kenntnisse in der Textverarbeitung verbessern, andere Programme wie Excel, Power Point und Outlook kennenlernen und ihre Kenntnisse im Umgang mit dem Internet erweitern. Eine kritische Medienkompetenz (Informationsbeschaffung und Umgang mit persönlichen Daten) soll dabei gefördert werden.

- **IG Freizeit**

  Im Gruppenrahmen wird die Vernachlässigung des Freizeitbereiches, der nahezu regelhaft mit der Suchtentwicklung einhergeht, thematisiert (siehe 4.7.7 Freizeitangebote).

  Für die Zeit der Behandlung wird überlegt, wie Angebote und Erfahrungen aus Sport-, Entspannungs-, Kreativer und Werktherapie und andere Möglichkeiten der Klinik in der Freizeit genutzt werden können, um freie Zeit individuell passend sinnvoll zu strukturieren, die innere Trägheit zu überwinden und aktiv zu sein, statt eher passiv zu konsumieren.

  Es werden bisherige und zukünftig geplante Freizeitaktivitäten und Hobbys kritisch gemeinsam reflektiert und hinsichtlich ihrer Funktionalität und Sinnhaftigkeit für die Abstinenzfähigkeit sowie als Ausgleich für soziale und berufliche Anforderungen besprochen. Gemeinsam werden ggf. Alternativen und neue Ideen überlegt.

  Der Gruppenzusammenhalt wird durch gemeinsames Spielen von Gesellschaftsspielen, ggf. auch Kennenlernübungen gefördert.

Darüber hinaus gibt es bezugsgruppenübergreifende indikationsspezifische Gruppen in den Bereichen Sport-, Bewegungs-/Tanz-, Werk- und Kreativtherapie / Kreatives Training, die sich in Umfang und Inhalt von ihren Entsprechungen in den Regelangeboten in den Bezugsgruppen unterscheiden. Neben der fachlichen Indikation spielen hier die Offenheit des Rehabilitanden, seine Neigungen und Interessen für ein bestimmtes therapeutisches Angebot eine besondere Rolle:

- **IG Sporttherapie**

  Indikative Form der Sporttherapie (siehe 4.7.6.1 Sporttherapie), Sporttherapeut, Gruppenangebot mit wechselnden Schwerpunkten:

  Ausdauertraining: Verbesserungen von Funktionen des kardio-vaskulären Systems, Aufbau von Vertrauen in die eigene körperliche Belastbarkeit, Beeinflussung der psychischen Belastbarkeit, Aufbau bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz für ein eigenes Ausdauertraining.

  Spielorientierte Sporttherapie: Aufbau von Bewegungskompetenz (z. B. motorische Fertigkeiten), Vermittlung einer positiven Einstellung zu körperlicher Aktivität, Vermittlung von Bewegungsfreude, Förderung der psycho-sozialen Kompetenz.

  Sporttherapie mit psychischer Zielsetzung: psychische Stabilisierung, Verbesserung der Körperwahrnehmung, Aufbau neuer Erlebnisinhalte, Korrekturmöglichkeit von Interaktionsmustern, Aufbau von Steuerungskompetenz (z. B. Belastungskontrolle) und Selbstregulationskompetenz (z. B. Selbstwirksamkeit), Vermittlung von körper- und bewegungsbezogenem Wissen.

- **IG Tanz-/Bewegungstherapie**

  Indikative Form der Bewegungs-/Tanztherapie (siehe 4.7.6.2 Bewegungs-/Tanztherapie), Tanz-/Bewegungstherapeutin, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Bewegungsbeobachtung und -analyse, Arbeit am Körperbild, Authentische Bewegung, Sensibilisierung des Körperbewusstseins und der Selbstwahrnehmung, Initiierung der Körperselbstkontrolle, Stabilisierung der Körpergrenzen, Anregung des Zugangs zu Körperempfindungen und Körpergefühlen, Ermöglichung von Körper- und Bewegungsausdruck, Vitalisierung und Reintegration dissoziierter Körperteile, Angstfreies Erleben von Körperkontakt.

- **IG Entspannungstraining / Stressmanagement**

  Indikative Form der Bewegungs-/Tanztherapie (siehe 4.7.6.2 Bewegungs-/Tanztherapie), Tanz-/Bewegungstherapeutin, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Erarbeitung eines achtsamen Umgangs mit dem eigenen Körper, Verbesserung der Körperkoordination, Verbesserung der Eigenwahrnehmung, Steigerung der Belastbarkeit in Stresssituationen, Reduktion von Spannungszuständen, Verbesserung von Entspannungsfähigkeit, Erlernen von -techniken, Erarbeiten individueller Nutzungsmöglichkeiten im Alltag.

- **IG Kreativtherapie / Kreatives Training**

  Indikative Form des Kreativen Trainings (siehe 4.7.5.3 Kreativtherapie / Kreatives Training), Kunsttherapeutin, Gruppenangebot mit wechselnden Schwerpunkten:

  Kunsttherapie: Aktivierung kreativer Kräfte und Stärkung des Selbstausdrucks, Relativierung des häufig überhöhten Leistungsanspruchs, Auseinandersetzung mit Schwierigkeiten und Problemen, Verbesserung der Mitteilungsfähigkeit gegenüber anderen Menschen, Kontakt zu den eigenen Empfindungen und Gefühlen erstellen, Entwicklung von Zukunftsperspektiven und Zielvorstellungen, Stabilisierung der Persönlichkeit, Steigerung des Selbstbewusstseins und Stärkung der eigenen Fähigkeiten. Methoden / Techniken: Experimentieren mit Farbe und Ton-Material, gestalterisches Arbeiten zu vorgegebenen Themen, geleitete Phantasie und bildnerisches Gestalten, freies Malen, meditatives Malen / Mandala, geführtes Zeichnen, Arbeit mit Märchen, Texten, Collagen.

  Beschäftigungstherapie: Kreatives Gestalten, Betrachtung / Besprechung von gestalteten Objekten, Vermittlung neuer Techniken mit Umgang mit möglichst vielen unterschiedlichen Materi-

alien, Vermittlung von Grundkenntnissen, Fähigkeiten fördern, Verbesserung von Selbstvertrauen und Selbstwert (Stolz auf das Geschaffene), Umfang mit den eigenen Grenzen, Förderung von Konzentration und Ausdauer, Erlernen zielstrebigen Arbeitens. Methoden / Techniken: Aquarell- und Acrylmaltechnik, Seidenmalerei, Bambusmalen, Encausting Painting, Kratz-/Schabebilder, Pappmaschee, Papierschöpfen, Batikarbeiten, Arbeiten mit Ton und Speckstein.

- **IG Werktherapie**

  Indikative Form der Werktherapie (siehe 4.7.5.2 Werktherapie), Ergotherapeutin, Gruppenangebot mit folgendem Schwerpunkt:

  Verbesserung der Grundarbeitsfähigkeiten (z. B. Selbstständigkeit, Arbeitsorganisation, Pünktlichkeit), Steigerung der physischen und psychischen Belastbarkeit, Verbesserung motorischer und mentaler Funktionen, Förderung der Kreativität, Interessensfindung, Verbesserung der Selbstwahrnehmung, Vermittlung von Erfolgserlebnissen, Stärkung der psycho-sozialen Kompetenz, Stärkung der Eigenverantwortung.

  Beurteilung der berufsbezogenen Leistungsfähigkeit und der Leistungsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, Einschätzung der körperlichen, geistigen und psychischen Belastbarkeit, Verbesserung von Fähigkeiten bzgl. des jetzigen oder des angestrebten Berufsfeldes, Förderung berufsfeldspezifischer Schlüsselqualifikationen, Entwicklung beruflicher Perspektiven.

  Methoden / Techniken: Projektarbeit (Vorbereitung, Planung, Durchführung, Auswertung - bei Beachtung gruppendynamischer Prozesse) mit verschiedenen Materialien und Techniken (Buchbinden, Korbflechten, Nähen, Schreinern).

Während die genannten Angebote potenziell für alle Rehabilitanden infrage kommen, richten sich die folgenden Gruppen an Rehabilitanden der ersten Phase (Eingewöhnungs-/Motivationsphase):

- **Gesundheitsberatung**

  10 - 11 Rehabilitanden, im Durchschnitt 6 Therapieeinheiten à 75 Minuten pro Reha, Stationsarzt / Pflegekraft, edukativer Inhalt beschrieben in 4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining.

- **Sozialarbeiterische Gruppe**

  10 - 11 Rehabilitanden, im Durchschnitt 3 Therapieeinheiten à 100 Minuten pro Reha, Sozialdienst.

  Auseinandersetzung mit der eigenen beruflichen Situation, Erarbeitung von Perspektiven und Veränderungsmöglichkeiten, Verbesserung der arbeitsbezogenen Belastungsbewältigung, Erarbeitung von Nachsorgestrategien, Informationsvermittlung zu sozialrechtlichen Fragen und berufsfördernden Maßnahmen, Förderung der psycho-sozialen Kompetenz.

4.7.4.4 Sonstige Gruppenangebote

Themenzentrierte Großgruppe mit allen Rehabilitanden unter der Leitung des Chefarztes einmal wöchentlich 75 Minuten: die Rehabilitanden können ihre persönlichen Themen, Fragestellungen, Konflikte und Kritikpunkte einbringen. Konflikte größeren Ausmaßes haben stets Vorrang. Die konkrete aktuelle Situation steht dabei im Fokus. Dabei zielt die Gruppe auf Problemthematisierung, -aktualisierung und (mittels motivationaler Klärung) -bewältigung ab. Je nach Thema, aktuellen gruppendynamischen Prozessen und Veränderungen im inneren und äußeren Setting der Behandlung sind interaktionelle Interventionen oder die Bearbeitung der dem dysfunktionalen Verhalten zugrunde liegenden Haltungen durch Thematisierung, Erarbeitung anderer Herangehensweisen und Reflexion erforderlich [104, 105].

Großgruppe / Vollversammlung: Alle Rehabilitanden und alle Mitarbeiter kommen einmal wöchentlich für 45 Minuten zu einer Vollversammlung unter Leitung des Abteilungsleiters zusammen. Sie dient der Erörterung aktueller und grundsätzlicher Fragen wie Tages- und Wochenprogramm, Hausordnung oder aktueller organisatorischer Änderungen. Darüber hinaus dient sie als Forum für

die Rehabilitanden, ihre Wünsche und Kritik zu thematisieren, im Direktkontakt mit der Abteilungsleitung Informationen zu erhalten und strittige Fragen zu klären sowie neuaufgenommene Rehabilitanden zu begrüßen und andere zu verabschieden.

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 Gewaltanwendung oder -androhung, Suchtstoffrückfälle und sich verfestigende intensive Paarbeziehungen zwischen den Rehabilitanden.

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 Einzelfalls 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.

Die Entwicklung und Verfestigung intimer **Paarbeziehungen** ist im Rahmen der Gruppenbehandlung stets in Erwägung zu ziehen, insbesondere bei der Behandlung gemischt geschlechtlicher Rehabilitandengruppen [106]. 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 anderseits.

Bei allen Kriseninterventionen, insbesondere bei erheblichen Regelverstößen, 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 [107]. 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.

Zum Umgang mit Krisen siehe auch 14.7.2 Prozessbeschreibung „Suizidalität“, 14.7.3 Prozessbeschreibung „Rückfall“, 14.7.4 Prozessbeschreibung „Interkurrente Behandlung“, 14.7.6 Prozessbeschreibung „Beschwerdemanagement“.

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

Eine entscheidende Aufgabe der stationären Entwöhnungsbehandlung als medizinische Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit und die Unterstützung bei der beruflichen und privaten Reintegration und Rehabilitation [108, 109, 110, 111].

Arbeitsbezogene Behandlungsanteile sind deshalb von zentraler Bedeutung für die Rehabilitation. Die Teilnahme an entsprechenden Angeboten hat verbindlichen Charakter. Arbeitsbezogene Fragestellungen werden vom gesamten therapeutischen Team professionsübergreifend berücksichtigt.

Sie sind grundsätzlich auch Thema in den allgemeinen sucht- und psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapiegesprächen.

4.7.5.1 Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA), Arbeits- und Ergotherapie

Unser Behandlungsangebot berücksichtigt dabei die „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker", erarbeitet von der Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)" [112].

Es geht darum, die Motivation zur Auseinandersetzung mit erwerbsbezogenen Themen zu fördern, eine Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden zu erhalten, eine Abklärung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und der Belastbarkeit vorzunehmen, erwerbsbezogene - das heißt berufsspezifische und berufsunspezifische - Förderfaktoren zu stärken, Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abzubauen und hierbei psychische und psychomentale Teilhabehindernisse zu berücksichtigen, eine Einschätzung der individuellen Vermittlungsmöglichkeiten vorzunehmen sowie Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration unter Berücksichtigung des aktuellen Arbeitsmarktes zu entwickeln.

Zur **erwerbsorientierten Eingangsdiagnostik** gehören: Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese, Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz, Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens (erfolgt im Rahmen der Anamneseerhebung) und ein Screening auf erwerbsbezogene Problemlagen (Würzburger Screening, SIBAR, SIMBO-C, Checkliste Erwerbsbezogene Problemlagen) [113, 114, 115]. Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen werden über das Mini-ICF-APP geratet [116, 117]. Ggf. werden psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen (Wahrnehmung, Gedächtnis, intellektuelle Leistungsfähigkeit, Überzeugungen und Krankheitsbewältigungsstile, Persönlichkeitsfaktoren/-struktur, komorbide Störungen) durchgeführt (siehe 4.7.2 Reha-Diagnostik).

Das **ergotherapeutische Assessment** wird über das Hildesheimer-Projekt-Assessment (HiPro-Assessment, ein integratives Teilsystem psychosozialer Ergotherapie, Schwerpunkt Arbeitstherapie) realisiert [118].

Ausgehend von den Ergebnissen der Eingangsdiagnostik erfolgt die am individuellen Integrationspotenzial und Rehabilitationsbedarf ausgerichtete Entwicklung von Therapiezielen, die bei Bedarf im Laufe der Behandlung angepasst werden. Die Zielplanung erfolgt gemeinsam mit dem Rehabilitanden und interdisziplinär in Abstimmung mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im therapeutischen Team. Sie berücksichtigt die Dimensionen Teilhabe, Aktivitäten und Körperfunktionen der ICF.

In Anlehnung an die Eingangsdiagnostik wird mit dem Rehabilitanden die Behandlungsplanung abgestimmt. Die erforderlichen Leistungen orientieren sich an den individuellen Erfordernissen und am beruflichen Status des Einzelnen. Gemäß BORA-Empfehlungen werden folgende **BORA-Zielgruppen** unterschieden:

Rehabilitanden in Arbeit

- BORA-Zielgruppe 1: in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
- BORA-Zielgruppe 2: in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen

Rehabilitanden ohne Arbeit

- BORA-Zielgruppe 3: Arbeitslose nach SGB III (Bezug ALG I)*
- BORA-Zielgruppe 4: Arbeitslose nach SGB II (Bezug ALG II)

Nicht-Erwerbstätige

- BORA-Zielgruppe 5: Nicht-Erwerbstätige, die eine berufliche (Re-)Integration anstreben†

---

* Der BORA-Zielgruppe 3 werden auch zugeordnet: a) Erwerbstätige, die während einer Krankschreibung arbeitslos werden (zum Beispiel befristeter Arbeitsvertrag, Auflösungsvertrag); b) Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden, aber noch einen Arbeitsplatz haben; c) Erwerbstätige, die unabhängig davon, ob sie ALG I oder II beziehen oder nicht, vor Aufnahme 6 Monate oder länger erwerbslos waren; d) Erwerbstätige, bei denen bei Aufnahme feststeht oder hoch wahrscheinlich ist, dass ihr Arbeitsvertrag innerhalb der aktuellen Behandlungszeit enden wird.

† Der BORA-Zielgruppe 5 werden auch zugeordnet: Zeitrentner, deren befristete Erwerbsminderungsrente während der aktuellen Behandlung oder innerhalb von 6 Monaten danach endet.

Mit der Unterteilung der RTS Alkoholabhängigkeit (Arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose - Arbeitsbezogene Leistungen für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige) fassen wir oben genannte BORA-Zielgruppen zu 2 Hauptgruppen zusammen:

- BORA I: Rehabilitanden in Arbeit (BORA-Zielgruppe 1 + 2)
- BORA II: Rehabilitanden ohne Arbeit (BORA-Zielgruppe 3, 4 + 5).

Therapeutische Angebote und Leistungen richten sich u. a. an dieser Zuordnung aus. Die Zuordnung ersetzt dabei nicht eine individuelle und bedarfsgerechte Therapieplanung einschließlich der Entwicklung individueller erwerbsbezogener Therapieziele. Im Behandlungsverlauf wird die Ziel-/Behandlungsplanung wiederkehrend reflektiert und ggf. an veränderte Bedingungen angepasst.

Zielgruppenorientierte Angebote sind:

BORA I: Gespräch mit dem Arbeitgeber, Betriebliches Eingliederungsmanagement, Stufenweise Wiedereingliederung, interaktionelles Kommunikations- und Konflikttraining, Problembewältigung am Arbeitsplatz, Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann, Sozialberatung, interne Belastungserprobungen.

BORA II: Assessmentverfahren, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Motivierung zur Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit, Umgang mit Resignation, Umgang mit Ängsten und Konflikten, Gespräche mit dem Reha-Fachberater, interne Belastungserprobung, Bewerbungstraining, Einleitung weitergehender Maßnahmen, insbesondere Adaption, Erwerb eines Staplerscheins, Sozialberatung.

Unabhängig von der Frage, ob der Rehabilitand erwerbstätig ist oder nicht, sind im Laufe eines suchtmittelbelasteten Lebens häufig Kompetenzdefizite in den basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten entstanden. Dazu zählen wir [112]:

- Grundarbeitsfähigkeiten: Ausdauer, Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sorgfalt, Flexibilität, Arbeitstempo, Konzentration und Merkfähigkeit,
- sozialen Fähigkeiten: Zusammenarbeit, Kritikfähigkeit, Umgang mit Autoritäten, Umgang in der Gruppe sowie
- Selbstbild: Selbstständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstgewissheit und Selbstwirksamkeit.

Die Durchführung erwerbsbezogener therapeutischer Leistungen orientiert sich demnach an den BORA-Zielgruppen sowie an den individuellen Problemlagen der Rehabilitanden. Arbeits- und Ergotherapie können dabei eine wesentliche Rolle spielen [119].

Die **Arbeitstherapie** stellt ein alternatives Vorgehen zu den stark reflexiven und verbal ausgerichteten psychotherapeutischen Verfahren dar. Bei der Arbeitstherapie lässt sich die Arbeitsmotivation, die Einstellung des Rehabilitanden zur Arbeit, seine Belastbarkeit und seine Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Belastungen im Arbeitsleben (Arbeitsqualität und Arbeitstempo) gut erkennen.

Die **Ergotherapie** hat unter anderem zum Ziel, Funktionen körperlicher, geistiger oder psychischer Art durch entsprechende Leistungen positiv zu verbessern, sodass die Betroffenen die größtmögliche Selbstständigkeit und Unabhängigkeit in ihrem Alltags- und/oder Berufsleben wieder erreichen können. Hierzu werden lebenspraktische Handlungen, handwerkliche Aktivitäten und gestalterische Prozesse als gezielte therapeutische Leistungen eingesetzt. Ihre Aufgabe besteht darin, die Belastbarkeit und Berufseignung festzustellen und durch geeignete Förderleistungen Grundarbeitsfähigkeiten im instrumentalen (Handfertigkeit oder kognitive Leistungen) und sozioemotionalen Bereich zu erarbeiten [120].

Die Arbeits-/Ergotherapie wird in den beiden Arbeitstherapiebereichen Küche (ATB Küche) und Holz (ATB Holz) durchgeführt.

- Zu den Aufgaben im **ATB Küche** gehören das Vor- und Nachbereiten sowie das Auf- und Abtragen des Essens, die Einhaltung hygienischer Standards, die Schaffung einer angemessenen Atmosphäre während der Mahlzeiten und das Bedienen der Mitrehabilitanden während des Essens. Inhalt geht es u. a. um den Umgang mit Stress und Zeitdruck, den selbstsicheren Umgang mit Forderungen und Sonderwünschen seitens der Mitrehabilitanden, das Achten auf eigene

Belastungsgrenzen, die Auseinandersetzung mit Unter- und Überforderung und die kollegiale Zusammenarbeit in einem Arbeitsteam. An allen Tagen der Woche wird das warme Mittagessen von einer externen Großküche geliefert, Frühstück und Abendessen werden selbst zubereitet. Die Tätigkeit in der Küche steht unter fachkundiger Leitung.

Der ATB Küche umfasst im Durchschnitt zwei nachmittägliche Einheiten à 120 Minuten (mit max. 11 Rehabilitanden) pro Woche, zusätzlich täglich ca. 75 Minuten in Zusammenhang mit Frühstück, Mittagessen und Abendessen (diese Zusatzzeit variiert stark je nach Rehabilitand und Tätigkeit). Die Zuordnung eines Rehabilitanden zum ATB Küche ist indikativ und erfolgt nach den o. b. erwerbsorientierten Festlegungen, in der Regel für vier Wochen (BORA II) bzw. zwei Wochen (BORA I) pro Reha*.

- Für den **ATB Holz** steht eine umfangreich ausgestattete Schreinerwerkstatt zur Verfügung. Handwerkliche Grundkenntnisse und -fähigkeiten im Umgang mit dem Werkstoff Holz werden entsprechend den Vorkenntnissen und dem handwerklichen Geschick des Einzelnen gestuft unter fachkundiger Anleitung vermittelt und vertieft. Persönliche Wünsche und Erwartungen des Rehabilitanden werden berücksichtigt und können so auf ihre Realisierbarkeit überprüft werden (Über-/Unterschätzung). Projektarbeit mit Planung, Materialbeschaffung und Ausführung bis hin zur termingerechten Fertigstellung schafft therapeutisch wirksame Lernfelder. Die enge Kooperation in der Arbeitsgruppe sowie der ökonomische Umgang mit den eigenen Kräften, sinnvolle Zielerarbeitung und -kontrolle sowie Übernahme eigener Verantwortung für die gemeinsame Arbeit bilden einen therapeutisch wirksamen Fokus dieser Tätigkeit.

  Der ATB Holz umfasst im Durchschnitt zwei nachmittägliche Einheiten à 120 Minuten (mit max. 11 Rehabilitanden) pro Woche. Die Zuordnung eines Rehabilitanden zum ATB Holz ist indikativ und erfolgt nach den o. b. erwerbsorientierten Festlegungen, in der Regel für vier Wochen pro Reha.

Weitere Verantwortungsbereiche für einzelne Rehabilitanden im Sinne konkreter Übernahme von Verantwortung im Stationsalltag sind folgende **Dienste**: Gruppensprecher, Patenstatus für neue Rehabilitanden, Begleitung von Mitrehabilitanden bei Ausgängen, Küchenverantwortlicher, Verantwortlicher für die klinikeigenen Fahrräder, Kioskdienst, Waschdienst für Rehabilitandenwäsche.

4.7.5.2 Werktherapie

Bei den meisten Rehabilitanden liegen Kompetenzdefizite in den basalen erwerbsbezogenen Fähigkeiten, insbesondere bei den Grundarbeitsfähigkeiten, den sozialen Fähigkeiten und im Selbstbild vor (siehe oben). In der Werktherapie, die in den Räumlichkeiten des ATB Holz stattfindet, sollten diese Defizite im Umgang mit verschiedenen Materialien und Techniken (Buchbinden, Korbflechten, Nähen, Schreinern, u. a. mehr) erkannt, besprochen und abgebaut werden. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Auseinandersetzung mit den Wünschen, Erwartungen und Ansprüchen des Rehabilitanden einerseits und den konkreten, realisierbaren Arbeitsfähigkeiten andererseits. Die Verhaltensbeobachtungen in diesem Bereich fließen in die Überprüfung der erwerbsorientierten Diagnostik ein.

Die Werktherapie umfasst im Durchschnitt ein bis zwei werktherapeutische Einheiten à 75 Minuten mit 10 - 11 Rehabilitanden pro Woche. Sie ist ein fortlaufendes Regelangebot für alle Rehabilitanden (im Gegensatz zu den zeitlich umfangreicheren indikativen Angeboten "IG Werktherapie", siehe 4.7.4.3, und "ATB Holz", siehe oben 4.7.5.1).

4.7.5.3 Kreativtherapie / Kreatives Training

Im Rahmen des kreativen Trainings werden die Rehabilitanden ermutigt und inspiriert, eigenes kreatives Potenzial wieder zu entdecken und zu entwickeln und diesem durch Malen, Zeichnen, Spielen, Modellieren etc. Ausdruck zu verleihen. Im Zentrum steht dabei das Bemühen um die Fähigkeit, ohne Stimulierung durch psychoaktive Substanzen die Fantasie anzuregen und emotionalen Regungen mit den Möglichkeiten nonverbaler Gestaltung Ausdruck zu verleihen [121].

Dabei werden bisher wenig beachtete Interessen, gestalterische Fähigkeiten und manuelles Geschick wiederentdeckt, gefördert und weiterentwickelt. Das Angebot kreativer Techniken und Medien

* Bei Ganztägig Ambulanter Behandlungsform (GAT, siehe 4.5.2.1): für sechs (BORA II) bzw. für drei Wochen (BORA I) pro Reha.

wie Papier, Ton, Speckstein, Naturmaterialien und Arbeit mit Pinsel und Farbe dient der Anregung zum individuellen Entwickeln symbolischen Ausdrucks der eigenen Gefühlswelt. In gemeinsamer Gruppenarbeit werden die Ergebnisse besprochen, hinterfragt und damit zum einen die Rehabilitanden für die Wahrnehmung ihrer eigenen Emotionen und Affekte durch die Auseinandersetzung mit ihrer individuellen Fähigkeit zum Ausdruck für inneres Erleben sensibilisiert, zum anderen die Mitarbeiter des Teams durch Nachbesprechung in die therapeutischen Prozesse mit einbezogen.

Der kreative Prozess und die dabei in verschiedenen Formen ausdruckfindenden Produkte haben ich-stärkenden Charakter. Sie fördern insbesondere die Fähigkeiten zur Affektgenerierung, -differenzierung und -ausdruck und verbessern das affektive Selbstverständnis. Durch die Einbeziehung des kreativtherapeutischen Angebotes wird der psychotherapeutische Prozess des Rehabilitanden wesentlich unterstützt [122, 123].

Das kreative Training umfasst im Durchschnitt ein bis zwei kreativtherapeutische Einheiten à 75 Minuten mit 10 - 11 Rehabilitanden pro Woche. Es ist ein fortlaufendes Regelangebot für alle Rehabilitanden.

4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen

Hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit ist die therapeutische Auseinandersetzung mit sowohl überhöhten Erwartungen als auch der 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. Grundsätzlich sollen die Rehabilitanden diesbezügliche Fragestellungen mit Unterstützung durch den Sozialdienst und Arbeitstherapeuten möglichst frühzeitig angehen.

Grundsätzlich streben wir an, dass die Rehabilitanden mit Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung 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 Vermittlungshemmnissen bei legalen (und illegalen) Suchtmitteln besteht eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Jobcenter Köln und dem Kölner Trägerverbund, dem Sucht- und Drogenberatungsstellen (Diakonisches Werk Köln und Region, Sozialdienst katholischer Männer (SKM) e. V., Blaues Kreuz e. V., Drogenhilfe Köln e. V. / Drogenhilfe Köln Projekt gGmbH) und die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach (PSK) angehören. Sprecher des Trägerverbundes ist der Chefarzt der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach.

Bei Bedarf können auch Informationsveranstaltung der Reha-Berater besucht und Informationsveranstaltungen der Um- und Weiterbildung Michaelshoven (eine therapeutisch gestützte Einrichtung, in der die Möglichkeit besteht, neue Ausbildungsmöglichkeiten zu nutzen, respektive eine Ausbildung zu beginnen) genutzt werden.

4.7.5.5 BORA-Leistungen in der Zusammenschau

Die Umsetzung der Beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) ist somit eine Querschnittsaufgabe für alle in der Rehabilitation Tätigen. Zusätzlich zum oben Beschriebenen sind folgende Themenbereich relevant:

Problembewältigung am Arbeitsplatz: Spezifische Risikofaktoren erkennen und bearbeiten, Festlegen von Verhaltensstrategien zur Sicherung des Arbeitsplatzes, Autoritätskonflikte, Über-/Unterforderung, Verfügbarkeit von Suchtstoffen am Arbeitsplatz, Selbstunsicherheit, Arbeitszufriedenheit / Perspektiven, Teamfähigkeit / Kommunikation, Kritikfähigkeit, Stressbewältigung. Umsetzung: Einzel-/Gruppenpsychotherapie, Sozialdienst, Arbeits-/Ergotherapie, Medizinischer Dienst.

Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit: Psychotherapeutische Motivierungsarbeit in der Gruppe, Psychoedukation, spezieller Umgang mit Versagensängsten, Scham, geringem Selbstvertrauen, Stress. Umsetzung: Gruppen-/Einzelpsychotherapie, Sozialdienst, Medizinischer Dienst, Entspannungstherapie.

Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers sowie dem Reha-Fachberater: Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber / betriebliche Suchtkrankenhilfe, Information über die Suchterkrankung für den Arbeitgeber, Vorbereitung der beruflichen Wiedereingliederung und Erstellung eines Wiedereingliederungsplans, Vorbereitung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Umsetzung: Sozialdienst, Einzelpsychotherapie, Medizinischer Dienst.

Interne Belastungserprobung: Realitätsnahe Überprüfung des körperlichen, geistigen und seelischen Leistungsvermögens zur Unterstützung der sozialmedizinischen Beurteilung, Überprüfung von bisherigen Behandlungserfolgen und von neu erworbenen sozialen Kompetenzen, Ermittlung von Leistungsbereitschaft und sozialer Anpassungsfähigkeit, realitätsnahe Konfliktbewältigung, Überprüfung und Anerkennung der berufsspezifischen Kompetenzen und Ressourcen, Erfassung der beruflichen Eingliederungschancen. Überprüfung der Belastbarkeit, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens, realitätsnahe Überprüfung der berufsbezogenen Alltagsanforderungen, Überprüfung von Selbst- / Fremdeinschätzung, Kritikfähigkeit, Teamfähigkeit / Kommunikation. Umsetzung: Arbeits-/Ergotherapie, Werk- und Kreativtherapie, Einzel-/Gruppenpsychotherapie, Medizinischer Dienst.

Bewerbungstrainings / EDV-Schulung: Die Auseinandersetzung mit dem Problembereich Arbeitslosigkeit, Überprüfung der Veränderungsmotivation, Vermittlung von Bewerbungsmethoden, Erstellen einer Bewerbungsmappe, Stellenangebotsanalyse, Vorbereitung auf Bewerbungsgespräch zum Beispiel im Rollenspiel, Realisierung einer Bewerbung, Arbeitssuche und -vermittlung. Bei PC-Schulungskursen: Erwerb von Grund- und Fortgeschrittenenkenntnissen in der EDV, Überwindung von Schwellenangst (Einsteiger / Rückkehrer), Vermittlung von Kenntnissen zur Internetnutzung im Hinblick auf Stellensuche und Bewerbung. Umsetzung: externe Trainer.

Sozialrechtliche Beratung / Einleitung weitergehender Maßnahmen: Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben, Abklärung beruflicher und persönlicher Qualifikationen und Perspektiven, Nachsorgeeinleitung. Vorbereitung und Anbahnung weiterführender Maßnahmen zur Wiedereingliederung in das Erwerbsleben, Stufenweise Wiedereingliederung. Adaptionsmaßnahme. Umsetzung: Sozialdienst, Einzel-/Gruppenpsychotherapie, Medizinischer Dienst, Arbeits-/Ergotherapie.

Angebote mit engerem BORA-Bezug **Bora-Zielgruppe:**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
Problembewältigung am Arbeitsplatz	X	X			
Motivierung zur Wiederaufnahme einer Arbeit			X	X	X
Gespräche mit Arbeitgeber / Reha-Fachberater		X	X	X	X
IG Bewerbungstraining			X	X	X
IG EDV Schulung		X	X	X	X
IG Freizeit	X	X	X	X	X
IG Entspannungstraining / Stressmanagement	X	X	X	X	X
IG Werktherapie	X	X	X	X	X
Sozialarbeiterische Gruppe / Beratung	X	X	X	X	X
Arbeits-/Ergotherapie ATB Küche	X*	X*	X	X	X
Arbeits-/Ergotherapie ATB Holz	X*	X*	X	X	X
Werktherapie	X	X	X	X	X

* in Form einer internen Belastungserprobung

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

4.7.6.1 Sporttherapie

Unsere Rehabilitanden haben im Laufe der Entwicklung in die manifeste Alkohol-/Medikamentenabhängigkeit 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 Suchtmittelfreiheit 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 [124, 125, 126].

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

Im Rahmen der leistungsgestuften Sporttherapie werden Sportspiele, gezieltes Ausdauertraining, Schwimmen 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 umfasst neben werktäglichem Frühsport im Durchschnitt zwei sporttherapeutische Einheiten à 75 Minuten mit 10 - 11 Rehabilitanden pro Woche. Sie ist ein fortlaufendes Regelangebot für alle Rehabilitanden.

4.7.6.2 Bewegungs-/Tanztherapie, Entspannungstraining

Die Tanztherapie als eine Form bewegungsorientierter Behandlung macht sich die uralte Heilkraft des Tanzes zunutze. Nicht die Erlangung festgelegter tänzerischer Formen ist das Ziel, sondern die authentische, eigenschöpferische Bewegung. Der Tanztherapie, im Hause **Bewegungstherapie** genannt, liegt ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde: Über die eigene Erfahrung in der Bewegung und im Tanz wird der Rehabilitand nicht nur in seinem körperlichen, sondern auch in seinem emotionalen und geistigen Erleben angesprochen. Dabei kommt der kognitiven Verarbeitung des Tanz- und Bewegungserlebens im aufarbeitenden Gespräch ein hoher Stellenwert zu [127, 128].

In ihrer tiefenpsychologischen Anwendung macht die Tanztherapie von der Bewusstmachung persönlicher Bewegungssymbolik Gebrauch; in der Körpersprache werden seelische Spannungen und Verkrampfungen, aber auch ungenutzte Potenziale sichtbar. Durch das Medium Tanz / Bewegung kommt der Rehabilitand mit bewussten und unbewussten Anteilen seiner Persönlichkeit in Kontakt, lernt diese an sich kennen und akzeptieren und kann seine Erlebnisse vor dem Hintergrund seiner persönlichen Lebensgeschichte verarbeiten [129].

Die Tanztherapie zeigt dem Rehabilitand Wege zu einem befreienden Selbstausdruck und einem tieferen Selbstverständnis auf, um ihn letztendlich in seiner speziellen Lebenssituation zu stärken und handlungsfähig zu machen. Ziel ist die eigenverantwortliche und kreative Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt. In ihrer suchtspezifischen Adaptation wird die Tanztherapie in unserem Hause seit vielen Jahren praktiziert [130].

Im Rahmen des bewegungstherapeutischen Angebots werden gruppenbezogene **Entspannungstrainings** durchgeführt. Bei Verspannungszuständen, Nervosität, Unruhe und/oder Suchtdruck kann das Training helfen, besser mit belastenden und stressvollen Situationen umgehen zu können. Therapieziele sind das Erlernen von Entspannungsfähigkeit (Einführung, Übung) und das Erarbeiten von individuellen Nutzungsmöglichkeiten im Alltag [131].

Das bewegungstherapeutische Angebot umfasst im Durchschnitt ein bis zwei Einheit à 75 Minuten mit 10 - 11 Rehabilitanden pro Woche. Es ist ein fortlaufendes Regelangebot für alle Rehabilitanden.

Entspannungstrainings werden aber auch als eigenständige indikative Gruppe durchgeführt (siehe 4.7.4.3).

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 abstinenzorientierten Lebensweges.

Es werden daher - je nach personellen Möglichkeiten - externe Freizeitaktivitäten durchgeführt, die von einem Mitarbeiter begleitet werden. Die Teilnahme ist teils verpflichtend, teils freiwillig. Entsprechend ihrer Realisierbarkeit werden Initiativen der Rehabilitanden aufgegriffen und umgesetzt.

Im Rahmen einer indikativen „Freizeitgruppe“ (siehe 4.7.4.3) wird die Vernachlässigung des Freizeitbereiches, der nahezu regelhaft mit der Suchtentwicklung einhergeht, thematisiert.

Die Rehabilitanden haben während der Ausgangszeiten die Möglichkeit, Freizeitangebote der nährenden Umgebung (Köln, Bergisch Gladbach) wahrzunehmen. Die Klinik ist verkehrstechnisch gut an den ÖPNV angebunden, insbesondere das Kölner Kultur- und Freizeitangebot bietet zahlreiche, zum Teil auch kostenlose, Möglichkeiten.

Auch im Rahmen von Gruppen-, Kreativ- und Sporttherapie wird thematisiert, wie Freizeit aktiv und erholungsorientiert gestaltet und erlebt werden kann.

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 [132]. 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.

Der Sozialdienst organisiert den kontinuierlichen Austausch mit den regionalen Arbeitsverwaltungen, den Reha-Beratern der DRV, Berufsförderungswerken und den vor- und nachbetreuenden Institutionen (insbesondere Beratungsstellen und Entzugsabteilungen). Er ist direkter Ansprechpartner für alle klinikexternen kooperierenden Einrichtungen.

Er koordiniert Maßnahmen zur beruflichen Reha und Schuldenregulierung unter aktiver Einbeziehung des jeweiligen Rehabilitanden mit dem Ziel, diesen konkret bei der eigenverantwortlichen Regelung seiner Sachprobleme und der aktiven Inanspruchnahme möglicher Hilfen zu unterstützen, vor allem bei Maßnahmen zur beruflichen Reintegration (siehe 4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen).

Ziel des Sozialdienstes ist stets konkrete Unterstützung im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe. Die Sozialberatung ist handlungs- und lösungsorientiert. Dazu gehören auch: Schulung der Rehabilitanden bei Anträgen- und Behördenangelegenheiten, Vorbereitung der Hilfepläne inklusive Sozialhilfegrundanträgen, Klärung und Unterstützung bei strafrechtlichen Angelegenheiten.

Sozialarbeiterische Fragestellungen von allgemeiner Bedeutung werden zu Beginn der Behandlung im Rahmen einer sozialarbeiterischen Gruppe in aktiver Gruppenarbeit besprochen (siehe auch 4.7.4.3 Indikationsspezifische Gruppen).

4.7.9 Gesundheitsbildung / Gesundheitstraining und Ernährung

Das **Gesundheitstraining** dient der umfassenden Information der Rehabilitanden über gesundheitliche Risiken und drohende bzw. eingetretene Schädigung aufgrund des suchtgeprägten Lebensstils [133, 134]. Psychische und somatische Auswirkungen des Suchtmittelkonsums und Zusammenhänge zwischen aktuellen Beschwerden und individuellem Verhalten werden aufgezeigt, Sinn und Notwendigkeit präventiver Maßnahmen konkret erörtert [135].

Dabei werden den Rehabilitanden nicht nur Sachkenntnisse über z. B. Diabetes mellitus und Alkoholkonsum, Polyneuropathie, epileptische Anfälle, sexuelle Dysfunktionen und Alkoholkonsum theoretisch vermittelt, sondern die Gruppe wird im Sinne eines psychoedukativen Prozesses integriert. Das Konzept der Psychoedukation umfasst nicht nur bloße Wissensvermittlung, sondern basiert auf dem umfassenden Austausch und Dialog von Therapeuten und Betroffenen mit dem Ziel, Rehabilitanden unter Einbeziehung ihrer eigenen Erfahrungen zu unterstützen, die neuen Kenntnisse in ihren Alltag konkret und praktisch zu integrieren.

Die Kombination von gezielter Information, Motivation und Training führt zu einer aktiven Einbeziehung der Rehabilitanden, verhindert somit die Etablierung einer passiven Zuhörerrolle und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass die Rehabilitanden die gewonnenen Erkenntnisse praktisch nutzen und in einen veränderten - abstinenten - Lebensstil zu integrieren vermögen.

Das Gesundheitstraining, auch „Gesundheitsberatung“ genannt, wird zu Beginn der Behandlung über drei Wochen mit jeweils zwei Einheiten pro Woche à 75 Minuten durchgeführt. Das Gesundheitstraining ist für alle Rehabilitanden verpflichtend. Es wurde aus evaluierten Programmen [133, 134, 135, 102, 136] zusammengestellt und an die inhaltlichen und organisatorischen Anforderungen der A-Abteilung angepasst. Es umfasst derzeit sechs Themen „Magen-Darm“, „Leber / HIV“, „Bauchspeicheldrüse / Polyneuropathien“ und „Herz / Gehirn“ (durchgeführt durch Stationsarzt und examinierte pflegerische Mitarbeiter), „Gesunde Ernährung“ (Diät-Assistentin) und „Info Raucherentwöhnung“ (Sporttherapeut, extern geschult durch IFT Institut für Therapieforschung, München).

Neben der Grundinformation über gesunde Ernährung (s. o.) werden einzelfallbezogene **Ernährungsberatung**en durchgeführt, in denen beim Vorliegen ernährungsassoziierter Risiken und Krankheiten passgenaue Informationen und praktisches Wissen zu gesunder und krankheitsbezogen angemessener Ernährung vermittelt werden und die Motivation zur Verhaltensänderung gestärkt wird. Die Indikation zur Einzelfallberatung stellt der Stationsarzt nach Erhebung der Anamnese bzw. aufgrund von Erkenntnissen aus dem medizinischen Behandlungsverlauf.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Beziehungen zu Angehörigen oder anderen wichtigen Bezugspersonen sind von Anfang an wichtiges Thema des therapeutischen Prozesses. Die Kontakte sind häufig deutlich belastet oder vollständig abgebrochen [137, 138, 139].

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

Themen sind u. a.: konfliktbehaftete Partner-/Familiendynamik im Zusammenhang mit Entstehung und Verlauf der Suchterkrankung, Unterstützung bei der Wahrnehmung und Klärung von Konflikten, Erwerb von Unterstützungs- und Problemlösestrategien, Aufzeigen problematischer Interaktionsmuster, Vorbereitung der Nachsorge u. a. m.

Die Anzahl der Paar- bzw. Angehörigengespräche variiert mit dem individuellen Bedarf des Rehabilitanden. Zusätzlich werden im Gruppenrahmen regelmäßig ganztägige Angehörigenseminare angeboten, an denen alle Gruppenmitglieder mit ein- bis zwei Bezugspersonen teilnehmen können. Pro Behandlung werden ein bis zwei Seminare (à ca. sechs Zeitstunden) durchgeführt. Die Seminare werden jeweils von zwei Einzel-/Gruppentherapeuten (Frau / Mann) geleitet.

Parallel sollen Rehabilitanden Heimfahrten nutzen, um die in der bisherigen Entwöhnungsbehandlung 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 unserer Institutsambulanz (siehe 7.2) verwiesen. Zum jährlichen Sommerfest werden neben den aktuellen Rehabilitanden mit ihren Angehörigen auch die ehemaligen Rehabilitanden mit ihren Angehörigen eingeladen.

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfallprophylaxe ist ein zentraler Gegenstand der einzel- und gruppentherapeutischen Gespräche [140]. Ziel des Rückfallmanagements ist ein einheitlicher Umgang mit Rückfälligkeit bei der Aufarbeitung im therapeutischen Prozess und der angestrebten Fortsetzung der Behandlung. Näheres ist in der Prozessbeschreibung „Rückfall“ geregelt (siehe 14.7.3). Nach dem 2. Rückfall muss der Rehabilitand regelhaft mit der Entlassung rechnen.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der medizinischen Rehabilitation von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung 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.

Zu den Aufgaben der Pflege gehören z. B.: Begleitung der ärztlichen Sprechstunde und Kurvenvisiten, Ausgabe und Stellen der verordneten Medikation, Anlegen von Verbänden, bei Bedarf Vereinbarung von Untersuchungsterminen bei Konsiliarärzten, Bestellen der notwendigen Medikation im Rahmen der klinikeigenen Apotheke, Dokumentation in der Rehabilitandenakte. Weitere Tätigkeiten sind: Kontrolle und Dokumentation der Suchtmittelfreiheit, ggf. auch Durchführung von Schwangerschaftstests sowie Information über Verhütungsmöglichkeiten.

Insbesondere bei der Behandlung der häufig auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen in Rahmen der Abhängigkeitserkrankung (regelmäßiger Kontakt mit niedergelassenen Ärzten / Terminabsprachen, Zusammenarbeit mit der HIV-Ambulanz, Beratung über Hygiene, etc.) wirkt die Gesundheits- und Krankenpflege umfassend mit.

Die Pflegekräfte sind aktiv im Aufnahmemanagement tätig. Zusammen mit Mitarbeitern des Sozialdienstes begleiten sie den neu aufgenommenen Rehabilitanden durch den Aufnahmetag, sind Ansprechpartner und helfen bei der Anbindung.

Die pflegerische Präsenz ist werktags von 7:15 Uhr bis 20:00 Uhr, an Wochenenden und Feiertagen von 8:30 bis 15:00 Uhr gegeben.

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 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“ / „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 Entlasssituation des Rehabilitanden ist von Anfang an Gegenstand von Einzel- und Gruppentherapie. Alle Aspekte des bio-psycho-sozialen Ansatzes sind dabei frühzeitig in den Blick zu nehmen.

Fragen zur beruflichen Wiedereingliederung sind rechtzeitig vor dem geplanten Entlassungstermin abgeschossen, dies gilt insbesondere für die stufenweise Wiedereingliederung oder andere Antragsverfahren.

Mit jedem Rehabilitanden wird während der Behandlungszeit eine **Anschlussperspektive** erarbeitet. Zur Optimierung des Gesamtbehandlungsplanes stehen am Ende grundsätzlich mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Verkürzung oder Verlängerung der vollstationären oder ganztägig ambulanten Rehabilitation,
- Ganztägig ambulante Beendigung einer in unserem Hause begonnenen vollstationären Entwöhnungsbehandlung,
- Fortsetzung der Entwöhnungsbehandlung in ambulantem Rahmen [141],
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung in eine stationäre medizinisch-berufliche Rehabilitation (Arbeitsbelastungserprobung, erweiterte Berufsfindung),
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung in eine Adaptionseinrichtung, im Einzelfall auch in die adaptive Phase unserer Abteilung zur Behandlung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung [siehe 7.3 Adaptive Phase der Abteilung zur Behandlung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung],
- Weitervermittlung aus der Entwöhnungsbehandlung ins aufsuchende betreute Wohnen (siehe 7.1 Betreutes Wohnen).

Generell wird geprüft, welche konkreten Weiterbehandlungs- und -betreuungsmöglichkeiten das örtliche Hilfesystem für gerade diesen Rehabilitanden bereithält (Psychosoziale und andere Beratungsstellen, niedergelassene Medizinische und Psychologische Psychotherapeuten, unsere Institutsambulanz [siehe 7.2 Institutsambulanz], u. a. m.).

Die Klinik leistet damit einen Beitrag zur „interaktiven Vernetzung“ mit anderen Behandlungsinstitutionen und Einbindung in das räumliche und soziale Umfeld der Einrichtung (siehe auch 7.4 Kooperation und Vernetzung im Hilfesystem).

Zur Vorbereitung der Entlasssituation wird der Rehabilitand während der Behandlung über seine Möglichkeiten umfassend informiert und aufgeklärt. Dies geschieht im Wesentlichen in der Einzel-/Gruppentherapie, durch Arzt / Oberarzt und Sozialdienst. Rehabilitanden können sich Wohnheime und Adaptionseinrichtungen vor Ort ansehen, einzelne Adaptionseinrichtungen informieren auch hier in der Klinik, zwei Selbsthilfegruppen stellen sich hier vor Ort vor. Vorstellungsgespräche werden vereinbart, vorbereitet und durchgeführt.

Frühestens drei Tage vor der Entlassung wird eine ärztliche **Entlassungsuntersuchung** durchgeführt, die auch eine gemeinsame Zielüberprüfung und die sozialmedizische Beurteilung umfasst. Zusammen mit anderen Entlassgesprächen in den einzelnen therapeutischen Bereichen wird ein Behandlungsfazit gezogen. Die erhobenen Feststellungen werden im **ärztlichen Entlassungsbericht** dokumentiert, der zeitnah nach dem Leitfaden der DRV [142] erstellt wird.

Beendigungskriterien: Die Behandlung wird regulär beendet, wenn im Rahmen der bestehenden Leistungs-/Kostenzusage der geplante Behandlungserfolg eingetreten ist oder kein weiterer Behandlungserfolg mehr zu warten ist, unabhängig von Verkürzungen oder Verlängerungen bzw. eines Wechsels der Behandlungsform (s. o.).

Die Initiative für eine Verkürzung oder Verlängerung der geplanten Behandlungsdauer kann sowohl vom Rehabilitanden als auch vom Einzel-/Gruppentherapeuten ergriffen werden.

Wir entlassen Rehabilitanden ohne ärztliches Einverständnis, wenn wir einem Verkürzungswunsch des Rehabilitanden aus ärztlich-therapeutischer Sicht nicht zustimmen können, weil aus unserer Sicht durch die Verkürzung die Gefahr einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands droht und/oder akute Rückfallgefahr gegeben ist, und der Rehabilitand dennoch die Behandlung vorzeitig ohne therapeutische Zustimmung beendet. Der gleiche Entlassmodus gilt auch bei Nichtrückkehr aus dem Ausgang / von einer Heimfahrt und Behandlungsabbruch.

Eine disziplinarische Entlassung erfolgt als Konsequenz auf einen schweren Regelverstoß 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 setzt sich wie folgt zusammen:

Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt, approbierte Psychologen (einschließlich therapeutischem Abteilungsleiter), Psychotherapeuten/-innen in Ausbildung, therapeutisch tätige Dipl.-Sozialarbeiter/-innen und Dipl.-Pädagogen/-innen, Dipl.-Sozialarbeiter, Kunsttherapeutin, Ergotherapeutin, Arbeitstherapeutin, Dipl.-Sportlehrer, Tanz-/Bewegungstherapeutin, Diät-Assistentin, Pflegedienstleitung (anteilig), examinierte pflegerische Mitarbeiter/-innen im Tag-/Wochenenddienst 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 Soll-Stellenplan.

6. Räumliche Gegebenheiten

In der A-Abteilung stehen den Rehabilitanden 25 Zweibettzimmer, davon vier Einzelzimmer, und für ganztägig ambulante Rehabilitanden drei Umkleideräume mit Nasszellen (Dusche oder Badewanne, WC) zur Verfügung. Die Zimmer sind zwischen 20 m^2 und 24 m^2 groß, die Umkleiden jeweils ca. 8 m^2. Zwei Zimmer sind rollstuhlfahrergerecht, Rollstuhlfahrer können jedoch nicht an allen sport-/bewegungstherapeutischen Einheiten teilnehmen.

Es werden ausreichend Funktionsräume vorgehalten: Die geräumige Küche (40 m^2) ist geeignet, für mehr als 45 Personen warme Mahlzeiten zuzubereiten; der Speiseraum ist 125 m^2 groß. Für Kunst- und Kreativtherapie / Kreatives Training sind zwei 31 und 40 m^2 große Räume mit den notwendigen Installationen vorhanden, für die Werktherapie eine entsprechend ausgerüstete, 68 m^2 große Holzwerkstatt. Die beiden Gruppentherapieräume haben eine Größe von 20 bzw. 23 m^2. In der 90 m^2 großen Mehrzweckhalle finden Sporteinheiten, Informationsveranstaltungen und Großgruppen statt; für die Tanz-/Bewegungstherapie steht ein 78 m^2 großer Raum zur Verfügung.

Weitere sportliche Aktivitäten können in Köln oder Bergisch Gladbach in öffentlichen Einrichtungen durchgeführt werden (Schwimmbad, Badminton-Halle, etc.); ein freier ebener Platz hinter der A-Abteilung kann als Sportplatz genutzt werden.

Die apparative Ausstattung umfasst einen Notfallkoffer, einen Defibrillator und Alkoholmessgeräte, ein EKG Gerät ist auf den Akutstationen, ein Gerät zur semiquantitativen Untersuchung von Drogenscreenings im Gebäude der Institutsambulanz untergebracht. Das Haus ist nicht barrierearm, ein Notrufsystem ist vorhanden.

Es steht ein PC-Übungsraum (18 m^2) mit 6 Arbeitsplätzen zur Verfügung. Einer der Arbeitsplätze ist als Musterarbeitsplatz ergonomisch gut gestaltet (höhenverstellbarer Bürodrehstuhl, LCD-Bildschirm) und kann z. B. bei Rückenbeschwerden und beruflicher Bürotätigkeit zu Trainingszwecken genutzt werden. Der Raum wird von den Rehabilitanden therapeutisch, z. B. im Rahmen des Bewerbungstrainings, aber auch außertherapeutisch genutzt, z. B. für Internetrecherchen bei der Arbeitsplatzsuche, den eigenen Email-Verkehr oder zum Surfen in der Freizeit.

Für Ämter- und Behördenangelegenheiten, konsiliarärztliche Vorstellungen und Freizeitaktivitäten stehen klinikeigene Fahrzeuge zur Verfügung.

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 Sucht- 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:

- Hauptwohnsitz im Rheinisch-Bergischen Kreis, Köln oder Umgebung,
- Diagnostisch gesicherte manifeste Suchterkrankung,
- 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 Zusatzerkrankung 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 Person 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 das Betreute Wohnen in der Wohngemeinschaft für abstinente und abstinenzorientierte Menschen mit Abhängigkeitserkrankung „Haus Hömel“ [13] und ein stationäres soziotherapeutisches Wohnheim für Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung, das im Einzelfall auch mehrfachabhängigen komorbiden Menschen mit Alkoholabhängigkeitserkrankung 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 Patienten / 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 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 Patienten / Rehabilitanden ausgerichtet, die Arbeit erfolgt unter kontinuierlicher externer Supervision.

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

7.3 Adaptive Phase der Abteilung zur Behandlung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung

Die Abteilung zur stationären Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung (D-Abteilung) hält eine adaptive Behandlungsphase vor, die im Einzelfall auch mehrfachabhängigen komorbiden Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung der A-Abteilung zur Verfügung steht [10]. Dieses Angebot ergänzt die Behandlungsmöglichkeiten anderer externer Adaptionseinrichtungen.

In der Adaptionsbehandlung werden mehrfach beeinträchtigte Menschen mit Abhängigkeitserkrankung behandelt, bei denen ein hoher Rehabilitationsbedarf gegeben ist. Sie stellt eine konzeptionell eigenständige Phase II der Entwöhnungsbehandlung dar, in der neben den übrigen Elementen der medizinischen Rehabilitation die Förderung der Fähigkeiten zur sozialen Teilhabe noch stärker als in der ersten fachklinischen Phase im Fokus der konzeptionellen Ausrichtung steht, so z. B. auch die Hinführung zu einer selbstständige Lebensführung und Unterstützung der beruflichen Integration [143].

7.4 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 Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung 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 stationären 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 von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung integrierten psychiatrischen Kliniken zusammentreffen, dem Suchtausschuss der Bundesdirektorenkonferenz, in dem sich auf Bundesebene alle in die psychiatrische Pflichtversorgung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankung einbezogenen psychiatrischen Kliniken regelmäßig.

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 A -Abteilung. Kooperationen bestehen mit den vielen Ausbildungsinstituten für psychologische und nichtpsychologische Psychotherapeuten der Region.

Zur Verminderung von Vermittlungshindernissen bei Suchtmitteln besteht beim Jobcenter Köln ein Trägerverband, in dem wir aktiv mitarbeiten (zu den beteiligten Institutionen siehe 4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen). Mit dem Jobcenter Bergisch Gladbach besteht eine ähnlich intensive Kooperation zur Unterstützung der Reintegration Arbeitsuchender in Erwerbstätigkeit.

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 für die Entwöhnungsbehandlung von Menschen mit Alkohol-/Medikamentenabhängigkeitserkrankung relevanten Leitlinien (siehe 4.1.6). Das Konzept wird grundsätzlich alle 3 Jahre überarbeitet und kontinuierlich aktualisiert.

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.) [144, 145]. Das QM-System der PSK berücksichtigt auch die unterschiedlichen Anforderungen des Gesetzgebers für die Bereiche Akutversorgung und Rehabilitation [146].

Input zur Weiterentwicklung des Konzepts kommt auch von außen:

Zunächst durch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung der Rentenversicherung [147] (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 [148]. 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 [149].

Der Chefarzt hat eine Ausbildung zum Qualitätsbeauftragten gemäß Anforderungen der Bundesärztekammer. Der Prozess der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements wird in enger Abstimmung mit der Klinikleitung über die QMB-Gruppe organisiert, die von dem Leiter der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit einer Alkoholabhängigkeitserkrankung, dem Oberarzt der Abteilung zur medizinischen Rehabilitation von Menschen mit einer Drogenabhängigkeitserkrankung sowie dem Oberarzt der Akutabteilungen 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 [150] extern zertifiziert. 7/2012 erfolgte die Zertifizierung nach KTQ-Reha v1.1 [151] einschließlich BAR-Qualitätskriterien [152].

12/2014, 12/2017 und 3/2021 wurde die Klinik nach DIN EN ISO 9001:2008 bzw. 9001:2015 zertifiziert [153], 5/2015, 5/2018 und 5/2021 der Reha-Bereich (A- und D-Abteilung) zusätzlich nach QM-Kultur-Reha Version 3.0 einschließlich BAR-Qualitätskriterien [154], sodass die Voraussetzungen nach § 37 Abs. 3 (früher § 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 Alkohol-/Medikamentenentwöhnungsabteilung (A-Abteilung) wird therapeutisch und organisatorisch von dem zuständigen Abteilungsleiter geleitet.

An der monatlichen Abteilungsleiterkonferenz der Klinik nehmen ein Vertreter der Geschäftsführung, Chefarzt und Pflegedienstleitung, 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 werktäglichen Teamsitzungen erörtern die Mitarbeiter der verschiedenen therapeutischen Bereiche die therapeutischen Prozesse bezüglich der aktuellen Rehabilitanden, Neuaufnahmen und organisatorische Fragen. Bei Bedarf werden ein bis zwei Kurzfalldarstellungen unter Leitung des Abteilungsleiters oder Chefarztes durchgeführt.

Vertiefte Fallbesprechungen werden regelhaft zur Reflexion des Therapieprozesses in internen Fallbesprechungen oder Super- bzw. Intervisionen (durch den externen Supervisor und/oder den Abteilungsleiter) durchgeführt.

Einsichtnahme, Zugriff und Aufbewahrung der EDV-gestützten und papiergebundenen Dokumentation ist entsprechende der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt. Das Patientenarchiv befindet sich auf dem Gelände der Hauptklinik in Bergisch Gladbach, es ist abgeschlossen und nur für autorisierte Mitarbeiter zugänglich.

10. Notfallmanagement

In der A-Abteilung ist stets die Anwesenheit von Mitarbeitern gewährleistet. Der Tagesdienst endet mit der persönlichen Übergabe an den Nachtdienst, 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 Chefarzt bzw. in Vertretung der leitende 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 Chefarzt zu informieren oder einen externen Notarzt.

Zum Vorgehen bei nichtmedizinischen Notfällen siehe 14.7.5 Prozessbeschreibung „Notfallmanagement“.

11. Fortbildung

Regelmäßig werden externe Supervisionen durchgeführt (siehe 12. Supervision). Darüber hinaus findet dreiwöchentlich 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 und von der Klinik unabhängigen Supervisor durchgeführte Supervision (siehe 14.5.3 Qualifikationsnachweis Supervisor) ist verpflichtend für alle Mitarbeiter des therapeutischen Teams und wird vierwöchig schulenübergreifend fallbezogen durchgeführt (Dauer ca. 75 Minuten). Ein kontinuierlicher Wechsel des Supervisors wird alle 3 bis 4 Jahre angestrebt.

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

Kontinuierlich, in der Regel 4-wöchig, 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

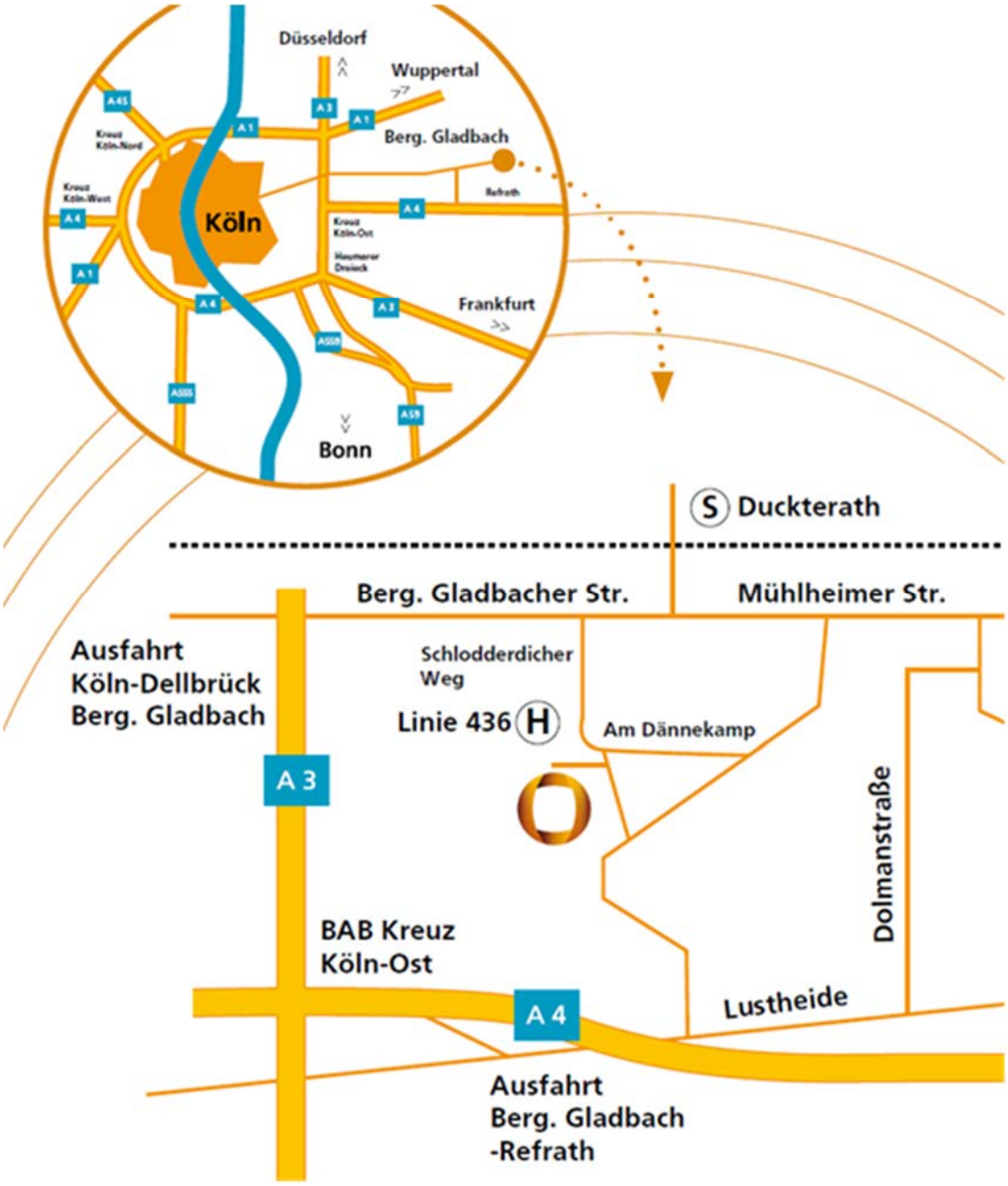
13.1 Lage der Klinik / Anfahrt

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 Therapievertrag

Therapievereinbarung

zwischen der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach und

Frau / Herrn _____

1. Ich benötige für meine psychischen Probleme therapeutische Hilfe und für meine soziale Problematik Unterstützung. Ich erkläre mich bereit, in eine Therapie in der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach einzuwilligen und an allen therapeutischen Veranstaltungen aktiv teilzunehmen.
2. Die Verweigerung der Mitarbeit und Teilnahme an therapeutischen Veranstaltungen, Verstöße gegen die Hausordnung – insbesondere die Anwendung oder Androhung von Gewalt – können zur Auflösung der Therapievereinbarung und zur Entlassung führen.
3. Ich verpflichte mich, entsprechend der Hausordnung, bei stationärer Aufnahme in die Klinik, alle Drogen, Medikamente sowie alkoholische Getränke und die zur Drogeneinnahme verwendbaren Werkzeuge und Gegenstände abzugeben, keine psychoaktiven Wirkstoffe in die Klinik einzubringen oder zu konsumieren. Ich bin damit einverstanden, dass Suchtmittel- und Zimmerkontrollen in meiner Gegenwart durchgeführt werden.
4. Ich stelle die Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach von allen Haftungsansprüchen gegen Dritte, die aus der Benutzung von Klinikfahrrädern durch mich entstehen, frei. Ich verpflichte mich, bei Nutzung eines Klinikfahrrades dessen ordnungsgemäßen Zustand vor Fahrtantritt selbst zu überprüfen.
5. Es wird keine Haftung für Wertgegenstände oder sonstige mitgebrachte Habe übernommen. Bei Beendigung des Klinikaufenthaltes sind persönliche Gegenstände direkt mitzunehmen – eine Einlagerung ist nicht vorgesehen.
6. Die Psychosomatische Klinik tritt bei der Zahlung von Fahrtkosten in Vorleistung. Ich bin damit einverstanden, dass ausgezahlte Beträge, die vom Leistungsträger nicht erstattet werden, mir privat in Rechnung gestellt werden.

Bergisch Gladbach, den _____ gelesen und anerkannt

_____ _____

(Mitarbeiter/-in der Klinik) (Unterschrift Patient/-in)

13.3 Grundregeln der stationären Behandlung (Hausordnung)

Die Grundregeln der Behandlung sind eine wesentliche **Grundlage für die Zusammenarbeit** zwischen Ihnen als Patient und uns als Mitarbeitern und damit für Ihre Behandlung.

Die Regeln im Einzelnen:

1. **Verzicht** auf alle psychoaktiven Substanzen (alle Suchtstoffe, ob legal wie Alkohol oder illegal wie Cannabis) sowie Medikamente, welche nicht ärztlich verordnet sind. Das schließt den Verzicht auf Erwerb, Konsum, Handel etc. ein sowie den Verzicht auf alle Materialien und Werkzeuge, die für Zubereitung und Konsum erforderlich sind.

2. **Kontrollen** zur Sicherstellung der Suchtmittelfreiheit in der Entwöhnungsbehandlung (vor allem Atemluft- und Urinkontrollen und Durchsuchung der Kleidungsstücke und Wertsachen) werden mehrfach ohne Vorankündigung während der Behandlung durchgeführt. Wir erwarten dabei Ihre aktive Unterstützung.

3. **Rauchen** bzw. Konsum von Tabakprodukten jeder Art ist nur außerhalb des Klinikgebäudes zulässig. Aus versicherungsrechtlichen und feuerschutztechnischen Gründen sind wir verpflichtet, das Einhalten dieser Vorschrift sicherzustellen. Der Besitz von **koffein**haltigen Getränken und Produkten ist ebenfalls verboten, ihr Konsum eingeschränkt.

4. **Außenkontakte** sind zu Beginn der stationären Entwöhnungsbehandlung eingeschränkt (Ausgangssperre, 2 Wochen); sie werden mit Fortschreiten der Behandlung erweitert (Zweierausgang nach 2, Einzelausgang nach 4, Heimfahrt nach 8 Wochen). Bei ganztägig ambulanter (teilstationärer) Behandlung entfallen diese Einschränkungen. Empfang und Versand von Briefen und Päckchen sowie Telefonieren sind von Anfang an möglich.

5. 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 Behandlung hier keine sexuellen Beziehungen oder Intimkontakte zu Mitpatienten beginnen. Andernfalls wird die Fortsetzung Ihrer Behandlung erheblich belastet und unter Umständen völlig infrage gestellt.

6. In einem Klima übergroßer Angst oder Bedrohung ist therapeutische Arbeit nicht möglich, massive Aggressivität kann daher nicht geduldet werden. Auf Anwendung bzw. nur Androhung von **Gewalt** oder Provokation zu Gewalttätigkeiten ist zu verzichten.

7. Grundsätzlich gilt, dass Sie bei Regelverstößen mit **Sanktionen** bis hin zur sofortigen disziplinarischen Entlassung rechnen müssen. Wir wollen, dass Sie sich während der Behandlung mit Ihren Schwierigkeiten auseinandersetzen und nicht vor ihnen 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.

8. Wir erwarten Ihre **aktive Teilnahme** sowohl an den einzelnen Behandlungsangeboten als auch in 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, die aktuellen Aushänge des schwarzen Bretts regelmäßig durchsehen und neue Informationen an Ihre Mitpatienten weitergeben. Über konkrete Einzelheiten des Behandlungsprogramms und -ablaufs werden Sie von Mitarbeitern in Kenntnis gesetzt. Diese Informationen sind verpflichtend.

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. 2 - 15) (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. (Hrsg.) (2011). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ganztägig ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 18.08.11. 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. (2015). *Konzept für die Stationen zur qualifizierten stationären Akutbehandlung Drogenabhängiger (6/2015)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
10. Kuhlmann, Th. (2021). *Therapeutisches Konzept zur medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) von Menschen mit Drogenabhängigkeitserkrankung (11/2021)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
11. Kuhlmann, Th., Gebhardt, J. (2012). *Konzept der Institutsambulanz (10/2012)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
12. Kuhlmann, Th. (2015). *Hilfe zum selbstständigen Wohnen („Ambulant Betreutes Wohnen"). Betreuungskonzept (4/2015)*. PSK Bergisch Gladbach.
13. Hansen, H. B. & Theegarten, A. (2010). *Konzeption Betreutes Wohnen in der Wohngemeinschaft für abstinente und abstinenzorientierte Suchtkranke (8/2010)*. Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
14. Kuhlmann, Th. (2013). *Konzept für ein soziotherapeutisches Wohnheim für Drogenabhängige (10/2013)*. 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. Reymann, G. & Preising, M. (2003). Rahmenkonzept für die qualifizierte Entzugsbehandlung alkoholkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen. *Versicherungsmedizin, 55* (1), 27 - 32.
19. 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.
20. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (2001). Zur Theorie und Praxis der psychoanalytisch-interaktionellen Methode. *Psychotherapie*, *6* (1), 58 - 72.
21. Heigl-Evers, A. & Ott, J. (Hrsg.). (2002). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis* (4. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
22. Leichsenring, F. & Streeck, U. (2014). *Handbuch psychoanalytisch-interaktionelle Therapie: Behandlung von strukturellen Störungen und schweren Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
23. Fürstenau, P. (1992). *Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie*. München: Verlag J. Pfeiffer.
24. Fürstenau, P. (2007). *Psychoanalytisch verstehen, Systemisch denken, Suggestiv intervenieren* (3., erw. Neuaufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
25. Rudolf, G. (2020). *Strukturbezogene Psychotherapie (SP): Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen. Unter Mitarbeit von L. Hauten und J. Ehrenthal* (4. akt. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
26. Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma* (2., überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
27. Rudolf, G. (2019). *Psychodynamisch denken - tiefenpsychologisch handeln: Praxis der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung.
28. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2015). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
29. Allen, J. G. & Fonagy, P. (Hrsg.). (2009). *Mentalisierungsgestützte Therapie. Das MBT-Handbuch - Konzepte und Praxis.* Stuttgart: Klett-Cotta.
30. Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
31. Wöller, W. & Kruse, J. (Hrsg.) (2018). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*, (5., akt. Aufl.). Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung.
32. Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie.* Göttingen: Hogrefe-Verlag.
33. Fiedler, P. (2003). *Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
34. Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (2014). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik - OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung* (3., überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
35. Arbeitskreis OPD - Abhängigkeitserkrankungen und Arbeitskreis OPD. (Hrsg.). (2013). *OPD-2 - Modul Abhängigkeitserkrankungen.* Das Diagnostik-Manual. Bern: Verlag Hans Huber.
36. Doering, St. & Hörz, S. (Hrsg.). (2012). *Handbuch der Strukturdiagnostik.* Konzepte, Instrumente, Praxis. Stuttgart: Schattauer.
37. Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2008). *Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beträge zur Theorie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
38. Bilitza, K. W. (Hrsg.) (2008). *Psychotherapie der Sucht. Psychoanalytische Beträge zur Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
39. Khantzian, E. J. & Alabanese, M. J. (2008). *Understanding Addiction as Self Medication: Finding Hope Behind the Pain*. Lanham: Rowman & Littlefield.
40. Traumasensible Behandlung (Stand 11/2021). [Verfügbar unter: http://www.trauma-und-sucht.de/informationen-fuer-therapeuten/traumasensible-behandlung, zuletzt abgerufen 10.11.21].

41. Sack, M., Sachsse, U. & Schellog, J. (Hrsg.). (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
42. Reddemann, L. & Wöller, W. (2019). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Praxis der psychodynamischen Psychotherapie - analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie)* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
43. Lüdecke, C., Sachsse, U. & Faure, H. (2010). *Sucht - Bindung - Trauma: Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext*. Stuttgart: Schattauer.
44. Abilgaard, P. (2013). *Stabilisierende Psychotherapie in akuten Krisen. PITT für die psychotherapeutische Grundversorgung in psychiatrischen Kliniken, Ambulanzen und Beratungsstellten.* Stuttgart: Klett-Cotta.
45. Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
46. Grawe, K. (1995). Grundriß einer allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut, 40,* 130 - 145.
47. Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie* (2. korr. Aufl.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
48. Fiedler, P. & Herbertz, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen* (7., vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union.
49. Fiedler, P. (2010). *Verhaltenstherapie mon amour. Mythos - Fiktion - Wirklichkeit*. Stuttgart: Schattauer GmbH.
50. Fiedler, P. (Hrsg.). (2012). *Die Zukunft der Psychotherapie. Wann ist endlich Schluss mit der Konkurrenz?* Heidelberg: Springer.
51. 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.
52. Rose, H. H. (1981). Grundfragen therapeutischer Teamarbeit in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, *8*, 1 - 7.
53. Wöller, W., Krause, J. & Alberti, L. (1996). Was ist supportive Psychotherapie? *Nervenarzt*, *67*, 249 - 252.
54. Wöller, W., Bernard, J., Kruse, J. & Albus, C. (2018). Supportives Arbeiten. Grundzüge supportiver Psychotherapie. In W. Wöller & J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*, (5., akt. Aufl., S. 344 - 354). Stuttgart: Schattauer GmbH.
55. Kernberg, O. F. (2006). *Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien* (7. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
56. Miller, W. R., Rollnick, St. (1991). *Motivational Interviewing - Preparing People to Change Addictive Behavior.* New York: The Guilford Press.
57. Miller, W. R., Rollnick, St. (2002). *Motivational Interviewing - Preparing People for Change* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
58. Miller, W. R. & Rollnick, St. (2015). *Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing - Helping People Change, 3rd Ed.)*. Freiburg: Lambertus-Verlag.
59. Kuhlmann, Th. (2005). Motivational Interviewing und Frühintervention. *Suchtherapie*, *6*, 35 - 38.
60. Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R. & Rollnick, St. (2010). *Motivierende Gesprächsführung bei der Behandlung psychischer Störungen*. Weinheim: Beltz Verlag.
61. Rollnick, St., Miller, W. R. & Butler, Ch. C. (2020). *Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen: Core Skills für Helfer,* (2. Aufl.). Lichtenau: G. P. Probst Verlag.
62. Kuhlmann, Th. & Bischof, G. (Hrsg.). (2012). Motivational Interviewing [Themenheft]. *Suchttherapie, 13*, 107 - 131.
63. Wagner, Ch. C. & Intersol, K. S. (Eds.). (2013). *Motivational Interviewing in Groups*. New York: The Guilford Press.

64. 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.

65. Deck, R., Glaser-Möller, N. & Kohlmann, Th. (Hrsg.). (2012). *Rehabilitation bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen.* Lage: Lippe Verlag.

66. Spitzer, M. (2007). *Lernen - Gehirnforschung und die Schule des Lebens* (3., korr. Nachdruck). Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

67. Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012). Neurobiologie der *Alkoholabhängigkeit. Grundlagen und Konsequenzen für Diagnose und Therapie von Suchterkrankungen.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

68. Schuntermann, M. F. (2018). *Einführung in die ICF. Grundkurs - Übungen - offene Fragen* (5. akt. Aufl.). Landsberg: ecomed Medizin.

69. Mann, K., Hoch, E. & Batra, A. (Hrsg.). (2016). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (AWMF-Register Nr. 076-001). Berlin: Springer-Verlag.

70. Hoch, E., Petersen, K., Bühringer, G., Klein, M., Reimer, J., Reymann, G., Thomasius, R., Batra, A. & Mann, K. (Hrsg.). *S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen* (AWMF-Register Nr. 076-001). Leitlinienreport (Stand; 23.02.16). [Verfügbar unter: https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Leitlinien/076_D_Ges_fuer_Suchtforschung_und_Suchttherapie/076-001m_S3-Leitlinie_Alkohol_2015-02_02-abgelaufen.pdf, zuletzt abgerufen 10.11.21].

71. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2016). *Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit. Leitlinie für die medizinische Rehabilitation* (Stand 3/2016). Berlin: DRV Bund.

72. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2014). *KTL, Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation, Ausgabe 2015* (6. Aufl.). Berlin: DRV Bund.

73. Kuhlmann, Th. (2014). Substitution im ambulanten und stationären Setting. *Sucht Aktuell, 2014 (2)*, 60 - 62.

74. Kuhlmann, Th. (2012). Substitution während medizinischer Rehabilitation - Erfahrungen über Chancen, Grenzen und Herausforderungen. In Akzept e. V. Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Hrsg.), *Substitution und Psychotherapie im stationären und ambulanten Setting,* Dokumentation der Fachtagung vom 02.12.2011 in Berlin (S. 67 - 71). Berlin: akzept e. V.

75. Krausz, M., Müller-Thomsen, T. (Hrsg.). (1994). *Comorbidität - Therapie von psychischen Störungen nach Sucht*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

76. Walter, M. & Gouzoulis-Mayfrank, E. (Hrsg.) (2014). *Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

77. Walter, M., Sollberg, D. & Euler, S. (2016). *Persönlichkeitsstörungen und Sucht.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

78. Schwoon, D. R. & Krausz, M. (Hrsg.). (1994). *Psychose und Sucht. Krankheitsmodelle, Verarbeitung, therapeutische Ansätze* (2. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

79. Kuhlmann, Th. (2003). *Anmerkungen über den therapeutischen Umgang mit aggressivem Verhalten am Beispiel der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach.* Dortmund-Hemeraner-Tage (unveröffentlicht).

80. Mentzos, St. (2002). *Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie* (5. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

81. Mentzos, St. (2015). *Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen* (7. Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

82. Kuhlmann, Th. & Morjan, A. (1996). Die Schizophrenie - zum Verständnis der Krankheit und der Erkrankten. *Psych. Pflege Heute*, *2* (4), 230 - 236.

83. Hutterer-Krisch, R. (Hrsg.). (1994). *Psychotherapie mit psychotischen Menschen.* Berlin: Springer-Verlag.

84. 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.
85. Körkel, J. (2000). Vom Sollen und Wollen: Zielfestlegungen und Zielvereinbarungen in der Suchthilfe. *Abhängigkeiten*, *6* (1), 5 - 25.
86. Rost, W.-D. (2009). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Therapie, Diagnostik, Behandlung* (um ein aktuelles Vorwort erw. Neuaufl.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
87. Voigtel, R. (2015). *Sucht*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
88. Krystal, H. & Raskin, H. A. (1983). *Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktion*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
89. 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.
90. 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.
91. Marcea, I. T. & Kuhlmann, Th. (2001). Leitlinien für die Erbringung medizinischer Leistungen in der Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation von Patienten mit Abhängigkeit und/oder schädlichem Gebrauch von psychotropen Substanzen für das Fachgebiet Psychiatrie / Psychotherapie. *Suchttherapie, 1*, 45 - 50.
92. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2014). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Kombinationsbehandlung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014*. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsames_rahmenkonzept_kombibehandlung_sucht_2014.html, zuletzt abgerufen 10.11.21].
93. Beck, A. T., Brown, G. K. & Steer, R. A. (2009). *Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II)* (2. Aufl.)*.* Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
94. Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2013). *Beck-Depressions-Inventar-FS (BDI-FS).* Frankfurt am Main: Pearson Assessment.
95. Franke, H. A. (2013). *SCL-90-S. Die Symptom-Checkliste - Standardform.* Göttingen: Hogrefe-Verlag.
96. Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Horsch, L., Komo-Lang, M., Klinkerfuß, M., Grande, T. & Schauenburg, H. (2012). Der OPD-Strukturfragebogen (OPD-SF): Erste Ergebnisse zu Reliabilität und Validität. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 62*, 25 - 32.
97. Ehrenthal, J. C., Dinger, U., Reiner, H., Dahlbender, W. & Gierk, B. (2013). Entwicklung einer Zwölf-Item-Version des OPD-Strukturfragebogens (OPD-SFK). *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61*, 262 - 274,
98. Liepmann, D., Beauducel, A., Brocke, B. & Nettelnstroth, W. (2013). *IST-Screening. Intelligenz-Struktur-Test Screening.* Göttingen: Hogrefe-Verlag.
99. Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Liepmann, D. (2010). *Test d2 - Revision. Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
100. Landeskoordination Integration NRW. (Hrsg.). (2010). *Gender und Sucht*. Köln: Landeskoordination Integration NRW.
101. Bundesamt für Gesundheit (BAG). (Hrsg.). (2012). *Frauengerechte Beratung / Männergerechte Beratung. Ein Leitfaden für Berater und Beraterinnen im Suchtbereich*. Bern: BAG.
102. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2015). *Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Curriculum Gesunde Ernährung. Version 2010/2015*. Berlin: DRV *Bund*. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/gesundheitstraining/ernaehrung_gesunde_ernaeh rung.html, zuletzt abgerufen 01.08.19.]

103. Birk T, Kröger C. (2010). *Rauchfrei nach Hause!?* - Kursleitermanual der Klinikversion des Rauchfrei Programms. München: IFT Institut für Therapieforschung,

104. Senf, W. & Broda, M. (2011). *Praxis für Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (5., vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Thieme.

105. Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.) (2009). *Wörterbuch der Psychotherapie* (2., erw. Aufl.). Wien: Springer.

106. Klein, M., Quinten, C. & Roeb, W. (Hrsg.). (1992). *Abhängigkeit, Sucht, Beziehung. Beziehungs- und Interaktionsverhalten im Suchtkontext*. Geesthacht: Neuland Verlagsgesellschaft.

107. Schnyder, U. & Sauvant, J.-D. (Hrsg.). (2000). *Krisenintervention in der Psychiatrie* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

108. Fuchs, P. (2000). *Ergotherapie im Suchtbereich. Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit*. (2. Aufl.). Dortmund: verlag modernes leben.

109. 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.

110. 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.

111. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). *Sozialmedizinische Begutachtung in der gesetzlichen Rentenversicherung* (7., aktual. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.

112. Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA). (Hrsg.) (2014). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation*. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/gemeinsame_empfehlung_BORA_2014.html, zuletzt abgerufen 10.11.21].

113. Streibelt, M., Gerwinn, H., Hansmeier, T., Thren, K. & Müller-Fahrnow, W. (2007). SIMBO: Ein Screening-Instrument zur Feststellung des Bedarfs an berufsbezogenen medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen. *Die Rehabilitation, 46*, 266 - 275.

114. Löffler, St., Wolf, H.-D., Gerlich, Chr. & Vogel, H. (2008). *Würzburger Screening zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierten und beruflichen Rehabilitationsleistungen. Benutzermanual*. Würzburg: Universität Würzburg.

115. Bürger, W. & Deck, R. (2009). SIBAR – ein kurzes Screening-Instrument zur Messung des Bedarfs an berufsbezogenen Behandlungsangeboten in der medizinischen Rehabilitation. *Die Rehabilitation, 48*, 211 - 221.

116. Linden, M, Baron, St. & Muschalla, B. (2015). *Mini-ICF-APP. Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen* (2., überarb. und erw. Aufl). Bern: Verlag Hans Huber.

117. Linden, M, Baron, St., Muschalla, B. & Ostholt-Corsten, M. (2015). *Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP*. Bern: Verlag Hans Huber.

118. Düchting, M. (2008). *HiPro-Assessment: Ein integratives Teilsystem psychosozialer Ergotherapie - Schwerpunkt Arbeitstherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

119. Deutsche Rentenversicherung Bund. (Hrsg.). (2011). *Arbeits- und berufsbezogene Orientierung in der medizinischen Rehabilitation - Praxishandbuch* (3., aktual. und erw. Aufl.). Berlin: DRV Bund.

120. Blaser, M. & Csontos, I. (2014) *Ergotherapie in der Psychiatrie. Handlungsfähigkeit und Psychodynamik in der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Bern: Verlag Hans Huber.

121. Petzold, H. G. & Orth, I. (Hrsg.). (2007). *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie.* (4. unveränderte Aufl.). Bielefeld: Aisthesis Verlag.

122. Ameln-Haffke, H. (2014). *Emotionsbasierte Kunsttherapie: Methoden zur Förderung emotionaler Kompetenzen.* Göttingen: Hogrefe-Verlag.

123. Egger, B. & Merz, J. (2013). *Lösungsorientiert Maltherapie. Wie Bilder Emotionen steuern.* Bern: Verlag Hans Huber.

124. 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.

125. Eckel, D., Niggehoff, St., Stürmer, M. & Deimel, H. (2012). Bewegungs- und Sporttherapie bei Abhängigkeitserkrankungen - Praxisempfehlungen für eine zukünftige Leitlinie. In H. Deimel (Hrsg.), *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 237 - 265). Sankt Augustin: academia Richarz.

126. 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.

127. Willke, E., Hölter, G., Petzold, H. G. (Hrsg.). (2014). *Tanztherapie - Theorie und Praxis. Ein Handbuch* (6. Aufl.). Köln: Reichert Verlag.

128. Willke, E. (2007). *Tanztherapie: Theoretische Kontexte und Grundlagen der Intervention.* Bern: Verlag Hans Huber.

129. Weber, S. (2008). *Die Beziehungs- und Bindungsproblematik suchtkranker Menschen: Ein tanztherapeutischer Ansatz in der Behandlung und Betreuung*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.

130. Schneider, W. (1989). Begründung einer bewegungstherapeutischen Planstelle. *Tanz und Therapie, Zeitschrift für Tanztherapie*, *1*, 11 - 15.

131. Sammer, U. (2014). *Entspannung erfolgreich vermitteln. Progressive Muskelentspannung und andere Verfahren* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

132. Bischof, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R.-B. (Hrsg.). (2017). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie - Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag.

133. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2015). *Indikationsübergreifende Gesundheitsbildung. Version 2000/2015*. Berlin: DRV Bund. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/gesundheitstraining/ernaehrung_gesunde_ernaehrung.html, zuletzt abgerufen 01.08.19.]

134. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.). (2015). *Gesundheitstraining in der medizinischen Rehabilitation. Curricula für standardisierte Patientenschulungen. Version 2010/2015*. Berlin: DRV Bund. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Patientenschulung-und-Beratung/gesundheitstraining.html, zuletzt abgerufen 01.08.19.]

135. Schober, F., Peukert, P., Wernz, F. & Batra, A. (2013). *Psychoedukatives Training bei Abhängigkeitserkrankungen.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

136. Kienast, Th., Lindenmeyer, J., Löb, M., Löbner, S. & Heinz, A. (2007). *Alkoholabhängigkeit. Ein Leitfaden zur Gruppentherapie.* Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

137. Rennert, M. (2012). *Co-Abhängigkeit: Was Sucht für die Familie bedeutet* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

138. Thomasius, R. & Küstner, U. (Hrsg.). (2005). *Familie und Sucht: Grundlagen - Therapiepraxis - Prävention*. Stuttgart: Schattauer.

139. Flassbeck, J. (2016). *Co-Abhängigkeit. Diagnose, Ursache und Therapie für Angehörige von Suchtkranken*. Stuttgart: Klett-Cotta.

140. Körkel, K. (Hrsg.). (2008). *Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer* (3. Aufl.). Wuppertal: Blaukreuz-Verlag.

141. Deutsche Rentenversicherung. (2012). Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Nachsorge im Anschluss an eine

medizinische Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 31.10.12. In Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.). *Vereinbarung im Suchtbereich* (S. 84 - 91) (2. Aufl., 8/2013). Berlin: DRV Bund.

142. Deutsch Rentenversicherung. (Hrsg.) (2015). *Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015* (Stand 12/2015, geändert 1/2021). Berlin: DRV Bund. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html, zuletzt abgerufen 10.11.21].
143. Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e. V. (buss). (Hrsg.). (2016). *Die Adaptionsbehandlung Inhalte und Ziele der zweiten Phase der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker* (Stand 8/2016). Kassel: buss.
144. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.) (2019). *QM-Handbuch v3.02 (*Stand 6/2020). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
145. Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach. (Hrsg.). (2018). *Audit-Checkliste v1.25* (Stand 8/2018). Bergisch Gladbach: PSK Bergisch Gladbach.
146. 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.
147. Deutsche Rentenversicherung. (Hrsg.) (2021). *Reha-Qualitätssicherung*. [Verfügbar unter: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung_node.html, zuletzt abgerufen 10.11.21].
148. Kuhlmann, Th. (2011). ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). *Suchttherapie*, *1*, 7.
149. Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e. V. (Hrsg.). (2000). *Konzept zur Einführung eines Qualitätsmanagement-Systems in der Suchttherapie*. Kassel: deQus.
150. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2005). *KTQ-Manual inkl. KTQ-Katalog für den Bereich Rehabilitation, Version 1.0*. Siegburg: KTQ-GmbH.
151. Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen. (Hrsg.). (2010). *KTQ-Katalog Rehabilitation Version 1.1 mit vollständig integrierten BAR-Qualitätskriterien*. Siegburg: KTQ-GmbH.
152. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. (BAR). (Hrsg.). (2015). *Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX (ab 01.01.18 § 37 Abs. 3 SGB IX) (Stand 4/2015)*. [Verfügbar unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/_downloadmaterialien/themen/qualitaetsmanagement/Vereinbarung.pdf, zuletzt abgerufen 10.01.21].
153. Deutsches Institut für Normung DIN e. V. (Hrsg.). (2015). *DIN EN ISO 9001 Qualitätsmanagementsysteme - Anforderungen* (ISO 9001:2015) (Ausgabe 2015-11). Berlin: Beuth Verlag.
154. Jagals - Beraten Führen Umsetzen. (Hrsg.). (2011). *QM-Kultur Reha Version 3.0* (Stand 8/2011) [siehe unter: https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/datenbanke_und_ver zeichnisse/Zertifizierung/downloads/2021-11-11_Liste_anerkannte_QM_Verfahren.pdf, zuletzt abgerufen 11.11.21].

14.2 Grundriss der Einrichtung

Kann bei Bedarf eingesehen werden.

14.3 Musterwochenplan

Psychosomatische Klinik Bergisch Gladbach

Gruppen-Wochenplan — BG = Basisgruppe, SG1 – SG3 = Stammgruppe 1 - 3 — A-Abt.

Zeit	Montag				Dienstag				Mittwoch				Donnerstag				Freitag			
	BG	SG1	SG2	SG3	BG	SG1	SG2	SG3	BG	SG1	SG2	SG3	BG	SG1	SG2	SG3	BG	SG1	SG2	SG3
7:30 8:20	Frühsport Küchendienst, Betten machen, Zimmer aufräumen																			
9:00 10:15	GT	GT	SP	WT	GT	GT	KT	SP	Großgruppe themenzentriert				GT	GT	BT	KT	GT	GT	WT	BT
10:45 12:00	WT	SP	GT	GT	SP	KT	GT	GT	GB	KT	BT	SP	KT	BT	GT	GT	BT	WT	GT	GT
13:15 Großgruppe																				
14:00 16:15	GB	indikative Gruppen*			Behördengänge, ärztliche Behandlungen, sonstige Besorgungen bzw. therapiefreie Zeit				indikative Gruppen*				indikative Gruppen*				SB	indikative Gruppen*		
16:00 Zimmerreinigen																				

* Indikative Gruppen umfassen: Arbeits-/Ergotherapie, Bewerbungstraining, Haushaltstraining / Ernährung, Freizeitgruppe, Frauen-/Männergruppe sowie iBT, iKT, iSP, iWT und sIG

GT Gruppenpsychotherapie
GB Gesundheitsberatung
SB Sozialarbeiterische Beratung
sIG sonstige Indikative Gruppe

BT Bewegungstherapie
KT Kreatives Training
SP Sporttherapie
WT Werktherapie

iBT indikative BT
iKT indikative KT
iSP indikative SP
iWT indikative WT

14.4 Personalkonzept / Stellenplan

14.4.1 Soll-Stellenplan

Das multidisziplinär zusammengesetzte Team für die insgesamt 40 plus 6 Behandlungsplätze setzt sich wie folgt zusammen:

Funktionen	**Vollstellen**
Chefarzt (anteilig)	0,20
Oberarzt / Funktionsoberarzt	0,25
Assistenzarzt	1,00
Teilsumme:	1,45
Therapeutischer Leiter (Psychologe, approbiert)	1,00
Psychologe (approbiert)	1,00
Psychotherapeut in Ausbildung (PiA)	*2,00*
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagoge (therapeutisch)	3,00
Dipl.-Sozialarbeiter/-pädagoge	1,50
Teilsumme (ohne PiA):	6,50
Ergotherapeut / Arbeitstherapeut	2,00
Kunsttherapeut	0,78
Teilsumme:	2,78
Exam. pflegerische Mitarbeiter (Tagdienst)	2,00
Pflegedienstleitung (anteilig)	0,20
Teilsumme:	2,20
Dipl.-Sportlehrer	0,78
Tanz-/Bewegungstherapeut	0,50
Teilsumme:	1,28
Diät-Assistent	0,20
Insgesamt (ohne PiA):	14,41

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 Personalstandsmeldung wird kontinuierlich in aktualisierter Form entsprechend den Vorgaben der Leistungsträger diesen zugesandt (in der Regel 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.).

Therapeutischer Abteilungsleiter: Dipl.-Psychologe, Approbation als Psychologischer Psychotherapeut.

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, Tanztherapeutin, Kunsttherapeutin, Arbeitstherapeutin, hauswirtschaftliche Mitarbeiter, Diät-Assistentin, examinierte Krankenschwester.

14.5.3 Qualifikationsnachweise Supervisor

Psychologe (Dr. phil.) und Soziologe (Dipl. rer. soc.), approbierter Psychologischer Psychotherapeut, Weiterbildung in psychoanalytisch-systemischer Familientherapie, Lehrtherapeut und Lehrender Supervisor (SG), Lehrender Coach (SG), Gründungsmitglied und 1. Vorsitzender der APF (Arbeitsgemeinschaft für psychoanalytisch-systemische Therapie und Forschung), langjähriger Vorstand der Systemischen Gesellschaft (SG).

14.6 Kooperationsverträge

Es besteht ein Trägerverbund, gegründet zur Kooperation und in Abstimmung mit dem Jobcenter Köln, zwecks fachlicher Begleitung und Unterstützung Arbeitssuchender mit Abhängigkeitserkrankung mit dem Ziel der Integration in Erwerbstätigkeit (zu den beteiligten Institutionen siehe 4.7.5.4 Berufsintegrierende Maßnahmen).

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 für vollstationäre Behandlungen überregional. Die ganztätig ambulante Behandlungsform kann bei Rehabilitanden durchgeführt werden, die in folgendem Einzugsgebiet bzw. Postleitzahlbereichen wohnhaft sind: 506xx bis 5151x.