helfen statt wegsehen

Fachklinik Meckenheim

Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation
drogen-, alkohol- und medikamentenabhängiger Männer

Das Therapiekonzept

DEGEMED
Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation

Fachverband Sucht e.V.

EQ ZERT ISO 9001 ZERTIFIZIERT

Bild 1: Blick auf das Gewächshaus

Bild 2: Blick auf die Schreinerei

Fachklinik Meckenheim

An der Alten Eiche 1
53340 Meckenheim
Telefon: 02225/9222-0
Telefax: 02225/9222-19
Email: fachklinik@vfg-bonn.de
Homepage: www.fachklinik-meckenheim.de

Träger

Verein für Gefährdetenhilfe gemeinnützige Betriebs-GmbH
Am Dickobskreuz 6
53121 Bonn
Telefon: 0228/98576-0
Telefax: 0228/98576-40
Homepage: www.vfg-bonn.de
Geschäftsführung: Nelly Grunwald, Joachim Krebs
Handelsregister Bonn: HRB Nr. 12129

Verantwortlich für das Therapiekonzept

Dr. Georg Merker
Facharzt für Psychiatrie
und Psychotherapie
Ärztliche Leitung

Karin Kranz M. Sc.
Diplom-Pädagogin
Suchttherapeutin KFH NW
Klinikleitung

Stand

April 2017

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 6

2 BESCHREIBUNG DER FACHKLINIK MECKENHEIM 7
2.1 HISTORIE 7
2.2 EINRICHTUNGSBESCHREIBUNG UND INFRASTRUKTUR 7

3 REHABILITATIONSKONZEPT 9
3.1 GRUNDLAGEN 9
3.2 MENSCHENBILD, SUCHTVERSTÄNDNIS UND KRANKHEITSMODELL 11
3.2.1 MENSCHENBILD 11
3.2.2 DEFINITION DER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG 12
3.2.3 ENTSTEHUNG UND AUFRECHTERHALTUNG DER ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNG 14
3.2.4 EPIDEMIOLOGIE VON ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN UND IHRER FOLGEN 15
3.2.5 ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN BEI MÄNNERN 16
3.3 BEHANDLUNGSANSÄTZE 17
3.4 INDIKATIONEN UND KONTRAINDIKATIONEN DER BEHANDLUNG 21
3.4.1 HAUPT- UND NEBENDIAGNOSEN 21
3.4.2 SOMATISCHE BEGLEITERKRANKUNGEN 24
3.5 BEHANDLUNGSANGEBOTE 26
3.5.1 ANGEBOTE BEI HAUPTDIAGNOSE(N) CANNABIS- UND/ODER AMPHETAMINABHÄNGIGKEIT 26
3.5.2 ANGEBOTE BEI HAUPTDIAGNOSE OPIOIDABHÄNGIGKEIT 27
3.5.3 ANGEBOTE BEI HAUPTDIAGNOSE ALKOHOL- UND MEDIKAMENTENABHÄNGIGKEIT 28
3.5.4 ANGEBOTE BEI NEBENDIAGNOSE (KOMPLEXE) TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN / PTBS 29
3.5.5 ANGEBOTE BEI NEBENDIAGNOSE(N) DROGENINDUZIERTE PSYCHOSE / SCHIZOPHRENIE 33
3.5.6 ANGEBOTE BEI NEBENDIAGNOSE ADHS IM ERWACHSENENALTER 35
3.6 REHABILITATIONSZIELE UND -PLANUNG 37
3.7 REHABILITATIONSDAUER 38

4 REHABILITATIONSFORMEN 39
4.1 STATIONÄRE ENTWÖHNUNGSBEHANDLUNG 39
4.2 GANZTÄGIG AMBULANTE REHABILITATION (GAT) 39
4.2.1 UMWANDLUNG VON STATIONÄRER IN GANZTÄGIG AMBULANTE REHABILITATION 40
4.3 WIEDERHOLUNGSBEHANDLUNG MIT VERKÜRZTER BEHANDLUNGSDAUER 42

5 ORGANISATION UND MODULE DER BEHANDLUNG 43
5.1 AUFNAHMEVERFAHREN 43
5.2 REHABILITATIONSPROGRAMM 44
5.3 DER BEHANDLUNGSPROZESS 44
5.4 REHABILITATIONSDIAGNOSTIK 46
5.4.1 MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK 47
5.4.2 PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK 47
5.4.3 ARBEITSBEZOGENE DIAGNOSTIK 48
5.4.4 PSYCHOSOZIALE DIAGNOSTIK 48
5.4.5 SPORTTHERAPEUTISCHE DIAGNOSTIK 48
5.5 ÄRZTLICHE AUFGABEN 49
5.5.1 KOORDINATION UND DURCHFÜHRUNG DER MEDIZINISCHEN BEHANDLUNG 49

5.5.2 KOORDINATION DER INTERDISZIPLINÄREN BEHANDLUNG 50
5.5.3 MEDIZINISCHE INFORMATIONSGRUPPE 50
5.5.4 ABSCHLUSSUNTERSUCHUNG UND SOZIALMEDIZINISCHE BEURTEILUNG 50
5.5.5 MEDIZINISCHES NOTFALLMANAGEMENT 51
5.6 PFLEGERISCHE AUFGABEN 51
5.7 EINZEL- UND GRUPPENPSYCHOTHERAPIE UND INDIKATIVE GRUPPEN 52
5.7.1 GRUPPENPSYCHOTHERAPIE 52
5.7.2 EINZELPSYCHOTHERAPIE 52
5.7.3 INDIKATIVE GRUPPEN 53
5.7.4 RÜCKFALLMANAGEMENT 56
5.7.5 ANGEHÖRIGENARBEIT 57
5.7.6 REALITÄTSTRAINING 57
5.8 ARBEITS- UND ERGOTHERAPIE 58
5.8.1 BORA 61
5.8.2 BERATUNG ZUR TEILHABE AM ARBEITSLEBEN 63
5.8.3 ARBEITSPLATZBEZOGENE INTERVENTIONEN 63
5.8.4 VERMITTLUNG VON TEILQUALIFIKATIONEN 64
5.9 GESUNDE ERNÄHRUNG / LEHRKÜCHE 66
5.10 SOZIALDIENST 67
5.11 KREATIVTHERAPIE 67
5.12 SPORT- UND BEWEGUNGSTHERAPIE 68
5.13 FREIZEITANGEBOTE 69

6 ABSCHLUSS DER BEHANDLUNG UND NACHFOLGEMAßNAHMEN 70
6.1 ABSCHLUSS DER BEHANDLUNG 70
6.2 NACHFOLGEMAßNAHMEN 70
6.2.1 ADAPTION ALS 2. PHASE DER STATIONÄREN MEDIZINISCHEN REHABILITATION 71
6.2.2 ANBINDUNG AN DAS AMBULANTE SUCHTHILFESYSTEM 72
6.2.3 WEITERE MAßNAHMEN 72

7 KOMMUNIKATIONSSTRUKTUR, KLINIK- UND THERAPIEORGANISATION 73
8 PERSONELLE AUSSTATTUNG 74
8.1 FORTBILDUNG 74
8.2 SUPERVISION 74

9 KOOPERATION UND VERNETZUNG 75
10 MAßNAHMEN DER QUALITÄTSSICHERUNG 76
11 NOTFALLMANAGEMENT 77
12 LITERATURVERZEICHNIS 78
13 ANLAGEN 81
13.1 KLINIKORDNUNG DER FACHKLINIK MECKENHEIM 81
13.2 THERAPIEVERTRAG 85
13.3 AUSGANGSREGELN 86
13.4 SOLLSTELLENPLAN 87

1 Einleitung

Die Fachklinik Meckenheim ist eine Einrichtung der medizinischen Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen für volljährige männliche Rehabilitanden. Sie befindet sich im Rhein-Sieg-Kreis in der Nähe der Bundesstadt Bonn und arbeitet unter der Trägerschaft der VFG gemeinnützigen Betriebs-GmbH in Bonn.

Grundlagen des Rehabilitationskonzeptes sind die langjährigen Erfahrungen in der medizinischen Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten und das im Rahmen der Zertifizierung erstellte Qualitätshandbuch. An der Ausarbeitung und Verwirklichung der Therapieinhalte und -prozesse haben im Rahmen des Qualitätsmanagements Mitarbeiter aus allen Bereichen der Fachklinik Meckenheim mitgewirkt. Die Rehabilitationsbehandlung in unserer Fachklinik ist ein interdisziplinäres Gemeinschaftswerk.

Bild 3: Außenansicht der Fachklinik Meckenheim

2 Beschreibung der Fachklinik Meckenheim

2.1 Historie

Im Juli 1992 wurde ein erster Konzeptentwurf des Verein für Gefährdetenhilfe (VFG) e.V./ Neue Sozialarbeit e.V. bei der Rheinischen Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (RAG) in Düsseldorf für die Einrichtung einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung für drogenabhängige Menschen vorgestellt. Die Anerkennung durch den federführenden Leistungsträger RAG erfolgte am 27.12.2001. Am 01. August 2002 wurde die neue Trägergesellschaft Verein für Gefährdetenhilfe (VFG) gemeinnützige Betriebs-GmbH (Handelsregistereintrag 20.11.2002) gegründet. Diese übernahm die Klinikträgerschaft.

Im Februar 2005 wurde nach einer Grundstückserweiterung mit dem Bau der Arbeitstherapiestätten begonnen, die seit 2006 genutzt werden. Am 01. November 2005 erfolgte die Konzepterweiterung um das neue Therapieangebot „Ganztägig Ambulante Therapie (GAT)".

Zum 15.02.2014 erfolgte die Bewilligung der Indikationserweiterung auf den Bereich Alkohol durch die Rheinische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. In den Jahren 2012 bis 2015 wurden umfangreiche Umbau- und Sanierungsmaßnahmen des gesamten Klinikgebäudes vorgenommen. Hiermit wurden zum einen essentielle Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung erfüllt und zum anderen ein modernen Anforderungen entsprechendes Ambiente für die Rehabilitanden zur Verfügung gestellt.

2.2 Einrichtungsbeschreibung und Infrastruktur

Die Fachklinik Meckenheim verfügt über 36 stationäre und 4 ganztägig ambulante Behandlungsplätze. Die Rehabilitanden sind in 12 Einzel- und 12 Doppelzimmer (Größe: 14-22 m^2) mit jeweils angrenzendem Bad/WC (Größe: 3-4 m^2) in 5 Wohnbereichen untergebracht. Die Einrichtung verfügt über zwei barrierefreie Rehabilitandenzimmer, so dass auch Rehabilitanden mit Gehbehinderung bzw. Rehabilitanden, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, aufgenommen werden können.

Die Klinikleitung, die Klinikverwaltung und die Mitarbeiterbüros befinden sich in unterschiedlichen Bereichen im Erdgeschoss der Fachklinik. Für die Rehabilitanden stehen im Erdgeschoss ein großer Speise- und Aufenthaltsraum mit großem Wintergarten und angrenzender Terrasse sowie weitere Aufenthaltsräume mit Computer mit kostenfreiem Internetzugang sowie TV-Geräten zur Verfügung.

Für die psychotherapeutischen Angebote sowie für die Durchführung von Diagnostik und weiteren Therapieeinheiten stehen mehrere barrierefreie Multifunktionsräume zur Verfügung.

Die Arbeits-/Ergotherapie findet in unserer Fachklinik in vier Bereichen statt:

- **Schreinerei/Haustechnik:** In einer professionell ausgestatteten Schreinerei mit angeschlossener Fahrradwerkstatt sind alle Voraussetzungen für Arbeiten mit Holz und Metall vorhanden.
- **Garten- und Landschaftsbau:** Der Garten besteht aus einem Zier- und einem Nutzgarten. Der Ziergarten ist vor allem zur Verschönerung des Außengeländes gedacht, hier werden auch Pflanzen aus anderen Vegetationszonen (z.B. Bananenpflanzen und Palmen) kultiviert. Im Nutzgarten werden sowohl im Außenbereich als auch in einem großen Gewächshaus Obst und Gemüse angebaut. Am Gewächshaus befindet sich auch der Hühnerstall.
- **Hausservice:** In einer professionell ausgestatteten Lehrküche bereiten die Rehabilitanden unter Anleitung Mahlzeiten zu. Weiterhin gehören zu diesem Bereich die Hausreinigung und die Wäscherei.
- **Bürokommunikation:** Hierfür steht ein unter anderem mit zwei leidensgerechten PC-Arbeitsplätzen ausgestattetes Patientenbüro zur Verfügung.

Wir bieten in unserer Fachklinik ein umfassendes und abwechslungsreiches Sporttherapieangebot an. Die Fachklinik liegt zwischen dem Kottenforst, einem ca. 40 km² großen Waldgebiet, und dem Sportzentrum von Meckenheim mit Schwimmhalle und zahlreichen Innen- und Außensportanlagen und verfügt so über eine optimale Anbindung für sportliche Aktivitäten. Darüber hinaus bietet die Fachklinik Fitnesstraining im klinikeigenen Fitnessraum und in einem nahegelegenen Fitnessstudio an. Ergänzt wird das Angebot durch ein Beachvolleyballfeld, welches sich auf dem Klinikgelände befindet. Fahrräder werden den Rehabilitanden kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Die Fachklinik befindet sich in unmittelbarer Nähe des Stadtzentrums von Meckenheim. Diverse Einkaufsmöglichkeiten, das Rathaus, das Jobcenter und alle kooperierenden Fachärzte sind bequem fußläufig oder mit dem Fahrrad in 5 – 10 Minuten erreichbar. Für das Freizeitprogramm sind sowohl die Bundesstadt Bonn als auch Rheinbach, das Siebengebirge und das Ahrtal in unmittelbarer Umgebung. Die Fachklinik verfügt über eine gute verkehrstechnische Anbindung mit PKW und ÖPNV.

3 Rehabilitationskonzept

3.1 Grundlagen

Angesichts der zunehmenden Bewusstheit über die soziale Dimension von Erkrankungen sowohl hinsichtlich ihrer Genese, ihren Auswirkungen im Alltag der Betroffenen und schließlich ihrer Prognose ist die ICD (International Classification of Diseases) von der WHO (World Health Organization) durch die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) ergänzt worden. Gegenstand der ICF sind nicht mehr nur vorrangig die Symptome einer Erkrankung, sondern die sich daraus ergebenden Auswirkungen im Alltag des Menschen. Sowohl die Funktionsfähigkeit als auch die Behinderung eines Menschen sind gekennzeichnet als das Ergebnis oder die Folge einer komplexen Beziehung zwischen dem Menschen mit einer Erkrankung und seinen Umwelt- und personbezogenen Faktoren (Kontextfaktoren). Im bio-psycho-sozialen Modell der ICF wird eine Beschreibung der Auswirkungen von Erkrankungen auf Körperfunktionen und -strukturen, auf Aktivitäten und Teilhabe des Menschen vorgenommen.

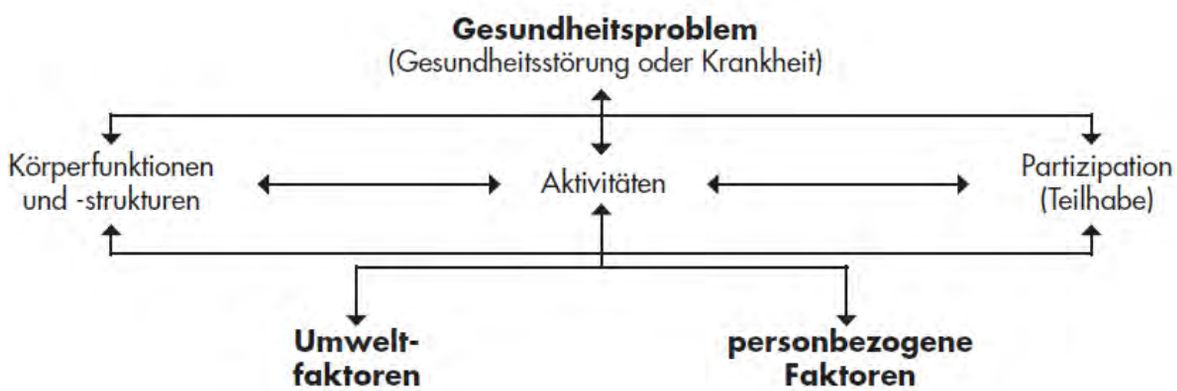

Abbildung 1: Wechselwirkungen der ICF-Komponenten (aus: BAR 2016)

Die Abbildung der Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF verdeutlicht, dass Behinderung im Sinne einer Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit kein statisches Merkmal, sondern ein dynamischer Prozess ist (BAR 2016). Mit Hilfe der ICF kann somit eine umfassende Anamneseerhebung, Bedarfsplanung und Hilfesteuerung über alle Versorgungssysteme in einer einheitlichen Sprache erfolgen.

Entsprechend beschränken sich die Ziele einer rehabilitativen Behandlung auch nicht mehr nur auf die Beseitigung/Linderung von Krankheitssymptomen. Eine Vermeidung bleibender sozialer und arbeitsbezogener Funktionseinschränkungen sowie eine Verschlimmerung oder

Chronifizierung der Erkrankung, die Befähigung der Betroffenen zum adäquaten, aktiven und selbstbestimmten Umgang mit ihrer Erkrankung sowie den Erhalt der Teilhabe der Betroffenen am gesellschaftlichen Leben und einer erfolgreichen Wiedereingliederung in das Berufsleben trotz möglicher Einschränkungen kommen hinzu. Die ICF beschreibt Förderfaktoren, welche die Leistungsfähigkeit von Personen trotz bestehender Einschränkungen wiederherstellen bzw. stärken.

Eine gesetzliche Grundlage der medizinischen Rehabilitation stellt das Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) dar: Demnach erhalten Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen Leistungen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Behinderung liegt demnach vor, wenn körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.

Die Leistungen zur Teilhabe nach SGB IX sollen die notwendigen Sozialleistungen umfassen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung

- die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
- Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
- die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
- die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.

Die Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Teilhabe sind im Sozialgesetzbuch (SGB) Sechstes Buch (VI) geregelt: Es werden Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie ergänzende Leistungen erbracht, um

- den Auswirkungen einer Krankheit oder einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung auf die Erwerbsfähigkeit der Versicherten entgegenzuwirken oder sie zu überwinden und
- dadurch Beeinträchtigungen der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihr vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder sie möglichst dauerhaft in das Erwerbsleben wiedereinzugliedern.

Sofern die gesetzliche Rentenversicherung als Rehabilitationsträger nicht zuständig ist, erbringen die gesetzlichen Krankenkassen nach Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) oder der überörtliche Sozialhilfeträger im Sinne der Eingliederungshilfe nach Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

Im Rahmen der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen" vom 04.05.2001 wurde die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker geregelt.

Folgende Ziele der medizinischen Rehabilitation wurden festgelegt:

- Abstinenz zu erreichen und zu erhalten
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen

Aus fachlicher Sicht gelten als Grundlagen der medizinischen Rehabilitation die Leitlinien der medizinischen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wie zum Beispiel die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" (2016) oder die S3-Leitlinie „Methamphetamin-bezogene Störungen" ergänzt durch die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung, derzeit vorliegend für die Alkoholabhängigkeit (2016).

3.2 Menschenbild, Suchtverständnis und Krankheitsmodell

3.2.1 Menschenbild

Die therapeutische Grundhaltung jedes Mitarbeiters der Fachklinik Meckenheim entspricht dem Ansatz des humanistischen Menschenbildes (Skora 2006): Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch von Natur aus gutherzig, lebensbejahend, achtsam und konstruktiv ist. Verhaltensweisen, die diesem Grundwesen des Menschen entgegen gerichtet sind wie z.B. destruktive, lebensfeindliche Verhaltensweisen, sind als Folge seiner Erfahrungen und Erlebnisse zumeist in Kindheit und Jugend anzusehen. Wir gehen weiterhin davon aus, dass der Mensch in seiner Persönlichkeitsentwicklung nicht statisch ist, sondern in sich das Potential trägt, sich frei entfalten und wachsen zu können. Damit liegt es in der Natur des Menschen sich weiter zu entwickeln. Jeder Mensch kann also Verhaltensweisen, die er als hinderlich oder auch schädlich für sich und/oder seine Umwelt erlebt, ändern. Änderungsprozesse bestehen in der Regel aus vielen kleinen Schritten. Ein Schritt in Richtung Änderung kann ein therapeutischer Prozess im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung sein.

3.2.2 Definition der Abhängigkeitserkrankung

Der Begriff „Sucht“ stammt etymologisch vom gotischen Wort „suikan“ ab und geht auf das Verb „siechen“ zurück. Der Begriff „Sucht“ wurde als Übersetzung für das lateinische Wort morbus benutzt und später durch die Begriffe Krankheit oder Seuche ersetzt. Begriffe, die das Wort Sucht enthalten, beschrieben oft spezifische Krankheiten wie z.B. Gelbsucht, aber auch bestimmte moralisch als verwerflich eingeordnete Verhaltensweisen wie z.B. Habsucht oder Streitsucht. Im 19. Jahrhundert wurde die Trunksucht, die bis dahin lediglich als Laster galt, erstmals von Medizinern erforscht, beschrieben und behandelt. Zurückgehend auf die Forschungen Benjamin Rushs im Jahre 1784 wurde Alkoholismus als Krankheit definiert. Der Begriff „Sucht“ setzte sich in der Medizin zunehmen als Fachterminus für unterschiedliche stoffgebundene Substanzabhängigkeiten durch (Grüsser und Thalemann, 2006).

Nach der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen (ICD-10) müssen zur Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms mindestens drei der folgenden Kriterien während des letzten Jahres gemeinsam erfüllt gewesen sein (Dilling et al. 2014):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.

2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.

3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. Nachweis einer Toleranz: Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.

6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen.

Die Neufassung des DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der APA (American Psychiatric Association) in der fünften Version zeigt eine Aufgabe des kategorialen Suchtbegriffs mit seiner Unterscheidung von Missbrauch (ICD-10: Schädlicher Gebrauch) und Abhängigkeit zugunsten des dimensional angelegten Klassifikationssystems Substanzgebrauchsstörung. Die Kriterien einer Substanzgebrauchsstörung sind (Baumgärtner und Soyka 2013):

1. Wiederholter Konsum, welcher zu einem Versagen in der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen in den Bereichen Arbeit, Schule oder zu Hause führt.

2. Wiederholter Konsum, obwohl dieser zu einer physischen Schädigung führt.

3. Wiederholter Konsum trotz wiederkehrender sozialer oder interpersoneller Probleme.

4. Toleranzentwicklung, welche durch eine verminderte Wirkung oder nötige Dosissteigerung gekennzeichnet ist.

5. Entzugssymptome bei Nichtkonsum der Substanz oder Vermeidung von Entzugssymptomen durch erneuten Substanzkonsum.

6. Höherer Konsum oder länger andauernder Konsum als ursprünglich geplant (Kontrollverlust).

7. Anhaltender Wunsch, die Substanz zu konsumieren oder erfolglose Versuche der Kontrolle des Konsums.

8. Erhöhter Zeitaufwand für die Beschaffung und den Konsum der Substanz, sowie längere Dauer einer Erholung von der Wirkung nach Substanzkonsum.

9. Vernachlässigung wichtiger Aktivitäten oder Reduktion von Aktivitäten zugunsten des Substanzkonsums.

10. Fortgesetzter Konsum trotz Kenntnis der negativen gesundheitlichen Folgen (physisch oder psychisch).

11. Ausgeprägtes Verlangen oder starker Drang, die Substanz zu konsumieren (Craving).

Entsprechend dieser Klassifikation besteht eine moderate Substanzgebrauchsstörung beim Vorliegen von 2-3 Kriterien, eine schwere Substanzgebrauchsstörung beim Vorliegen von 4 oder mehr Kriterien innerhalb der letzten 12 Monate (Baumgärtner und Soyka 2013).

3.2.3 Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeitserkrankung

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Abhängigkeitserkrankungen ist als ein multifaktorieller Prozess zu betrachten, bei dem biologische, psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren zusammenwirken. Michael Soyka (2013) beschrieb am Beispiel der Alkoholabhängigkeit drei Faktorengruppen, die auf andere Substanzabhängigkeiten übertragbar sind:

- Die spezifische Wirkung der Substanz, die sich in ihrem Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential manifestiert und ihre Verfügbarkeit voraussetzt.

- Die spezifischen Eigenschaften des konsumierenden Individuums mit seinen biologischen und psychischen Faktoren, die durch genetische und lebensgeschichtliche Einflüsse bestimmt werden.

- Die Besonderheit des sozialen Umfelds, die von den allgemeinen soziokulturellen und sozioökonomischen Einflüssen (soziale Rahmenbedingungen) bis zu den Besonderheiten des familiären Mikrokosmos (soziale Beziehungen) reicht.

Aktuelle neurobiologische Modelle der Substanzabhängigkeit gehen davon aus, dass Abhängigkeit erlernt ist und dass Mechanismen der klassischen und operanten Konditionierung eine wichtige Rolle dabei spielen. Sie postulieren, dass Abhängigkeit mit anhaltenden Veränderungen der Motivationssysteme im Gehirn einhergeht (Martin-Soelch 2010). Hier spielen das mesolimbische (dopaminerge) Belohnungssystem sowie Kontrollzentren im präfrontalen Kortex eine wesentliche Rolle, da alle Stoffe, die ein Abhängigkeitspotential aufweisen, zu einer direkten oder indirektem Aktivierung führen. Weiterhin ist das sogenannte Suchtgedächtnis bedeutsam: Vom endorphinalen Kortex im Schläfenlappen ziehen Bahnen in den Hippokampus, der eine entscheidende Rolle beim Entstehen von Gedächtnisleistungen spielt: So werden mit Suchtmitteleinnahme verknüpfte Informationen im assoziativen Gedächtnis zu potentiellen Auslösern einer erneuten Suchtmitteleinnahme. Weiterhin scheint eine Dysfunktion verschiedener Neurotransmittersysteme eine Rolle zu spielen (Baumgärtner und Soyka 2013). Die unterschiedlichen Systeme unterscheiden sich in ihrer Funktionalität interindividuell, dass heißt abhängig von der jeweils individuellen genetischen Ausstattung. Es erscheint daher wahrscheinlich, dass genetische Polymorphismen innerhalb dieser Systeme einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben können. Die genetische Veranlagung für eine Abhängigkeit wird durch eine Vielzahl von Genen beeinflusst. Zur Ausprägung der Erkrankung ist eine Wechselwirkung zwischen genetischen Faktoren und Umwelteinflüssen erforderlich (Kiefer 2010).

Unter den Umwelteinflüssen spielen das elterliche Erziehungs- und Bindungsverhalten, Substanzmissbrauch bzw. –abhängigkeit und andere psychische Erkrankungen der Eltern sowie der sozioökonomische Status der Eltern eine wichtige Rolle. Daraus oder aus anderen Ursachen resultierende emotionale bzw. körperliche Vernachlässigung sowie emotionale, körperliche und/oder sexuelle Gewalterfahrungen können grundlegende Ursachen der Entwicklung einer

Abhängigkeit sein. Bereits 2002 beschrieben Simpson und Miller in einer Übersicht Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und/oder körperlicher Misshandlung in der Kindheit und der Entwicklung einer substanzbezogenen Erkrankung: Je nach Studie berichteten 9-29% der Männer mit einer substanzbezogenen Erkrankung über erlebten sexuellen Missbrauch und 24-53% der Männer über erlebte körperliche Misshandlung. Shin et al. (2009) fanden in einer repräsentativen Stichprobe von über 12.000 Jugendlichen, dass sexueller Missbrauch, Misshandlung und Vernachlässigung robuste Risikofaktoren für exzessiven Konsum von Alkohol („binge drinking") im Jugendalter waren. In weiteren Studien zeigte sich, dass die Zusammenhänge zwischen sexuellem Missbrauch und substanzbezogenen Erkrankungen in Bezug auf eine Drogen- oder Mehrfachabhängigkeit deutlicher als in Bezug auf eine Alkoholabhängigkeit ausgeprägt waren. Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zählen zusammenfassend zu den häufigsten Folgen traumatischer Erfahrungen (Schäfer 2015).

3.2.4 Epidemiologie von Abhängigkeitserkrankungen und ihrer Folgen

In Deutschland gelten etwa 1,77 Millionen Menschen im Alter von 18-64 Jahre als alkoholabhängig, ein Alkoholmissbrauch liegt bei etwa 1,61 Millionen Menschen vor. 2013 wurden über 23.000 Kinder und Jugendliche im Alter von 10-20 Jahren aufgrund einer Alkoholvergiftung in ein Krankenhaus eingeliefert. Zwischen 2000 und 2012 nahm die Rate vollständig alkoholbezogener Krankenhausbehandlungen bei Männern um 16%, bei Frauen um 38% zu. Unter der deutschen erwachsenen Bevölkerung ist bei 0,5% von einem Cannabismissbrauch bzw. –abhängigkeit, bei 0,2% von einer Kokainabhängigkeit sowie bei 0,3% von einem Amphetaminmissbrauch bzw. –abhängigkeit auszugehen. Der Konsum von Heroin ist seit einigen Jahren rückläufig, 2013 befanden sich 75.400 Opioidabhängige in einer Substitutionstherapie. Die Ergebnisse der Druck-Studie (2012-2015) zeigten, dass die Prävalenz von HIV unter intravenös konsumierenden Drogenabhängigen je nach Studienstadt 0-9%, die HCV-Prävalenz 42-75% (HCV-RNA 23-54%) beträgt. 80% der Befragten war bereits in Haft, im Durchschnitt insgesamt über 5 Jahre (Drogen- und Suchtbericht 2015).

Die Zahl der Rauschgiftdelikte in Deutschland war im Zeitraum 2005-2014 mit leichten Schwankungen konstant und betrug zuletzt über 276.000 pro Jahr. Im gleichen Zeitraum sank die Zahl der Heroin- und Kokain-assoziierten Rauschgiftdelikte, während die Zahl der Amphetamin-assoziierten Rauschgiftdelikte zunahm. Über die Hälfte der Rauschgiftdelikte sind Cannabis-assoziiert, wobei die Zahl der sichergestellten Cannabis-Indoorplantagen seit 2010 stetig angestiegen ist. Die Zahl der drogenbedingten Todesfälle ist 2015 im dritten Jahr in Folge gestiegen und betrug 1226 (Bundeskriminalamt 2016).

Substanzbezogene Erkrankungen und ihre Folgen stellen demzufolge eine gesellschaftlich relevante Problematik dar, die weitreichende präventive, therapeutische und soziale Maßnahmen notwendig machen.

3.2.5 Abhängigkeitserkrankungen bei Männern

Es besteht ein Zusammenhang zwischen der männlichen Rolle in unserer Gesellschaft und der männlichen Identität des Individuums mit männlichen gesundheitsgefährdenden Verhaltensweisen, zu denen auch der Suchtmittelkonsum gehört.

Die männliche Identität wird neben gesellschaftlichen Einflüssen primär durch männliche Bezugspersonen geprägt. Eine Abwesenheit männlicher Bezugspersonen kann zu einer fehlenden Identifikationsmöglichkeit und damit zu Unsicherheiten in der Identitätsbildung führen. Gewalterfahrungen vor allem durch männliche Bezugspersonen können zu einer Internalisierung von Gewalt als Bestandteil der männlichen Identität führen. Gleichzeitig schließen herkömmliche Bilder vom Mannsein die Kombination Mann und Opfer aus. Folgen der Gewalterfahrungen wie Hilflosigkeit, Scham- und Schuldgefühle oder Ängste widersprechen dem tradierten Männerbild von Stärke und Risikobereitschaft, von Konkurrenz und Selbständigkeit (Arbeitsgruppe Männerspezifische Suchtarbeit 2012).

Eben dieses tradierte Männerbild führt auch dazu, dass Männer weniger über ihre belastenden Erfahrungen, über ihre Probleme sprechen oder sich Hilfe suchen. Der Konsum von Suchtmitteln wird häufig zur Aufrechterhaltung oder zum Ausdruck männlicher Identität genutzt. Im Vergleich zu Frauen ist unter Männern die Rate von Alkohol- und Drogenmissbrauch bzw. –abhängigkeit höher. Männer zeigen härtere Konsummuster in Bezug auf Quantität und Qualität, ihr Konsum ist öffentlicher, unangepasster, risikoreicher und früher. Männer weisen größere psychosoziale Folgeprobleme des Konsums auf, letztendlich sind 85% der Drogentoten männlich (Kraus et al. 2014).

Neben geschlechtsübergreifenden Behandlungsansätzen ist demnach für die Behandlung suchtmittelabhängiger Männer eine Integration oben genannter Aspekte im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung notwendig.

3.3 Behandlungsansätze

Die Fachklinik Meckenheim arbeitet ICD-10 und ICF basiert auf der Grundlage eines verhaltenstherapeutischen Behandlungskonzeptes, in das Elemente aus anderen psychotherapeutischen Richtungen integriert sind.

Die Wirksamkeit von Psychotherapie ist in einer Vielzahl von Wirksamkeitsstudien und Metaanalysen klar bestätigt worden (z.B. Grawe et al. 1994). Die Verhaltenstherapie entstand in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts. Im Rahmen der sogenannten „ersten Welle" standen die Behandlungen von Phobien und anderen Angsterkrankungen durch Techniken wie systematische Desensibilisierung basierend auf den lerntheoretischen Forschungsarbeiten von Hans Eysenck, Iwan Pawlow und Burrhus Skinner im Vordergrund. Die „zweite Welle" der Verhaltenstherapie wurde in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts durch die Entwicklung kognitiver Techniken durch Albert Ellis und Aaron Beck geprägt. Die Kombination kognitiver Ansätze mit verhaltensbezogenen Interventionen (kognitive Verhaltenstherapie) liegt manualisiert für ein breites Spektrum psychischer Erkrankungen inklusive der Abhängigkeitserkrankungen vor und ist in vielen kontrollierten Studien validiert. Seit Beginn der 90er Jahre des 20. Jahrhunderts hat sich eine Gruppe von Therapiemethoden innerhalb der Verhaltenstherapie entwickelt, die als „dritte Welle" zusammengefasst wird. Aus psychodynamischen und humanistischen Psychotherapieverfahren sowie aus religiösen und philosophischen Traditionen wurden Techniken und Themen wie Metakognition, Emotionen, Akzeptanz, Achtsamkeit, Dialektik, Werte oder Spiritualität in die Verhaltenstherapie integriert. Wesentliche Methoden sind derzeit die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT), die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT), die Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) oder die Metakognitive Therapie (MCT) (Kahl et al. 2011).

Die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) nach Marsha Linehan wurde ursprünglich für Patienten mit einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung entwickelt. Sie beinhaltet Techniken zur Emotionsregulation, zur kognitiven Umstrukturierung dysfunktionaler Wahrnehmungs- und Verhaltensweisen, zur Förderung von Selbstmanagement und sozialer Kompetenz. Die DBT wurde auch auf die Effektivität in der Behandlung gleichzeitig vorliegender psychischer Erkrankungen untersucht. Hier zeigte sich eine gute Wirksamkeit hinsichtlich der Remission von Abhängigkeitserkrankungen bei Patienten mit emotional-instabilen Persönlichkeitsstörungen (Linehan et al. 1999).

Die Akzeptanz und Commitment Therapie (ACT) nach Steven Hayes arbeitet mit der Akzeptanz und Relativierung von aversiven Emotionen und dysfunktionalen Bewertungsprozessen sowie der Erkennung und Umsetzung von eigenen Werten und Zielen. In einer Metaanalyse von Powers (2009) konnte eine gute Wirksamkeit von ACT nachgewiesen werden, wobei auch Studien mit Abhängigkeitserkrankten eingeschlossen waren.

Die Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (MBCT) wurde ursprünglich entwickelt, um Rückfälle in die Depression zu verhindern. Im Mittelpunkt stehen achtsamkeitsbasierte Techniken, um früh depressiogene Denkmuster wahrzunehmen. Einen Übertrag dieser Therapieform für Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen erfolgte in der Achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention nach Alan Marlatt (Beiglböck et al. 2013). Kontrollierte Studien zur Wirksamkeit in der Suchttherapie stehen derzeit noch aus.

Die Metakognitive Therapie (MCT) wurde ursprünglich von Adrian Wells für Angstsymptome entwickelt und erfolgreich bei der generalisierten Angststörung eingesetzt. Inzwischen belegen mehrere offene Studien die Wirksamkeit auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung, bei Zwangsstörungen und bei Abhängigkeitserkrankungen (Kahl et al. 2011). Elemente aus der MCT werden auch erfolgreich im Metakognitiven Training für Patienten mit Schizophrenie eingesetzt (Eichner et al. 2016).

Klassische psychotherapeutische Therapieansätze in der Behandlung Abhängigkeitserkrankter gehen zunächst vom Stadienmodell der Veränderungsbereitschaft zu einem suchtmittelfreien Leben (Prochaska et DiClementi 1992) aus:

Stadienmodell der Veränderungsbereitschaft zu einem suchtmittelfreien Leben (nach Prochaska et DiClementi 1992)

- Vor-Absicht (pre-contemplation)
- Absicht (contemplation)
- Vorbereitung (preparation)
- Handlung (action)
- Aufrechterhaltung (maintainance)

Im Stadium der „Vor-Absicht“ besteht in der Regel noch keine Änderungsabsicht und zumeist keine Problemabsicht. Im Absichtsstadium besteht schon eine partielle Krankheitsabsicht, es liegen allerdings noch starke Ambivalenzen vor. Im Vorbereitungsstadium werden erste Verhaltenskonsequenzen konkret geplant. Im Handlungsstadium werden erste Verhaltensänderungen umgesetzt, im Stadium der „Aufrechterhaltung“ lebt der Abhängige idealerweise abstinent, eine Fortsetzung und Vertiefung der Verhaltensveränderungen ist notwendig. Die Stadien können wiederholt durchlaufen werden, Rückfälle in frühere Stadien, aber auch recht zügige Progressionen, sind möglich (Stetter 2000).

Im gesamten Ablauf der Stadien, vorrangig jedoch im Absichts- und Vorbereitungsstadium, ist die gezielte Motivationsarbeit zur Förderung einer Krankheitseinsicht und –akzeptanz sowie Veränderungsbereitschaft notwendig. Hierbei hat sich das Motivationskonzept nach William Miller und Stephen Rollnick (2015) als wirksam erwiesen.

Aus diesem Stadienmodell wurde eine bestimmte Abfolge von psychotherapeutischen Inhalten und Zielen im Rahmen von Entwöhnungsbehandlungen bei Abhängigkeitserkrankten abgeleitet:

Modellhafte Abfolge therapeutischer Schritte der Psychotherapie Abhängigkeitskranker im Sinne einer Entwöhnungsbehandlung (nach Stetter 2000)

- Kognitive Akzeptanz der Suchterkrankung mit dem Ziel, eine Abstinenz von allen Substanzen mit Suchtpotential zu erreichen und einzuhalten
- Emotionale Akzeptanz der Suchterkrankung: Bearbeitung der Schuld- und Schamgefühle
- Erkennen und Bearbeiten der Funktionalität des Suchtmittels
- Bearbeiten der hierbei deutlich gewordenen Konflikte, Selbstwert- und Selbstregulationsprobleme
- Aufbau alternativer Erlebens- und Verhaltensweisen und interpersoneller Fähigkeiten

In Anbetracht der Tatsache, dass Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zu den häufigsten Folgen traumatischer Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter zählen (siehe Kapitel 3.2.3) und häufig mit anderen psychischen Folgen (z.B. Schwierigkeiten in der Identitätsbildung, in der Emotionalität und der Beziehungsgestaltung) oder Symptomen (z.B. Symptome affektiver, schizophrener Erkrankungen) vergesellschaftet sind, wird eine Erweiterung dieser Behandlungsansätze notwendig.

Ingo Schäfer (2011) schlug eine Vorgehensweise vor, die sich am gängigen Phasenmodell traumazentrierter Psychotherapie orientiert, wobei trauma- und suchtspezifische Interventionen in jeder Phase integriert werden: In der Stabilisierungsphase ist neben dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung das Ziel innere und äußere Sicherheit zu erlangen. Psychoedukation zu den Zusammenhängen zwischen Sucht und Traumafolgen ist ein weiterer Bestandteil dieser Phase. Anschließen können sich möglicherweise eine Phase der Konfrontation mit traumatischen Erfahrungen und eine Phase der Reintegration sowie des Neubeginns. Hierzu gibt es mehrere empirisch überprüfte Behandlungsprogramme, z.B. „Sicherheit finden“ nach Lisa Najavits (2009).

Unsere Aufgabe in der stationären Behandlung Abhängigkeitserkrankter sehen wir darin, den Rehabilitanden unter der Voraussetzung der Abstinenz während der Behandlung bei der Überwindung seiner Abhängigkeit zu unterstützen. Die Bearbeitung der Abhängigkeitserkrankung, ihrer auslösenden Faktoren und ihrer psychosozialen und somatischen Folgen muss demzufolge im Behandlungsprozess einen breiten Raum einnehmen. Da die Entstehung der Abhängigkeit multifaktoriell bedingt sowie individuell unterschiedlich ist und von der Entwicklung weiterer psychischer Symptome oder Erkrankungen nicht zu trennen ist und da die Auswirkungen der Abhängigkeitserkrankung vielschichtig sind, behandeln wir unsere Rehabilitanden individualisiert und multimodal. Im Zusammenspiel von medizinischer Behandlung, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Arbeits- und Ergotherapie, Kreativtherapie, Sporttherapie und Sozialarbeit werden die Rehabilitanden in ein alkohol- und drogenfreies Leben begleitet.

Im Rahmen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie werden Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie aber auch der Methoden der „dritten Welle“ der Verhaltenstherapie eingesetzt. Weiterhin werden bei Rehabilitanden, bei denen die Abhängigkeit als eine traumakompensatorische Symptomatik aufzufassen ist, traumatherapeutische Interventionen in die Behandlung integriert. Die Rahmenbedingungen ermöglichen dem Rehabilitanden, seine eigene Entwicklung zu verstehen und zu akzeptieren. Nachdem die Entscheidung für ein suchtmittelfreies Leben verinnerlicht und gefestigt wurde, kann der Rehabilitand grundlegende Persönlichkeitsthemen bearbeiten und seine Lebensführung verändern.

Durch die Förderung von Selbstverantwortung, Selbstmanagement, Verhaltensveränderungen und Kreativität werden folgende Punkte angeregt und ermöglicht:

- die Entfaltung der individuellen Persönlichkeit (Persönlichkeitsnachreifung)
- die Verbesserung von emotionaler Wahrnehmung und emotionalem Ausdruck
- die Veränderung des Erlebens und Verhaltens
- die Verbesserung der Realitätsprüfung und entsprechender Modifikation
- der Aufbau stabiler zwischenmenschlicher Beziehungen
- Ausdauer und Selbstdisziplin

Durch eine Besserung der körperlichen und psychischen Folgen der Abhängigkeit werden die Grundlage einer Wiederherstellung bzw. eines Erhaltes der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und einer erfolgreichen (Wieder-) Eingliederung in das Berufsleben geschaffen.

3.4 Indikationen und Kontraindikationen der Behandlung

3.4.1 Haupt- und Nebendiagnosen

In der Fachklinik Meckenheim werden Männer ab 18 Jahren mit allen stoffgebundenen und stoffungebundenen Abhängigkeiten behandelt. Weiterhin bietet die Fachklinik eine integrative Behandlung von psychischen Erkrankungen an. Unser Selbstverständnis ist die Individualität der Behandlung: Die Ursachen der Entstehung der Abhängigkeitserkrankung und ggf. weiterer psychischer Erkrankungen sind bei jedem Menschen unterschiedlich, so dass ein individuelles Therapieprogramm nach den Symptomen, der Notwendigkeit und den Bedürfnissen für jeden Rehabilitanden zusammengestellt wird.

Sofern die medizinischen Voraussetzungen erfüllt sind, werden auch Männer aufgenommen, die eine gerichtliche Auflage für eine Entwöhnungsbehandlung haben, z.B. entsprechend §35 Betäubungsmittelgesetz (BtMG).

Im Vorfeld der Behandlung in unserer Fachklinik ist ein regelmäßiger Kontakt zur vermittelnden Suchtberatungsstelle bzw. zum vermittelnden Sozialdienst einer Akutklinik wünschenswert. Falls medizinisch indiziert sollte eine qualifizierte stationäre Entzugsbehandlung erfolgen. Bei Aufnahme muss eine Rehabilitationsfähigkeit bestehen.

In Zweifelsfällen kann in Absprache mit dem Leistungsträger ein Vorgespräch in der Fachklinik Meckenheim durchgeführt werden, um die Frage der Behandlungsmöglichkeit zu klären.

Hauptdiagnosen

Abhängigkeit von Alkohol	ICD-10: F10.2
Abhängigkeit von Opioiden	ICD-10: F11.2
Abhängigkeit von Cannabinoiden	ICD-10: F12.2
Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika	ICD-10: F13.2
Abhängigkeit von Kokain	ICD-10: F14.2
Abhängigkeit von anderen Stimulanzien	ICD-10: F15.2
Abhängigkeit von Halluzinogenen	ICD-10: F16.2
Abhängigkeit von flüchtigen Lösungsmitteln	ICD-10: F18.2
Abhängigkeit von multiplen Substanzen	ICD-10: F19.2

Nebendiagnosen

Schädlicher Substanzgebrauch	ICD-10: F1X.1
Psychotische Störung durch psychotrope Substanzen	ICD-10: F1X.5

Erkrankungen des schizophrenen Formenkreis

■ Schizophrenie	ICD-10: F20
■ Schizotype Störung	ICD-10: F21
■ Anhaltende wahnhafte Erkrankung	ICD-10: F22
■ Schizoaffektive Erkrankungen	ICD-10: F25

Affektive Erkrankungen

■ Bipolare affektive Erkrankungen	ICD-10: F31
■ Depression	ICD-10: F32-33
■ Anhaltende affektive Erkrankungen	ICD-10: F34
■ Nicht näher bezeichnete affektive Erkrankung	ICD-10: F39

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

■ Angst- und Zwangserkrankungen	ICD-10: F40-42
■ Reaktionen auf schwere Belastungen/Anpassungsstörungen	ICD-10: F43
■ Somatoforme Erkrankungen	ICD-10: F45

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

■ Essstörungen	ICD-10: F50
■ Nichtorganische Schlafstörungen	ICD-10: F51
■ Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserz. Substanzen	ICD-10: F55

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

■ Spezifische Persönlichkeitsstörungen	ICD-10: F60
■ Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	ICD-10: F61
■ Andauernde Persönlichkeitsänderungen	ICD-10: F62
■ Pathologisches Glücksspiel	ICD-10: F63
■ Pathologischer PC- und Internetgebrauch	ICD-10: F63
■ Störungen der Impulskontrolle	ICD-10: F63
■ Andere Persönlichkeitsstörungen	ICD-10: F68
■ Nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörungen	ICD-10: F69

Weitere psychische Erkrankungen

■ ADHS im Erwachsenenalter	ICD-10: F90

Kontraindikationen bezüglich der Haupt- und Nebendiagnosen
Eine Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation in unsere Fachklinik ist nicht möglich bei einer akuten Intoxikation (ICD-10: F1X.0) oder einem akuten, medizinisch behandlungsbedürftigem Entzugssyndrom (ICD-10: F1X.3, z.B. im Rahmen einer Alkohol- bzw. Opioidabhängigkeit) von psychotropen Substanzen.

Bezüglich der Diagnose Psychotische Störung durch psychotrope Substanzen (ICD-10: F1X.5) muss eine ggf. notwendige akutpsychiatrische Behandlung bei einer floriden psychotischen Symptomatik mit ggf. Eigen- oder Fremdgefährdung abgeschlossen und eine ausreichende Entaktualisierung z.B. durch Einleitung einer antipsychotischen Medikation stattgefunden haben.

Eine Aufnahme ist weiterhin nicht möglich bei akuten Krankheitsstadien mit psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit (vor allem bei Eigen- und Fremdgefährdung), insbesondere bei den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreis, bei affektiven Erkrankungen, bei Essstörungen und bei Persönlichkeitsstörungen. Hier muss bei Aufnahme eine ausreichende Entaktualisierung z.B. durch Einleitung einer entsprechenden Medikation stattgefunden haben.

Das Vorliegen von hirnorganischen Beeinträchtigungen (ICD-10: F00-09; ICD-10: F1X.6/7), mittelgradig bis schweren Intelligenzminderungen (ICD-10: F71-73) stellen weitere Kontraindikationen für eine Aufnahme in der Fachklinik Meckenheim dar.

Eine wichtige Voraussetzung für die Aufnahme in unsere Fachklinik stellen ausreichend deutsche Sprachkenntnisse dar, die zur Teilnahme am Therapieprogramm befähigen.

Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe ist prinzipiell empfehlenswert und hat zum Entlasszeitpunkt häufig bereits stattgefunden.

3.4.2 Somatische Begleiterkrankungen

Viele abhängigkeitserkrankte Menschen weisen zusätzlich somatische Begleiterkrankungen auf, die im Hinblick auf die Förderung der beruflichen und sozialen Teilhabe der besonderen Berücksichtigung bedürfen. Diese Erkrankungen können sowohl einen die Suchterkrankung aufrechterhaltenden Faktor darstellen, als auch Folge der Suchterkrankung sein.

Die somatischen Begleiterkrankungen finden bei der Formulierung der Rehabilitationsziele und der Erstellung des Rehabilitationsplans regelhaft Berücksichtigung. Die Psychotherapie fokussiert in diesen Fällen darauf, die Erwartungen der Rehabilitanden an ihre körperliche Leistungsfähigkeit auf ein realistisches Maß zu modifizieren und das Bewusstsein für die eigenen Ressourcen zu verbessern. Psychoedukative Therapieeinheiten vermitteln Informationen über die jeweilige Erkrankung und schulen einen alternativen Umgang mit Schmerzen und Beeinträchtigungen. Physio- und/oder ergotherapeutische Maßnahmen, Kraft- und Fitnesstraining, Rückenschule sowie Entspannungstherapien fördern die zunehmende Aktivierung der Rehabilitanden. Ziel ist ein weitgehend eigenverantwortlicher Umgang mit den individuell erarbeiteten Bewältigungsstrategien.

Häufige somatische Begleiterkrankungen sind Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems sowie internistische Erkrankungen wie Asthma bronchiale, COPD, Herzkreislauferkrankungen und Diabetes mellitus.

Vor allem unter Opioidabhängigen ist der Prozentsatz der chronischen Hepatitis C- sowie HIV-Infektion im Vergleich zur Normalbevölkerung deutlich erhöht. Eine zeitnahe spezifische Behandlung ist hier aufgrund der drohenden Komplikationen wie Entwicklung einer Leberzirrhose oder eines hepatozellulären Karzinoms von eminenter Bedeutung. Die Therapie der HIV- Infektion und der chronischen Hepatitis C sind sehr komplex, so dass sie in spezialisierten infektiologischen Zentren durchgeführt werden sollte (Gölz 2014). Vor allem für eine erfolgreiche Behandlung der chronischen Hepatitis C ist der Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung optimal. Hierfür kann die Fachklinik eine Kooperation mit der Universitätsklinik Bonn vorweisen.

Durch Kooperationsvereinbarungen mit niedergelassenen Ärzten und Kliniken ist die jeweils indizierte fachärztliche Versorgung und Mitbehandlung inklusive einer spezifischen medikamentösen Therapie gewährleistet. Weiterhin bestehen Kooperationen mit Praxen, in denen physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden können.

Indikationen bezüglich komorbider somatischer Erkrankungen
Im Kontext unserer medizinischen Rehabilitation finden somatische Zusatzdiagnosen in unserer Behandlung eine adäquate Berücksichtigung und werden in der Fachklinik oder durch fachärztliche Unterstützung unserer Kooperationspartner behandelt.

Folgende somatische Erkrankungen können mitbehandelt werden:

Chronische Infektionserkrankungen, wie zum Beispiel:

- Chronische Virushepatitis — ICD-10: B18
- HIV-Infektion — ICD-10: B24

Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, wie zum Beispiel:

- Krankheiten der Schilddrüse — ICD-10: E00-07
- Diabetes mellitus — ICD-10: E10-14
- Adipositas — ICD-10: E65-68

Krankheiten des Kreislaufsystems, wie zum Beispiel:

- Arterielle Hypertonie — ICD-10: I10

Krankheiten des Atmungssystems, wie zum Beispiel:

- COPD — ICD-10: J44
- Asthma bronchiale — ICD-10: J45

Krankheiten des Verdauungssystems, wie zum Beispiel:

- Gastroösophageale Refluxkrankheit — ICD-10: K21
- Leberfibrose, Leberzirrhose — ICD-10: K70/74

Krankheiten der Haut, wie zum Beispiel:

- Psoriasis — ICD-10: L40

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, wie zum Beispiel:

- Arthrose — ICD-10: M15-19
- Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens — ICD-10: M40-54

Beim Vorliegen anderer schwerwiegender somatischer Erkrankungen wird im Rahmen eines Vorgesprächs eine Prüfung der Behandlungsmöglichkeit im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in unserer Fachklinik durchgeführt.

Die Fachklinik verfügt über zwei barrierefreie Rehabilitandenzimmer, so dass Rehabilitanden mit Gehbehinderung bzw. Rehabilitanden, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, aufgenommen werden können. Rehabilitanden mit Hilfebedarf bei der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung können aufgenommen werden, sofern sie keine erhebliche bis schwerste Pflegebedürftigkeit bzw. Beeinträchtigung der Selbstständigkeit aufweisen. Eine individuelle Prüfung der Behandlungsfähigkeit wird im Rahmen eines Vorgesprächs durchgeführt.

Kontraindikationen bezüglich komorbider somatischer Erkrankungen
Rehabilitanden mit komorbiden somatischen Erkrankungen, die eine akutmedizinische Behandlungsbedürftigkeit aufweisen (z.B. entgleister Diabetes mellitus, entgleiste arterielle Hypertonie, dekompensierte Leberzirrhose), können in der Fachklinik nicht behandelt werden. Eine akutmedizinische Behandlung muss im Vorfeld soweit abgeschlossen sein, dass eine Rehabilitationsfähigkeit besteht. Notwendige ambulante Weiterbehandlungen können, sofern sie die Teilnahme am Therapieprogramm nicht deutlich beeinträchtigen, im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik Meckenheim durchgeführt werden.

Rehabilitanden mit komorbiden somatischen Erkrankungen, die zu einer längerfristigen Einschränkung der Teilnahme am Therapieprogramm führen (z.B. Blindheit, Taubheit, fortgeschrittene Stadien chronischer Erkrankungen) können in der Fachklinik nicht behandelt werden.

3.5 Behandlungsangebote

3.5.1 Angebote bei Hauptdiagnose(n) Cannabis- und/oder Amphetaminabhängigkeit

Je nach Studie beträgt der Anteil der **Cannabis**konsumenten, die einen schädlichen Gebrauch oder eine Abhängigkeit entwickeln, zwischen 13 und 25% aller Konsumenten. Die moderaten, nichtabhängigen Konsumenten sind überwiegend psychisch unauffällig und gut sozial integriert. Unter den starken und abhängigen Konsumenten finden sich hingegen neuropsychiatrische Folgen wie kurz dauernde Intoxikationspsychosen, induzierte Psychosen von mehrwöchiger bis mehrmonatiger Dauer sowie das sog. amotivationale Syndrom und kognitive Störungen (Gouzoulis-Mayfrank 2013). Seit 2005 spielen unter dem Überbegriff „Legal Highs“ auch synthetische Cannabinoide eine Rolle, die als sog. Räuchermischungen („Spice“) verkauft werden. Die Wirkung ist THC-ähnlich und wird von Konsumenten als stärker im Vergleich zu THC beschrieben. Auch ist das Profil unerwünschter Wirkungen vielfältiger und schwerer (Hohmann et al. 2014).

Amphetamine werden vor allem von jungen Erwachsenen konsumiert. Während beim Konsum von Opiaten ein Rückgang zu verzeichnen ist, nimmt die Zahl der Erstkonsumenten von Amphetaminen deutlich zu. Amphetamine besitzen ein hohes Abhängigkeitspotential. Amphetaminkonsumenten können in zwei Gruppen eingeteilt werden: Gelegenheitskonsumenten, welche Amphetamine zur Leistungssteigerung einnehmen, sowie exzessive Konsumenten, die regelmäßig hohe Dosen teilweise auch intravenös verabreichen (Fehr et al. 2011). Der zunehmende Missbrauch von kristallinem Methamphetamin („Crystal Meth“) gilt als weltweites Problem mit hohen sozialen Folgekosten. Aufgrund der schnelleren Passage der Blut-Hirn-Schranke kommt es zu einem raschen und heftigen Wirkungseintritt. Weiterhin wird eine besonders schnelle Entwicklung einer Abhängigkeit mit ausgeprägten Entzugserscheinungen beschrieben (Härtel-Petri 2014).

Auf der Grundlage von modularen Kombinationsbehandlungen ist ein stationäres Modul in der Behandlung der Cannabis- und/oder Amphetaminabhängigkeit indiziert, wenn sich die Beeinträchtigungen v.a. auf die Ebene der psychischen Funktionen, der alltagsrelevanten Kontextfaktoren und die alltagsrelevanten Aktivitäten und Teilhabe bezieht. Diese Rehabilitanden haben ihr Umfeld trotz isoliertem Cannabiskonsum und/oder Amphetaminkonsum im Drogenmilieu gesucht, eine soziale Unterstützung durch eine Familie oder einen Freundeskreis ist allenfalls ansatzweise gegeben. Es fand eine Identifikation mit den Gepflogenheiten und der Atmosphäre im Drogenmilieu statt.

Das **psychotherapeutische Behandlungsmodul „Cannabis- und Amphetamingruppe“** (angelehnt an das CANDIS-Programm von Eva Hoch et al. 2011) ist ein wichtiger Baustein des zielgruppenspezifischen Angebotes für diese Konsumentengruppe. Die empfohlenen Kurzinterventionen bestehen aus einer Kombination von Motivation stärkenden und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen und individueller Beratung. Oberstes Ziel für diese Zielgruppe ist die langfristige Stabilisierung der Cannabis-/ Amphetaminabstinenz. Dazu werden für die Rehabilitanden jeweils individuelle Ziele und Behandlungsschwerpunkte formuliert, die das übergeordnete Ziel unterstützen. Edukative Einheiten und gruppendynamische Einheiten ergänzen das therapeutische Vorgehen.

3.5.2 Angebote bei Hauptdiagnose Opioidabhängigkeit

Die Opioidabhängigkeit wird als eine schwerwiegende, chronisch-rezidivierend verlaufende Erkrankung beschrieben. Opiatabhängige zeigen häufig eine hohe psychische Belastung durch seelische Traumata, was zu einer Reihe von sog. komorbiden psychischen Erkrankungen führen kann (z.B. affektive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, Traumafolgestörungen). Häufig tritt die Opiodabhängigkeit mit Abhängigkeiten von anderen Substanzen, aber auch mit somatischen Folge- und Begleiterkrankungen auf. Die Prävalenz in Deutschland gilt als stabil, jedoch mit einer Zunahme des durchschnittlichen Alters der Betroffenengruppe (Scherbaum 2013/2014).

Anhand von Verlaufsuntersuchungen ist bekannt, dass Abstinenzraten von 10-20% erreicht werden und auch nach langjähriger Abstinenz ein erhebliches Rückfallrisiko besteht. Demzufolge ist eine stabile, langfristige Abstinenz nicht das alleinige Therapieziel in der Behandlung Opioidabhängiger. Die Verbesserung des gesundheitlichen und sozialen Zustands hat hier eine große Bedeutung (Scherbaum 2013). Je nach psychischer, somatischer und psychosozialer Situation und der Motivationslage des Betroffenen stehen Entzugsbehandlung, Entwöhnungsbehandlung und ggf. auch medikamentös gestützte Nachsorge als abstinenzorientierte Behandlung sowie die Substitutionsbehandlung als Behandlungsoptionen zur Verfügung.

In unserer Fachklinik bieten wir für Opiodabhängige nach erfolgter Entzugsbehandlung eine abstinenzorientierte Entwöhnungsbehandlung an. In Berücksichtigung der Verlaufsform der Erkrankung spielen hier die **psychoedukativen Gruppen „Suchtinformation" und „Rückfallprophylaxegruppe"** eine wichtige Rolle. Im Rahmen der psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlung werden die psychischen Belastungen differenziert erhoben und behandelt. Somatische Folge- und Begleiterkrankungen werden mitbehandelt, hierfür stehen Behandlungsmöglichkeiten aller Fachrichtungen in der näheren Umgebung zur Verfügung. Für Rehabilitanden mit einer Hepatitis C-Infektion steht eine Kooperation mit der Universitätsklinik zur Verfügung, die eine antivirale Behandlung innerhalb der Entwöhnungsbehandlung ermöglicht.

3.5.3 Angebote bei Hauptdiagnose Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Für primär alkohol- und/oder medikamentenabhängige Menschen bietet die Fachklinik neben den integrierten Angeboten eine Behandlung an, die den Besonderheiten und individuellen Bedürfnissen dieses Personenkreises entspricht.

Anders als bei primär von Drogen abhängigen Menschen entfallen bei alkohol- und medikamentenabhängigen Rehabilitanden häufig die Delinquenz und somit auch die Auseinandersetzung mit der kriminellen Identität sowie mit juristischen Folgeproblemen. Teilweise sind sie anders sozialisiert und haben in der Regel mehr Zeiten einer versicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit vorzuweisen. Dies bedeutet zum Teil andere Themenschwerpunkte in der Gruppen- und Einzeltherapie, wie auch in der Arbeits- und Ergotherapie und der Sozialberatung. Individualisiert sind auch die Rahmenbedingungen (Regelwerk etc.) zu handhaben. Bei langjährig alkoholabhängigen Rehabilitanden, die teilweise langzeitarbeitslos und sozial desintegriert sind und unter gravierenden somatischen Begleiterkrankungen leiden, sind wiederum andere Schwerpunktsetzungen erforderlich. Die Auseinandersetzung mit dem Suchtmittel hat den gleichen Stellenwert wie bei Drogenabhängigkeit, jedoch ist die Abgrenzung im Alltag schwerer, da ein Kontakt mit Alkohol nicht vermieden werden kann. Viele der drogenabhängigen Rehabilitanden weisen zusätzlich einen Alkoholmissbrauch oder eine Alkoholabhängigkeit auf, so dass sich auch zahlreiche gemeinsame Themenbereiche in der Entwöhnungsbehandlung ergeben. Sowohl der Unterschiedlichkeit als auch den Gemeinsamkeiten versuchen wir in einer integrierten Behandlung gerecht zu werden, bei der die individuelle Problemlage der Rehabilitanden im Vordergrund steht und entsprechend eine Differenzierung der Behandlungsangebote vorgenommen wird, die sich auch an der kürzeren Behandlungsdauer orientiert.

Als kleine Einrichtung, die sehr individuell auf die Problemlagen der Rehabilitanden eingehen kann, profitieren besonders alkoholabhängige Männer von einer Behandlung in unserer Fachklinik, bei denen die Förderung der Alltagsbewältigung sowie die Schulung von Grundarbeitsfähigkeiten und emotionaler Kompetenzen Schwerpunkte darstellen.

3.5.4 Angebote bei Nebendiagnose (Komplexe) Traumafolgestörungen/PTBS

Die Biografien von alkohol- und/oder drogenabhängigen Menschen sind häufig gekennzeichnet von zumeist langjähriger emotionaler oder/und physischer Vernachlässigung sowie emotionalen, physischen oder auch sexuellen Gewalterfahrungen. Auch wenn diese biografischen Erlebnisse alle als Traumatisierungen im Sinne eines Typ-II-Traumas (Maercker 2013) aufzufassen sind, weisen nur ein geringer Teil dieser Menschen die Symptome einer klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf.

Im Vordergrund stehen vielmehr:

- erhebliche Schwierigkeiten **in der Identitätsbildung:** Die Selbstwahrnehmung ist vor allem aufgrund internalisierter Entwertungen und Schuldzuweisungen sowie der Erfahrungen von Hilflosigkeit und Ohnmacht gestört, so dass sich kein gesunder, stabiler Selbstwert, keine sichere Identität ausbilden kann.

- erhebliche Schwierigkeiten **im Umgang mit Emotionen**: Die emotionale Entwicklung eines Menschen findet primär in Kindheit und Jugend statt. Das Erlernen der Wahrnehmung eigener Emotionen sowie der Emotionalität anderer Menschen, das Erlernen des Umgangs mit und des Ausdrucks von eigenen Emotionen, das Erlernen des Umgangs mit Emotionen anderer Menschen setzt ein liebevoll-förderndes, haltgebendes sowie grenzsetzendes und validierendes Umfeld voraus. Ein vernachlässigendes oder/und grenzüberschreitendes Umfeld führt zu Schwierigkeiten eigene Emotionen wahrzunehmen, auszudrücken und zu regulieren. Störungen der Emotionsregulation, Dissoziationen, Impulsivität bis hin zu aggressiven, gewalttätigen Verhaltensweisen können die Folge sein.

- erhebliche Schwierigkeiten **in der Beziehungsgestaltung**: Traumatische Beziehungserfahrungen in Kindheit und Jugend führen zu einem gestörten Beziehungsverhalten.

Grundlegende Eigenschaften eines gesunden Beziehungsverhaltens wie Wertschätzung, Respekt, Achtung von Grenzen wurden nicht gelernt bzw. erfahren. Im Erwachsenenalter können daraus ein unsicheres oder auch vermeidendes sowie ein grenzüberschreitendes Bindungsverhalten resultieren.

Um diesen Folgen langanhaltender Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter gerecht zu werden, gibt es neue Konzepte für Traumafolgestörungen. So wird die Diagnose der Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung voraussichtlich mit folgenden Kriterien in die ICD-11 aufgenommen:

Kriterium/Symptome	Erläuterungen
A. Traumakriterium	Typischerweise Vorliegen eines „Man-made"-Typ-II-Traumas, z. B. sexualisierte Gewalt und auch Folter
B. Kernsymptome der PTBS	Wiedererleben in der Gegenwart (z. B. Flashbacks oder Albträume), Vermeidungsverhalten und Übererregung sind vorhanden, müssen klinisch aber nicht dominieren (z. B. durch Dissoziationsneigung kupiert
C. Weitere Beeinträchtigungsbereiche	
Emotionsregulationsprobleme	Keine Feinabstufung der Gefühlsausdrücke möglich. Leichte Erregbarkeit in zwischenmenschlichen Situationen und Kommunikationen. Ärger und Zorn dominieren. Selbstschädigende Verhaltensweisen
Selbstkonzeptveränderungen	Beeinträchtigtes Identitätsgefühl: ausgeprägte Überzeugung, ein beschädigtes Leben zu führen, das nicht mehr zu reparieren ist bzw. ausgeprägte Überzeugungen, im Leben etwas falsch gemacht zu haben und minderwertig zu sein. Permanentes Schuld- und Schamgefühl
Probleme der Beziehungsfähigkeit	Unfähigkeit zur gleichberechtigten partnerschaftlichen Interaktion. Anfälligkeit für überspannte Ansichten. Unfähigkeit zu vertrauen
Dissoziationsneigung (fakultativ)	Dissoziative Symptomatik: anhaltende Aufmerksamkeitsstörungen und wiederholte psychogene Bewusstseinstrübungen. Ausgeprägte und häufige Amnesien und zeitweises Depersonalisationserleben

Tabelle 1: Kriterien einer Komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (aus: Hecker /Maercker 2015)

Im Rahmen der neuen Konzepte für Traumafolgestörungen müssen auch die Abhängigkeitserkrankung und andere psychische Erkrankungen bei Menschen mit langanhaltenden traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend neu bewertet werden. Die Abbildung der komplexen Symptomatik in den bisherigen deskriptiv orientierten Diagnosesystemen bei Betroffenen, die eine Abhängigkeit entwickelten, fand bisher in der Beschreibung der Abhängigkeitserkrankung und der psychischen Komorbiditäten statt. Ein ätiologisch orientiertes Krankheitsverständnis im Sinne einer Traumaentwicklungsstörung (Schmid et al. 2010) oder einer Komplexen Traumafolgestörung (Sack et al. 2013) verlässt die bisherige Trennung einzelner Diagnosen zugunsten einer Beschreibung der tiefgreifenden Veränderungen auf der emotionalen, interaktionellen und intrapersonalen Ebene, die chronische Traumatisierungen zur Folge haben. Letzteres wird den Betroffenen im Rahmen der Diagnostik mehr gerecht und hat entsprechend auch Auswirkungen auf therapeutische Behandlungsansätze.

Die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) legte 2011 eine erweiterte Klassifikation für Traumafolgestörungen vor:

Traumafolge-störung	Bezeichnung	Symptomatik
Typ I	Einfache PTBS	PTBS
Typ II	PTBS oder partielle PTBS + traumakompensatorische Symptomatik	+ Angst, Depression, Somatisierung, Abhängigkeitserkrankung, Depersonalisation, Zwangssymptome u.a.
Typ III	PTBS oder partielle PTBS + persönlichkeitsprägende Symptomatik	+ schwere emotionale Instabilität, dissoziative Symptomatik, Beziehungsstörungen, verändertes Welt- und Selbstbild
Typ IV	PTBS oder partielle PTBS + komplexe dissoziative Symptomatik	+ Amnesien, Teilidentitätsstörungen, Identitätswechsel

Tabelle 2: Typisierung von Traumafolgestörungen (nach: Sack et al. 2013)

Entsprechend dieser Einteilung ist bei chronisch traumatisierten Menschen die Abhängigkeit als eine traumakompensatorische Symptomatik aufzufassen, also ist die Abhängigkeit als eine Verhaltensweise zu begreifen, mit den (un-)mittelbaren Auswirkungen der Traumatisierung zurecht zu kommen. Die diagnostische Nähe der Traumafolgestörungen zu den Persönlichkeitsstörungen ist auffällig und gleichzeitig nicht verwunderlich, wirken chronische Traumatisierungen doch persönlichkeitsprägend. Der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch und der Entwicklung einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung ist mehrfach beschrieben (Sosic-Vasic et al. 2015, Sack et al. 2013).

Der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Suchtmittelkonsum wird häufig im Sinne der Selbstmedikationshypothese verstanden: Alkohol- und Drogenkonsum beginnt demnach als Versuch schmerzvolle und schwer erträgliche emotionale Zustände zu lindern und mit den physischen bzw. psychischem Folgen der Traumatisierung umgehen zu können (Sack et al. 2013).

Neben bzw. aufgrund der komplexen psychischen Symptomatik mit erheblichen Schwierigkeiten in der Identitätsbildung, der Emotionalität, der Beziehungsgestaltung und der Aufmerksamkeit bestehen bei diesen Menschen in der Regel Defizite in vielen alltagspraktischen Fähigkeiten bzw. Kenntnissen wie Tagesstrukturierung, Haushaltsführung, Gesunde Ernährung, Gesundheitsfürsorge sowie Defizite in Grundarbeitsfähigkeiten wie Pünktlichkeit, Motivation, Teamfähigkeit oder Umgang mit Autoritäten.

Im Sinne der sekundären psychosozialen Folgen weisen diese Menschen in der Regel kein intaktes, stabiles, drogenfreies soziales Umfeld, selten eine abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung bzw. berufliche Erfahrungen oder Qualifikationen auf. Drogenassoziierte delinquente Verhaltensweisen und/oder unkontrollierte Impulsivität bzw. Aggressivität können zu juristischen Problemen bis hin zu längeren Inhaftierungen führen.

Entsprechend der komplexen Problematik und Symptomatik halten wir für Rehabilitanden, deren Abhängigkeit als Symptomatik einer (Komplexen) Traumafolgestörung einzuordnen ist bzw. bei denen eine PTBS vorliegt, ein spezifisches Therapieangebot vor:

Eine wichtige Grundlage der **psychotherapeutischen Arbeit** ist der Aufbau und der Erhalt einer achtsamen therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der genannten Schwierigkeiten in der Beziehungsgestaltung als Voraussetzung für einen Veränderungsprozess. Weiterhin werden Behandlungsmethoden und Behandlungstechniken auf die individuellen Behandlungsbedürfnisse der Rehabilitanden ausgerichtet.

Die Förderung des Gegenwartbezugs strebt eine Verankerung im gegenwärtigen Erleben und die Fähigkeit zur Distanzierung und Selbstbeobachtung von belastenden Erinnerungen an. Achtsamkeit kann Gelassenheit und Akzeptanz, Mentalisierung eine Distanzierung gegenüber ablaufenden psychischen Prozessen, bewirken. Dabei werden bestehende Ressourcen herausgearbeitet und gestärkt. Im Sinne der Vermittlung eines Krankheitsverständnisses und der Psychoedukation werden die individuellen Zusammenhänge zwischen Traumatisierung und Abhängigkeit und anderer Psychopathologien erarbeitet. Weiterhin spielt die Schulung der Wahrnehmung eigener Emotionen sowie das Erlernen des Umgangs mit und des Ausdrucks von eigenen Emotionen eine wichtige Rolle.

Darüber hinaus werden individuelle Therapieziele vereinbart wie z.B.:

- Verbesserung von Selbstakzeptanz und Selbstwertgefühl
- Aufbau selbstfürsorglicher Verhaltensweisen
- Reduktion selbstschädigender Verhaltensweisen
- Förderung des Einfühlungsvermögens
- Förderung von Alltagsressourcen
- Vermittlung von Strategien zum Umgang mit Konflikten und Krisensituationen

Im Rahmen der psychotherapeutischen Einzelbehandlung spielt die Bearbeitung traumaassoziierter Emotionen und dysfunktionaler Kognitionen eine wichtige Rolle. Traumakonfrontative Behandlungsmethoden werden in der Regel nicht durchgeführt.

Ergänzt wird die Einzelpsychotherapie durch ein **indikatives Gruppenangebot**, welches nach dem Therapieprogramm „Sicherheit finden" von Lisa Najavits (2009) arbeitet. „Sicherheit finden" ist ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm für Personen mit Substanzbezogenen Störungen, die an den Folgen traumatischer Erfahrungen leiden. Es handelt sich um ein integratives Therapieverfahren, das sowohl Suchtproblematik als auch Traumafolgen, sowie Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen behandelt, um so einen bestmöglichen Behandlungserfolg erzielen zu können.

In Bezug auf die genannten sekundären psychosozialen Folgen werden bedarfsorientiert Maßnahmen der **Arbeits- und Ergotherapie** sowie der **Sozialarbeit** eingesetzt. **Sporttherapie** vermittelt das Erkennen und Akzeptieren körperlicher Grenzen, trainiert soziale Interaktion und wird als Möglichkeit zum Ausdruck aufgestauter Emotionalität, zum Abbau von Anspannung und Frustration vermittelt.

Einen weiteren Schwerpunkt stellt die Planung von Nachfolgemaßnahmen dar, wie zum Beispiel die Vermittlung in eine ambulante Traumatherapie oder in traumaspezifische Selbsthilfegruppen.

3.5.5 Angebote bei Nebendiagnose(n) Drogeninduzierte Psychose bzw. Schizophrenie

Psychotisches Erleben im Rahmen des Drogenkonsums, drogeninduzierte Psychose und Drogenkonsum im Rahmen einer Schizophrenie – die Ausprägung der Psychose kann sehr unterschiedlich sein. In jedem Fall handelt es sich um deutliche Veränderungen der Wahrnehmung, der Emotionalität und der Kognitionen, des Selbstbildes, des Ausdruckes und der sozialen Interaktion.

Psychotisches Erleben im Rahmen des Drogenkonsums wird nach ICD-10 als akute Intoxikation mit Delir/Wahrnehmungsstörungen klassifiziert und ist auf die Wirkdauer der Substanz und somit in der Regel auf wenige Stunden limitiert. Im Unterschied dazu überdauern die drogeninduzierten Psychosen die Wirkdauer der Substanz, wobei der psychotische Zustand während oder unmittelbar nach der Einnahme der Substanz eintritt und typischerweise innerhalb eines Monats zumindest teilweise, innerhalb von 6 Monaten vollständig zurückgeht. Bei einer Persistenz der Symptomatik über diesen Zeitraum hinaus muss bei gesicherter Abstinenz die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis in Betracht gezogen werden. Bei chronischem Drogenkonsum mit persistierenden oder rezidivierenden psychotischen Symptomen ist eine eindeutige Diagnose oft nicht möglich (Dilling et al. 2014, Gouzoulis-Mayfrank 2011).

Die Lebenszeitprävalenz für Suchterkrankungen bei Schizophrenie wird je nach Studie von 30% bis zu 47% eingeschätzt. Verschiedene Hypothesen wurden diskutiert, um die hohe Komorbidität des Substanzkonsums bei schizophrenen Patienten zu erklären: Selbstmedikationshypothese, Störung der Affektregulation, Supersensitivitätsmodell u.a. Kein Modell erklärt hinreichend die Entstehung und Aufrechterhaltung der hohen Komorbidität Psychose und Sucht. Neuere bidirektionale Modelle nehmen eine wechselseitige Beeinflussung und Aufrechterhaltung von Psychose und Sucht an (Meister et al. 2010). Gemeinsame ätiologische Faktoren könnten Traumatisierungen in Kindheit und Jugend sein, daher werden derzeit zunehmend Zusammenhänge zwischen Kindheitstraumata und der Entwicklung einer Psychose diskutiert (Pena-Salazar et al. 2016).

Nachdem zunächst sequentielle Behandlungen durchgeführt wurden, herrscht mittlerweile Einigkeit darüber, dass bei Rehabilitanden mit Doppeldiagnose Psychose und Sucht eine integrierte Behandlung der schizophrenen Erkrankungen und der Abhängigkeit erfolgen sollte. Hierbei werden stützend-fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrischen Krankenversorgung und klassische suchttherapeutische Ansätze mit Betonung der Eigenverantwortung aufeinander abgestimmt (Gouzoulis-Mayfrank 2010).

Aufnahmevoraussetzung in unsere Fachklinik ist, dass keine akutpsychiatrische Behandlungsbedürftigkeit und keine schweren kognitiven Einschränkungen bestehen.

Im Rahmen der **medizinischen Behandlung** bieten wir Rehabilitanden mit der Begleiterkrankung Psychose eine engmaschige psychiatrische Behandlung mit den Schwerpunkten Psychopharmakologie und spezifische Psychoedukation an. Aufgrund der im Vergleich zur Akutpsychiatrie deutlich längeren Behandlungszeiten kann eine sorgfältige Auswahl der Medikation bzw. eine genaue Einstellung der Dosis erfolgen. Bei entsprechendem Krankheitsverlauf kann auch ein Auslassversuch unternommen werden. Ziel ist eine ausreichende Wirkung der Medikation mit möglichst geringen unerwünschten Wirkungen und geringer Beeinflussung der kognitiven Fähigkeiten, der Emotionalität und der Psychomotorik zu erreichen.

Als Ergänzung zur medizinischen Behandlung wird in **Einzel- und Gruppenpsychotherapie** das **Metakognitive Training (MKT)** mit dem Ziel eingesetzt, den Rehabilitanden für kognitive Beeinträchtigungen (z.B. Neigung zu voreiligem Schlussfolgern, Beharrungstendenzen, Schwierigkeiten beim Einfühlen in andere Menschen), denen ein Einfluss bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Schizophrenie zugesprochen wird, zu sensibilisieren.

Die **Arbeits- und Ergotherapie** dient zum Erlernen und Einüben eines regelmäßiges Tagesrhythmus sowie einer Tagesstruktur, dem Training kognitiver Fähigkeiten und den Grundarbeitsfähigkeiten, die im Rahmen der Begleiterkrankung Psychose häufig eingeschränkt sind. Das individuell ausgerichtete **sporttherapeutische Behandlungsprogramm** fördert die Psychomotorik und die körperliche Leistungsfähigkeit. Entsprechend der aktuellen Studienlage führt vor allem Ausdauertraining bei Patienten mit Schizophrenie zu einer Verbesserung des gobalen Kognitionsniveaus, der Symptomschwere und der Lebensqualität (Keller-Varady et al. 2017).

3.5.6 Angebote bei Nebendiagnose ADHS im Erwachsenenalter

Die Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörung des Erwachsenenalters wird durch die Kernsymptome Aufmerksamkeitsstörungen, Hyperaktivität und impulsives Verhalten gekennzeichnet. Neben der Kernsymptomatik liegen häufig weitere Symptome insbesondere Emotionsregulationsstörungen, Schlafstörungen, geringes Selbstwertgefühl, Schwierigkeiten in der Kommunikation und in den sozialen Kontakten vor.

Bei Erwachsenen mit ADHS ist die Lebenszeitprävalenz für eine Abhängigkeitserkrankung 2-3 fach erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Die Lebenszeitprävalenz für Alkoholabhängigkeit beträgt 17-45% und für Drogenmissbrauch und –abhängigkeit 9-30%. Entsprechend einer Metaanalyse weisen 23% der Patienten mit Substanzmissbrauch und –abhängigkeit zusätzlich eine ADHS auf. Patienten mit einer ADHS und Suchterkrankungen weisen im Vergleich zu Patienten mit reinen Suchterkrankungen einen früheren Beginn der Suchterkrankung, einen intensiveren Substanzmissbrauch und einen schnelleren Übergang vom Substanzmissbrauch zur Abhängigkeit auf (Paslakis et al. 2013).

ADHS im Erwachsenenalter ist eine multifaktoriell bedingte Erkrankung, bei der die spezifischen neurobiologischen Ursachen bisher unbekannt sind. Bisher unternommene Versuche, eine genetische Ursache zu definieren, blieben erfolglos. Vermehrt setzt sich die Vorstellung durch, dass die ADHS eine entwicklungsbiologische Erkrankung ist (Wankerl et al. 2013). Zusammenhänge zwischen ADHS und frühkindlichen Traumatisierungen, wie zum Beispiel sexueller Missbrauch, werden zunehmend diskutiert (Retz-Junginger et al. 2014).

Unser Behandlungskonzept sieht zunächst eine ausführliche psychiatrische und psychologische Beobachtung und Diagnostik in einem ausreichenden Abstand zum Alkohol- und Drogenkonsum bzw. zur Entzugsbehandlung vor. Insbesondere wird hier Wert auf eine genaue differentialdiagnostische Abklärung gelegt, da z.B. im Rahmen einer komplexen Traumafolgestörung ähnliche Symptome beobachtet werden können.

Ergänzend zur psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie werden in der **Achtsamkeitsgruppe** Informationen zu Achtsamkeit vermittelt und entsprechende Fähigkeiten geübt. Dieses psychoedukative Behandlungsangebot orientiert sich dabei an dem Freiburger Programm „Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter“ von Bernd Hesslinger (2004) und wurde für Patienten mit Abhängigkeiten angepasst. Das Ziel dieses Behandlungsmoduls ist die Vermittlung und das Training von Fertigkeiten zur Kontrolle des ADHS und basiert auf der Idee einer Hilfe zur Selbsthilfe. Ergänzend zum psychotherapeutischen Programm wird entsprechend der aktuellen Behandlungsrichtlinien im Einzelfall mit Psychopharmaka behandelt.

In der **Arbeits-/Ergotherapie** wird der ADHS-Symptomatik durch die Erstellung einer transparenten und verbindlichen Arbeitsstruktur, klaren und kleinschrittigen Arbeitsabsprachen, dem Erstellen von schriftlichen Plänen mit festgelegten Handlungsschritten und Prioritätenverteilung durch den Betroffenen und durch eine regelmäßige Reflexion der in der Gruppe gezeigten Verhaltensweisen begegnet. Darüber hinaus werden die in der Psychotherapie erarbeiteten Lösungsstrategien für antizipierte Schwierigkeiten besprochen und in ihrer Umsetzung reflektiert.

In der **Sporttherapie** steht die Verbesserung der Sportmotorik (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination) im Vordergrund. Aus der positiven Leistungsentwicklung wird die Steigerung des Selbstbewusstseins, des Selbstvertrauens und der Eigenständigkeit bewirkt und eine seelische Ausgeglichenheit erreicht. Der Betroffene wird somit indirekt zu einer verbesserten Konzentrationsfähigkeit und zum Abbau von Aggressionen bewegt. Im sozialen Miteinander werden „spielerisch" soziale Kompetenzen, wie z. B. die Förderung der sozialen Wahrnehmung und die Einübung sozialer Fertigkeiten oder Teamfähigkeit vermittelt.

3.6 Rehabilitationsziele und -planung

Übergeordnetes Ziel der Behandlung ist nach SGB VI die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zu beheben oder ihr entgegenzuwirken beziehungsweise das vorzeitige Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu verhindern oder hinauszuschieben.

Nach Anamnese- und Befunderhebung auf den unterschiedlichen Ebenen (psychosozial, medizinisch, edukativ, Aktivität und Teilhabe) erfolgt die Erarbeitung des individuellen Rehabilitationsplans mit der zentralen Zielkomponente der umfassenden Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit und damit der Teilhabe im Beruf und in der Gesellschaft. Voraussetzung dafür ist die Erreichung und Einhaltung von Suchtmittelabstinenz und Behebung oder Kompensation von Störungen auf somatischer und psychischer Ebene.

Der **individuelle Rehabilitationsplan** umfasst u. a.:

- Medizinische Behandlung und Beratung
- Einzel- und Gruppenpsychotherapie
- Teilnahme an psychoedukativen Gruppen
- Angehörigenarbeit
- Arbeits- und Ergotherapie in verschiedenen Bereichen
- Teilnahme am Sport- und Bewegungsprogramm
- Sozialberatung
- Aktivierung und Erprobung neuer oder Reaktivierung früher ausgeübter Freizeitbeschäftigungen
- Belastungserprobung im geschützten Rahmen und sukzessive ansteigend in der Außenwelt
- Berufliches Eingliederungsmanagement
- Planung und Vorbereitung von rehabilitativen Nachfolgemaßnahmen, Nachsorge und Selbsthilfeaktivitäten

Folgende **Zielkomponenten** finden dabei besondere Berücksichtigung:

- Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation
- Herstellung, Stabilisierung und Erhalt der Abstinenzfähigkeit
- Rückfallprophylaxe
- Selbstmanagement
- Verbesserung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Klärung von Krisen- und Sinnfragen
- Begleitung zu einer Lebensstilveränderung, Erreichen bzw. Erhalt einer möglichst selbständigen Lebensführung
- Erarbeiten beruflicher Basisqualifikationen, Eingliederung/ Wiedereingliederung in das Erwerbsleben

Unsere therapeutische Grundhaltung ist das gemeinsame Erarbeiten von Therapiezielen und Therapiemaßnahmen auf „Augenhöhe“ mit unseren Rehabilitanden (unterstützt durch die Methoden der motivierenden Gesprächsführung nach William Miller und Stephen Rollnick). Wir sehen es als unsere Aufgabe an, Rehabilitanden zur aktiven und selbst gewollten Teilnahme an den indizierten Therapiemaßnahmen zu motivieren. Gemeinsam mit ihnen wird auf der Grundlage einer umfangreichen medizinischen und psychologischen Diagnostik das Für und Wider verschiedener Erklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten detailliert erörtert und schließlich ein konkreter Behandlungsplan vereinbart. In gemeinsamen Bilanzierungsgesprächen wird die Zielerreichung immer wieder evaluiert und an den Prozess angepasst und modifiziert.

3.7 Rehabilitationsdauer

Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 26 Wochen bei Hauptdiagnose Drogenabhängigkeit und bis zu 16 Wochen bei Hauptdiagnose Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit. Eine Rückfallbehandlung wird bis zu 13 Wochen bei Hauptdiagnose Drogenabhängigkeit und bis zu 8 Wochen bei Hauptdiagnose Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit durchgeführt.

Die konkrete Therapiedauer oder ggf. eine Umwandlung der Leistungsform (z.B. ganztägig ambulante Therapie) wird auf der Basis der vorliegenden Kosten-/ Leistungszusage, diagnostischer Einschätzungen und des Therapieverlaufs in den Planungs- und Bilanzgesprächen individuell mit dem Rehabilitanden vereinbart und angepasst und entsprechend mit dem Kosten-/ Leistungsträger abgestimmt.

4 Rehabilitationsformen

Die sozialmedizinische Indikation zu einer medizinischen Rehabilitation hat nicht ausschließlich eine medizinische Diagnose zur Voraussetzung, sondern ergibt sich vor allem aus der zusammenfassenden Analyse und Bewertung von Schädigungen insbesondere psychischer Funktionen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Beeinträchtigungen der Teilhabe sowie der Lebenssituation des Rehabilitanden.

Folgende Formen der Rehabilitation werden in unserer Fachklinik vorgehalten:

- Stationäre Entwöhnungsbehandlung als Regel- bzw. Wiederholungsbehandlung
- Ganztägig ambulante Rehabilitation

4.1 Stationäre Entwöhnungsbehandlung

Die stationäre Entwöhnungsbehandlung wendet sich an Suchtmittelabhängige, die noch keine oder nur wenig Therapievorerfahrung haben und an Suchtmittelabhängige, die zum Herauswachsen aus der Sucht mehrere stationäre An- und Durchläufe benötigen und die sich mit Hilfe einer stationären Behandlung neue Lebensperspektiven erarbeiten und sich somit längerfristig von Suchtmitteln und verhaltensbezogenen Störungen distanzieren wollen. Gerade bei langjährig Suchtmittelabhängigen, die teilweise auch schon mehrere Behandlungsversuche durchlaufen haben, bestehen häufig multiple Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, die Teilhabe ist sowohl in beruflicher als auch in gesellschaftlicher Hinsicht erheblich beeinträchtigt.

Diese Rehabilitanden benötigen Möglichkeiten der zurückreichenden Selbsterfahrung, um eine adäquat vertieftes Krankheitsverständnis entwickeln zu können. Es wird Raum zum Erleben von „heilsamen“ Beziehungen zur Verfügung gestellt, um die zwischenmenschliche Interaktion zu fördern. Notwendige Übungsfelder zur vertieften Einübung werden bereitgestellt. Diese Grundlagen ermöglichen die Wiederentdeckung oder Weiterentwicklung persönlicher Ressourcen und Fähigkeiten und die Erarbeitung einer individuell tragfähigen Zukunftsperspektive.

4.2 Ganztägig ambulante Rehabilitation (GAT)

Die ganztägig ambulante Therapie ist indiziert, wenn eine stationäre Behandlung nicht oder nicht mehr notwendig erscheint und sie gegebenenfalls sogar den Behandlungsverlauf durch unnötige Einschränkungen z. B. im privaten Bereich (Trennung von Kindern, Trennung von der Familie, Gefährdung sozialer Bezüge, Gefährdung von beruflichen Bezügen) schädigen würde. Im Gegensatz zu einer ambulanten Therapie (Ambulante Rehabilitation Sucht) benötigt der Rehabilitand jedoch ein höheres Maß an therapeutischen Angeboten und Hilfen zur Gestaltung des Tagesablaufs (s. auch Weissinger et al. 2006).

In der Fachklinik Meckenheim ist die ganztägig ambulante Rehabilitation von Beginn an möglich. Die Behandlungsdauer beträgt bis zu 20 Wochen.

Die Rehabilitanden der ganztägig ambulanten Rehabilitation nehmen am kompletten Therapieprogramm von Montag bis Freitag zwischen 08.00 Uhr und 16.45 Uhr teil. Hierbei stehen den Rehabilitanden alle Module der Behandlung (siehe Kapitel 5), die gemeinschaftlich genutzten Räumlichkeiten sowie eine Rückzugsmöglichkeit für Pausen zur Verfügung.

4.2.1 Umwandlung von stationärer in ganztägig ambulante Rehabilitation

Insbesondere bei Rehabilitanden mit Abhängigkeitserkrankungen, die über geringe soziale Ressourcen verfügen, hängt der Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen weniger von der Optimierung einzelner Behandlungsmodule als vielmehr von der Nahtlosigkeit und guten Abstimmung der einzelnen Therapie- und Nachsorgeangebote sowie den sonstigen Unterstützungsmöglichkeiten ab. In der teilhabeorientierten Abstinenzentwicklung und -stabilisierung benötigt diese Rehabilitandengruppe mitunter einen Zwischenschritt von der stationären Entwöhnung zur ambulanten Rehabilitation.

Die ganztägig ambulante Rehabilitation nach einer stationären Phase in unserer Fachklinik muss wohnortnah durchgeführt werden. Hierzu kann je nach Wohnort die Behandlung in unserer Fachklinik oder in einer anderen geeigneten Einrichtung durchgeführt werden. Dies wird mit den Rehabilitanden gemeinsam inhaltlich und zeitlich strukturiert, mit der entsprechenden Einrichtung wird zeitnah Kontakt aufgenommen, bei Aufnahmemöglichkeit ein Infotermin vereinbart und ggf. eine Veränderung von Leistungsform und –ort beim Kosten-/ Leistungsträger beantragt.

Inhaltlich werden hierbei Schwerpunktsetzungen verstärkt in Richtung Selbstmanagement vorgenommen, wie z.B. intensives Training von Rückfallvermeidungsstrategien bei realer Exposition, verstärkte Angehörigenarbeit, Einbeziehen von potenziellen Arbeitgebern, selbständige Freizeitbeschäftigung außerhalb der Therapiezeit, Aufbau bzw. Stabilisierung hilfreicher sozialer Kontakte, Abgrenzung gegenüber dem Drogen- und/oder kriminellen Milieu.

Voraussetzungen für die Umwandlung einer stationären in eine ganztägig ambulante Behandlung in der Fachklinik sind:

- stabile Wohnsituation in einer eigenen Wohnung oder als Mitbewohner in einem positiven sozialen Umfeld (Partnerschaft, Familie, Betreutes Wohnen etc.)
- ausreichende Stabilität des psychosozialen Umfeldes
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und zu regelmäßiger Teilnahme am Therapieprogramm
- Fähigkeit zur Einhaltung der Abstinenz während der Behandlung und auch zu den behandlungsfreien Zeiten am Abend und am Wochenende
- ausreichende Mobilität, um die tägliche An- und Abfahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln (maximal 45 Minuten einfache Wegstrecke) von der Wohnung bis in die Fachklinik durchführen zu können

Als Kontraindikationen für eine Umwandlung in eine ganztägig ambulante Behandlung gelten:

- Wohnungslosigkeit
- Unzureichende Abstinenzfähigkeit außerhalb des stationären Rahmens
- Unzureichende Abgrenzungsfähigkeit gegenüber konsumierenden Personen

Bei entstehenden (Überforderungs-)Krisen bzw. einem Rezidiv ist eine Rückkehr in die stationäre Behandlung in Absprache (und Antragstellung) mit dem Kosten-/ Leistungsträger möglich.

Ebenso besteht die Möglichkeit der ganztägig ambulanten Entlassphase, d.h. bei Rehabilitanden, die eine Wohnmöglichkeit in der adäquat zeitlich erreichbaren Umgebung haben, können die letzten Behandlungswochen in GAT umgewandelt werden, um eine größere Realitätserprobung zu ermöglichen und auftretende Schwierigkeiten noch während der Behandlung bearbeiten und begleiten zu können.

4.3 Wiederholungsbehandlung mit verkürzter Behandlungsdauer

Das anhaltende oder plötzlich wieder auftretende Verlangen nach einer Substanzwirkung (Craving) wird häufig als entscheidende motivationale Komponente des fortgesetzten Konsums oder der Rückfälligkeit nach Abstinenzzeiten angesehen. Die Art der Bewältigung von Rückfallsituationen beeinflusst die Prognose von Suchterkrankungen wesentlich.

Die stationäre Rückfallbehandlung mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen bei Hauptdiagnose Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit und einer Dauer von bis zu 13 Wochen bei Hauptdiagnose Drogenabhängigkeit wendet sich dementsprechend an Suchtmittelabhängige, die aufgrund verschiedenster krisenhafter Entwicklungen rückfällig geworden sind und für die ein ambulantes Angebot nicht mehr ausreicht, um die Krise zu bewältigen.

Im Rahmen der Eingangsdiagnostik wird eruiert, welche Schwerpunkte im Rahmen der verkürzten Behandlungsdauer gesetzt werden. Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit der Rückfälligkeit ist eine differenzierte Ursachenanalyse mit anschließender Modifikation eruierter Defizite. In der Regel liegen konsumfreie Lebensabschnitte z.B. nach einer stationären Therapie vor, die positiv bewertet wurden, so dass die Behandlung unmittelbar an diese Erfahrungen anknüpfen kann. Durch die genaue Betrachtung der Rückfallsituation ergeben sich klare Ziele für die erneute stationäre Behandlung.

Entsprechend der individuellen Schwerpunktsetzung und Zielplanung wird der Behandlungsplan erarbeitet. Hier kann z.B. das indikative Angebot „Rückfallprophylaxegruppe“ ein Bestandteil sein. Je nach Bedarf und Indikation stehen alle Module der Regelbehandlung zur Verfügung.

Die Planung und Organisation von Nachfolgemaßnahmen stellen im Rahmen der Behandlungsbeendigung eine entscheidende Grundlage für eine stabile Abstinenz als Voraussetzung für eine soziale und berufliche Wiedereingliederung dar.

5 Organisation und Module der Behandlung

5.1 Aufnahmeverfahren

Die Aufnahme in die Fachklinik Meckenheim setzt eine ausreichende körperliche Entgiftung voraus. Falls aus medizinischer Sicht erforderlich sollte daher eine stationäre Entzugsbehandlung vor dem Antritt der Entwöhnungsbehandlung durchgeführt werden.

Die Aufnahme in die Fachklinik Meckenheim erfolgt ausschließlich auf freiwilliger Basis. Die Fachklinik hat einen offenen Charakter. Zwangsbehandlungen werden nicht durchgeführt.

Eine Aufnahme kann nur mit gültiger Kosten-/ Leistungszusage des zuständigen Kosten-/ Leistungsträgers erfolgen. Zur Aufnahme sollen folgende Unterlagen vorliegen:

- aktuelle Arztberichte
- Sozialbericht der Therapie vorbereitenden Stelle
- Krankenversicherungskarte
- Personalausweis bzw. Meldebescheinigung
- ggf. Haftentlassungsbescheid
- ggf. der Gerichtsbeschluss zur Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung

Am Aufnahmetag erfolgen das ärztliche Aufnahmegespräch mit der Aufnahmeuntersuchung, das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten und die Ermittlung des sozialrechtlichen Beratungs- und Interventionsbedarfs. Nach Anamnese- und Befunderhebung innerhalb der ersten beiden Wochen auf den unterschiedlichen Ebenen (psychosozial, medizinisch, edukativ, Aktivität und Teilhabe) erfolgt die Erarbeitung des individuellen Rehabilitationsplans mit der zentralen Zielkomponente der umfassenden Wiederherstellung der funktionalen Gesundheit und damit der Teilhabe im Beruf und in der Gesellschaft.

5.2 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm für eine Bezugsgruppe orientiert sich an folgendem Wochenplan:

Exemplarischer Wochenplan für eine Bezugsgruppe

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
06:00 – 06:45	Frühsport						
07:10 – 07:30	Frühstück					09:00-09:20 Frühstück	
08:00 – 08:15	Tagesorganisation/Terminbesprechung					Heimfahrten Einzel-/ Gruppenausgänge 10.30 - 18.30 bzw. 08.00 - 20.00 Besuch im Haus 10.30 - 18.30 Freizeitprojekte ab 10.30 Lauftraining, Schwimmen	
08:30 – 10:00	Arbeits-/ Ergotherapie (Qualifizierung)	Indikative Gruppe	Arbeits-/ Ergotherapie (Qualifizierung)	Indikative Gruppe	Arbeits-/ Ergotherapie (Qualifizierung)		
10:00 – 10:15	Kaffeepause						
10:15 – 11:45	Arbeits-/ Ergotherapie	Arbeits-/ Ergotherapie	Kreativtherapie	Arbeits-/ Ergotherapie	Arbeits-/ Ergotherapie		
	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Pflegerische Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde	Ärztliche Sprechstunde		
12:00 – 13:30	Mittagessen und Mittagpause					13:00-13:20 Mittagessen	
13:30 – 15:00	Krafttraining Individualsport	Indikative Gruppe	Laufgruppe Ausdauertraining	Gruppentherapie	Indikative Gruppe	Sonntag 14.00 - 17.00: begleitetes Freizeitangebot	
15:00 – 15:15	Kaffeepause					15:00-16:00 Kaffee und Kuchen	
15:15 – 16:45	Gruppentherapie	Hallensport Schwimmen	Gruppentherapie	Hausroutine	Hallensport Schwimmen		
17.15 – 21.00	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch			
19:10 – 19:30	Abendessen						
17.15 – 21.00	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch	Ausgang/Besuch			
Nachtruhe	23:30	23:30	23:30	23:30	00:30	00:30	23:30

In der morgendlichen Organisationsbesprechung werden wochentags unter therapeutischer Leitung mit allen Rehabilitanden Terminabsprachen getroffen und die Tagesorganisation besprochen. Zusätzlich zum bestehenden Rehabilitationsprogramm werden psychotherapeutische und ärztliche Einzeltermine individuell vereinbart und über die morgendliche Terminbesprechung kommuniziert. Weiterhin gibt es offene Sprechstunden der Sozialberatung und der Klinikverwaltung.

5.3 Der Behandlungsprozess

Wir arbeiten nach einem Prozessmodell, welches in die einwöchige Aufnahmephase und im Weiteren in drei Behandlungsphasen eingeteilt ist. Die Dauer der einzelnen Phasen variiert nach jeweiliger Indikation, Behandlungsdauer und Entwicklungstempo des Rehabilitanden. Die Phasen markieren einerseits ein schrittweises Fortkommen im therapeutischen Prozess und versinnbildlichen differenziert Therapieziele und Therapieinhalte und deren dezidierte Überprüfung und Anpassung. Andererseits stehen die Phasen für schrittweise sich erweiternde Erprobung, Pflichten und Verantwortung der Rehabilitanden. Der Bezugstherapeut nimmt mit dem Rehabilitanden gemeinsam die zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Phasenübergänge mit den entsprechenden Aufgaben vor.

In der **Aufnahmephase** geht es um das Ankommen des Rehabilitanden in der Einrichtung und seine Eingewöhnung in die Entwöhnungsbehandlung. Von Beginn an nimmt der Rehabilitand soweit möglich am Therapieprogramm seiner Bezugsgruppe teil und hat darüber hinaus zusätzliche Informationseinheiten, die den Einstieg in die Behandlung erleichtern sollen. Eine besondere Beachtung erhält der Umgang mit anfänglich ambivalenter Motivation von Rehabilitanden: Die Behandlungsmotivation wird über psychoedukative und motivierende Maßnahmen (z.B. Methoden der motivierenden Gesprächsführung nach William Miller und Stephen Rollnick) gestärkt mit dem Ziel ein tragfähiges therapeutisches Bündnis zu schaffen. Im Rahmen der Aufnahmephase durchläuft der Rehabilitand verschiedene diagnostische Prozesse: Es erfolgen die psychiatrische Befunderhebung und Diagnosestellung sowie die somatische Aufnahmeuntersuchung. Weiterhin werden die biographische und suchtmedizinische Anamnese sowie die Arbeitsanamnese erhoben.

Die **erste Behandlungsphase „Schaffen von Veränderungsbedingungen“** beinhaltet im Rahmen der Psychotherapie eine Auseinandersetzung mit der Lebens- und Suchtgeschichte, mit der Funktion der Substanzeinnahme sowie der Planung von notwendigen Veränderungsschritten, um eine grundlegende Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation zu erarbeiten. Es finden weiterführende diagnostische Maßnahmen wie testpsychologische Untersuchungen statt, die in die Therapieplanung einfließen. Im Rahmen der Arbeitstherapie wird eine arbeitstherapeutische Diagnostik durchgeführt und Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit vereinbart. Die medizinische Behandlung sieht eine Überprüfung und Anpassung der ggf. bestehenden Medikation und bei Bedarf die Mitbehandlung körperlicher Erkrankungen vor.

Bei einer Rückfallbehandlung steht in dieser Phase häufig thematisch eine Aufarbeitung des Rezidivgeschehens und der zwischenzeitlichen Lebensführung seit einer vorhergehenden Behandlung im Vordergrund.

Der Übergang in die zweite Phase wird durch Bilanzierungsgespräche mit den Bezugsbehandlern, einer Reflexion in der Bezugsgruppe sowie dem Erarbeiten eines Reflexionsbogens gestaltet. Die vereinbarten Behandlungsziele werden überprüft, angepasst und ggf. modifiziert.

Die **zweite Behandlungsphase „Aktives Verändern“** dient der Vertiefung der Erkenntnisse der ersten Phase und einer intensivierten Auseinandersetzung mit der eigenen Lebens- und Suchtgeschichte. Inhaltliche Aufgabe ist es, die bisher gewonnenen Ergebnisse der therapeutischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebens- und Suchtverlauf zu verknüpfen und Lösungsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen zu erarbeiten.

Techniken der Verhaltensmodifikation, der Entwicklung und Erhöhung emotionaler und sozialer Kompetenzen, der Aufbau von übergeordneter Problemanalyse und adäquater Bewältigung und der Fähigkeit zur Stressbewältigung und Stärkung der Impulskontrolle werden erarbeitet und eingeübt. Die Rehabilitanden werden ermuntert, in der Rehabilitandengemeinschaft Verantwortung für die Atmosphäre und den Umgang untereinander und mit den Rahmenbedingungen zu übernehmen. Erprobung und Außenorientierung bekommen eine höhere Relevanz.

Zum Übergang in die dritte Phase wird ein Reflexionsbogen bearbeitet, ein gemeinsames Bilanzierungsgespräch mit den Bezugsbehandlern geführt, eine rückfallprophylaktische Einheit in der Bezugsgruppe gestaltet und ein Freizeitprojekt für Mitrehabilitanden geplant. Wiederum finden eine Überprüfung der Behandlungsziele und eine erneute Anpassung an den individuellen therapeutischen Prozess statt.

In der **dritten Behandlungsphase „Transfer von Veränderungen“** wird die zunehmende Verselbständigung durch verstärkte Außenorientierung und Verantwortungsübernahme noch weiter unterstützt. Es wird empfohlen, Kontakt mit einer Selbsthilfegruppe aufzunehmen und diese zu besuchen. Im Bereich Arbeit und beruflicher Planung erfolgt eine weitreichende Klärung und Vorbereitung. Es soll eine vertiefte Krankheitseinsicht und Abstinenzentscheidung etabliert sein, eine kontinuierliche Veränderungsmotivation über den therapeutischen Prozess hinaus installiert und eine adäquate Zukunftsperspektive für alle relevanten Lebensbereiche erarbeitet werden. Eine Auseinandersetzung mit Zielperspektiven für die berufliche und private Zukunft und die Vorbereitung, Planung sowie Beantragung weiterer Unterstützungsangebote werden intensiviert und gefördert. Der Abschied aus der Fachklinik wird gestaltet, Abschiedsrituale vermittelt und durchgeführt.

5.4 Rehabilitationsdiagnostik

Nach stationärer Aufnahme zur medizinischen Rehabilitation erfolgen die Erfassung der Beschwerden und Funktionseinschränkungen, Aktivitäten, Teilhabeaspekte und Kontextfaktoren und eine konkrete Festlegung der Rehabilitationsziele aus Sicht des Rehabilitanden und der Therapeuten. Dabei finden die Wohnbedingungen und das soziale Umfeld Beachtung, da diese bei suchtkranken Menschen häufig ein Gefährdungs- bzw. Rezidivpotential beinhalten können. Im weiteren Rehabilitationsverlauf dienen die ICF-Komponenten der Abstimmung über notwendige Klärung, Planung und Einleitung notwendiger Maßnahmen, der Definition kurz- und mittelfristiger Zwischenziele, der Feinjustierung der Behandlungsplanung sowie der ggf. notwendigen Anpassung der Ziele im Sinne einer auf den Rehabilitanden zugeschnittenen individuellen Rehabilitationsbehandlung. Darüber hinaus orientiert sich unsere Diagnostik an der ICD-10 (Dilling et al. 2014; Linden et al. 2014).

5.4.1 Medizinische Diagnostik

Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende allgemeinmedizinische, neurologische und psychiatrischen Eingangsuntersuchung, die eine vollständige somatische und psychiatrische Anamnese sowie Erhebung des psychopathologischen Befundes einschließt. Entsprechend der ICD-10 werden die psychiatrischen und somatischen Diagnosen erhoben, weiterhin erfolgt die Aufnahme der Beschwerden und Funktionseinschränkungen nach ICF.

Zum Aufnahmeprozedere gehören standardisierte laborchemische Untersuchungen von Urin und ggf. Blut mit besonderem Schwerpunkt auf dem Screening von Suchtmittelkonsum, Leberinfektionskrankheiten und HIV-Infektion.
Die Befunderhebung erfolgt in Zusammenarbeit mit kooperierenden Fachärzten, Krankenhäusern und Labors. Je nach Indikation werden weitere fachärztliche Diagnostikprozesse initiiert.

5.4.2 Psychologische Diagnostik

Die Eingangsdiagnostik umfasst eine vertiefende Diagnostik der Suchterkrankung. Hierzu werden halbstandardisierte und offene Interviewverfahren eingesetzt. Die Symptomcheckliste SCL-90 wird bei allen Rehabilitanden als Basisdiagnostik eingesetzt. Gleichermaßen gilt die diagnostische Aufmerksamkeit einer möglicherweise vorliegenden psychischen Komorbidität, was durch gezielte Exploration, Verhaltensbeobachtung und testpsychologische Diagnostik untermauert wird.

Indikationsgeleitet kommen folgende weitere psychodiagnostische Screening Verfahren zum Einsatz:

- Münchner Alkoholismustest (MALT) – Alkoholabhängigkeit
- Trierer Alkoholismusinventar (TAI) – Alkoholabhängigkeit
- Fagerström-Test – Nikotinabhängigkeit
- Skala zum Onlinesuchtverhalten bei Erwachsenen (OSVe-S) – Medienabhängigkeit
- Beck Depressions-Inventar (BDI-II) – Depressionsdiagnostik
- Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) – Diagnostik der ADHS
- Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID-II) – Persönlichkeitsdiagnostik
- Borderline Symptom Liste 95 (BSL-95) – Persönlichkeitsdiagnostik
- Interview zur komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (I-KPTBS) – Traumadiagnostik
- Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) – Traumadiagnostik
- Grundintelligenztest CFT 3, Aufmerksamkeits- und Konzentrationstest d2-R, Inventar zur Gedächtnisdiagnostik (IGD) – Intelligenz-/Leistungsdiagnostik

5.4.3 Arbeitsbezogene Diagnostik

Neben einer ausführlichen Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese und der Verhaltensbeobachtung werden folgende Instrumente der arbeitsbezogenen Diagnostik eingesetzt:

- Osnabrücker Arbeitsfähigkeitenprofil
- MELBA/IDA – Ermittlung und Darstellung von Fähigkeitsprofilen und Anforderungsprofilen
- Würzburger Screening

5.4.4 Psychosoziale Diagnostik

Zusätzlich zu Anamnese und Verhaltensbeobachtung kann das psychosoziale Diagnostiksystem PREDI zum Einsatz kommen. Es erfasst nicht nur Störungen und Probleme, sondern darüber hinaus auch personale Ressourcen im Sinne von Stärken und gesunden Anteilen eines Klienten/Patienten sowie auch motivationale Aspekte der Veränderungsbereitschaft.

5.4.5 Sporttherapeutische Diagnostik

Körperliche Beeinträchtigungen können mittels spezieller Übungen der sporttherapeutischen Leistungsdiagnostik für die Bereiche Beweglichkeit, Kraft, Koordination und Ausdauer ermittelt werden.

Alle Ergebnisse diagnostischer Verfahren werden mit den Rehabilitanden besprochen und in die Ziel- und Behandlungsplanung einbezogen. Zu welchem Zeitpunkt diagnostische Verfahren eingesetzt werden, wird individuell auf den Behandlungsprozess abgestimmt.

5.5 Ärztliche Aufgaben

Der leitende Arzt ist für die Umsetzung des Therapiekonzeptes im Rahmen der Vorgaben der Kosten-/ Leistungsträger bezogen auf den einzelnen Rehabilitanden verantwortlich und trägt damit die Gesamtverantwortung für die medizinische Rehabilitation. Er leitet das interdisziplinäre Team in seinen regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen und verantwortet das Berichtswesen, insbesondere die sozialmedizinische Beurteilung.

Die medizinische Behandlung in der Fachklinik Meckenheim erfasst folgende Bereiche:

- Umfassende Eingangs-, Prozess- und Ausgangsdiagnostik
- Behandlung von psychiatrischen und somatischen Begleiterkrankungen
- Entwicklung und Optimierung einer notwendigen Pharmakotherapie unter Beachtung des Rehabilitationszieles der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung
- Aufbau und Unterstützung der Compliance bei chronischen Erkrankungen
- Prävention durch Gesundheitserziehung und Informationsvermittlung
- Sozialmedizinische Beurteilungen des Rehabilitanden und abschließende sozialmedizinische Begutachtung

5.5.1 Koordination und Durchführung der medizinischen Behandlung

Ärztliche Aufgabe ist auch die Koordination der medizinischen Behandlungsmaßnahmen. Die psychiatrische Behandlung (Anamnese, Diagnostik, Psychoedukation, medikamentöse Behandlung) und eine grundlegende somatische Behandlung werden in der Fachklinik durchgeführt. Weitergehende somatische Abklärungen und Behandlungen werden von den Fachkrankenhäusern bzw. Fachärzten der Umgebung im Rahmen einer Kooperation durchgeführt. Bei somatischen Komplikationen sowie bei schweren psychiatrischen Dekompensationen, die insbesondere mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung einhergehen, wird in das zuständige Fachkrankenhaus verlegt. Rehabilitanden nach einem berufsgenossenschaftlich relevanten Unfall werden entsprechend den Vorschriften einem D-Arzt vorgestellt.

Neben den wöchentlichen Visiten finden mehrfach wöchentlich allgemeinmedizinische und psychiatrische Sprechstunden statt. Zusätzlich werden individuelle Sprechzeiten angeboten bzw. durch den Arzt initiiert. Bei Bedarf werden Rehabilitanden engmaschig zur Verlaufskontrolle einbestellt.

Das Anordnen der Medikation ist ärztliche Aufgabe, die Vorbereitung und die Ausgabe der Medikation wird ärztlich überwacht. Im Rahmen der Behandlung mit Psychopharmaka wird eine fortlaufende Kontrolle von Vital- und Laborparametern durchgeführt.

Die Rehabilitanden werden gemäß §43 Abs. 1 Nr. 1 Infektionsschutzgesetz belehrt, bevor sie eine Tätigkeit im Rahmen des Hausservice in unserer Fachklinik aufnehmen.

5.5.2 Koordination der interdisziplinären Behandlung

Die medizinischen, psychiatrischen, pflegerischen und psychotherapeutischen Behandlungen bzw. Interventionen sind grundsätzlich aufeinander abgestimmt. Die zusammenfassende Bewertung der medizinischen, testpsychologischen und therapeutischen Befunde findet unter ärztlicher Leitung statt. Dabei erfolgt auch eine erste sozialmedizinische Leistungseinschätzung, u.a. die Dauer der Belastungsfähigkeit im arbeitstherapeutischen Prozess oder die Fähigkeit zum Bedienen von Geräten und Steuerungsanlagen. Diese erste sozialmedizinische Leistungsbeschreibung ist Grundlage für den gezielten, d.h. individualisierten Einsatz ergo- und arbeitstherapeutischer Techniken sowie psychotherapeutischer und sporttherapeutischer Interventionen und ist somit Ausgangspunkt der abschließenden sozialmedizinischen Begutachtung zum Ende des Behandlungsprozesses.

Unter ärztlicher Leitung finden wöchentlich teaminterne Falldiskussionen statt, in denen diagnostische Aspekte sowie Therapiefortschritte aus den beteiligten Rehabilitationsbereichen Medizin, Sozialarbeit, Psycho-, Arbeits- und Bewegungstherapie zusammenfassend referiert werden. Neue Vorgehensweisen und Therapieschritte werden abgesprochen. Spezifische therapeutische Interventionen oder rehabilitative Planungen werden teamintern abgestimmt und anschließend mit dem Rehabilitanden besprochen.

5.5.3 Medizinische Informationsgruppe

Die Teilnahme an der wöchentlich stattfindenden Medizinischen Informationsgruppe zu unterschiedlichen therapierelevanten medizinischen Themen ist Pflicht für alle Rehabilitanden. Informiert wird grundsätzlich über die Wirkungen und Nebenwirkungen der zuvor konsumierten Suchtmittel einschließlich ihrer Folgeerkrankungen, über psychiatrische Erkrankungsbilder, deren medikamentöse und therapeutische Behandlungsstrategien sowie die Wirkungen und Nebenwirkungen von verordneten Psychopharmaka. Weiterhin erfolgt eine Aufklärung über Infektionserkrankungen sowie deren konkrete Vermeidungs- und Behandlungsstrategien.

5.5.4 Abschlussuntersuchung und sozialmedizinische Beurteilung

Am Ende der Rehabilitationsmaßnahme wird jeder Rehabilitand einer umfangreichen psychiatrisch-neurologischen und allgemeinmedizinischen Abschlussuntersuchung unterzogen. Dabei werden alle relevanten Parameter erfasst, die zur systematischen Beurteilung der Arbeits-, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit notwendig sind. Insbesondere zu Beginn der Behandlung evaluierte Funktionseinschränkungen werden in ihrer Veränderung dokumentiert und abschließend sozialmedizinisch bewertet. Der Rehabilitand wird über die abschließende sozialmedizinische Bewertung informiert. Der Entlassungsbericht, der ärztlich verantwortet ist, dokumentiert den Behandlungsprozess.

5.5.5 Medizinisches Notfallmanagement

In ärztlicher Verantwortung liegt die Ausarbeitung eines medizinischen Notfallplans für die akutmedizinische Versorgung der Rehabilitanden. Dieser unterscheidet prinzipiell, ob zum Zeitpunkt des medizinischen Notfalls ein Arzt in der Fachklinik anwesend ist. Im Falle der ärztlichen Anwesenheit übernimmt der Arzt mit Unterstützung der Mitarbeiter die medizinische Erstversorgung, für welche eine grundlegende Ausstattung (Notfallkoffer, Notfallmedikamente, EKG, Infusionszubehör, Blutdruckmessgerät etc.) zur Verfügung steht. Falls kein Arzt in der Fachklinik anwesend ist, werden von den Mitarbeitern Erste-Hilfe-Maßnahmen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes durchgeführt.

In ärztlicher Verantwortung liegt weiterhin die Koordination der regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter in Fragen des medizinischen Notfallmanagements. Die Mitarbeiter des Tag-, Nacht- und Wochenenddienstes erhalten die Ersthelferausbildung, die mindestens alle zwei Jahre aufgefrischt wird.

5.6 Pflegerische Aufgaben

Entsprechend des International Council of Nurses (ICN) umfasst Pflege die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen aller Altersgruppen, von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen. Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.

Die Tätigkeit von Pflegekräften in der Rehabilitation weicht vom Tätigkeitsfeld der Pflege im Akutbereich qualitativ ab. So spielt die Grund- und Behandlungspflege akut kranker, zumeist bettlägeriger Patienten in der Rehabilitationsklinik keine Rolle. Im Gegensatz zum Bereich der Akutversorgung, in dem Diagnostik, Symptomkontrolle und Behandlung im Zentrum stehen, spielt die Wiederaneignung von Alltagskompetenzen und damit die Stärkung der Handlungsautonomie des Patienten im Bereich der rehabilitativen Versorgung sowohl in der Klinik als auch perspektivisch in der Häuslichkeit und/oder im weiteren Berufsleben des Patienten eine herausragende Rolle (DEGEMED 2008).

In unserer Fachklinik leistet Pflege mit originär pflegerischen Aufgaben (z.B. Verbandswechsel, Wundversorgung in einer pflegerischen Sprechstunde) und Aufgaben im Rahmen der Psychoedukation und Präventionsarbeit (z.B. Beratung zur Gesundheitsfürsorge, Hygieneberatung und Schulung von Strategien zur Bewältigung individueller Krankheitsbilder) einen wichtigen Beitrag zum nachhaltigen Rehabilitationserfolg.

5.7 Einzel- und Gruppenpsychotherapie und indikative Gruppen

Schwerpunkte der Einzel- und Gruppentherapie in unserer Fachklinik sind:

- Die Bewusstmachung von Emotionen und Kognitionen
- Die Überprüfung von Kognitionen und Schlussfolgerungen auf ihre Angemessenheit
- Die Korrektur von dysfunktionalen Kognitionen und Einstellungen
- Der Transfer der korrigierten Einstellungen in das konkrete Verhalten und dessen Einübung und Verfestigung im Behandlungsalltag
- Dessen Einübung und Verfestigung im Behandlungsalltag

5.7.1 Gruppenpsychotherapie

Jeder Rehabilitand nimmt wöchentlich an drei gruppenpsychotherapeutischen Sitzungen seiner Bezugsgruppe mit der Dauer von 90 Minuten teil. Die Gruppentherapien können unterschiedlichen Zielsetzungen dienen. Sie können die Persönlichkeitsakzentuierungen oder/und das Verhalten unterschiedlicher Gruppenteilnehmer reflektieren und verändern sowie zu einer Modifikation der Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern führen. Gruppentherapeutische Einheiten können je nach aktueller Dynamik prozess- und bedarfsorientiert gestaltet werden. In der Teilhabe orientierten Rehabilitation steht im Rahmen der Gruppentherapie die Verhaltensänderung im Vordergrund. Gruppentherapie stellt ein Lern- und Übungsfeld dar, um über neue Erfahrungen im Zusammenleben emotionale Muster, Verhaltens- und Denkmuster zu modifizieren.

Die wichtigsten Wirkfaktoren umfassen den Ausdruck von Gefühlen, den emotionalen Zusammenhalt innerhalb der Gruppe, das gemeinsame zwischenmenschliche Lernen und den Austausch unter den Rehabilitanden über zu suchende und gefundene Lösungswege.

5.7.2 Einzelpsychotherapie

Die einzeltherapeutischen Sitzungen von 50-minütiger Dauer finden einmal wöchentlich und darüber hinaus nach dem individuellen Bedarf der Rehabilitanden statt. Sie dienen der vertiefenden bzw. teilweise alternativen Bearbeitung der Thematiken aus den Gruppensitzungen sowie sehr persönlicher Thematiken. Eine vertrauensvolle, offene, wertschätzende und kooperative Beziehung zwischen Bezugstherapeut und Rehabilitand ist dabei eine elementare Voraussetzung für den angestrebten Therapieerfolg.

5.7.3 Indikative Gruppen

Manualisierte Psychoedukation und Schulungen dienen der Bewältigung der Erkrankung im Sinne einer aktiven Mitarbeit der Rehabilitanden (Compliance), der Erarbeitung eines selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung und den Erkrankungsfolgen (Selbstmanagement) und der Förderung von informierten Entscheidungen bezüglich der eigenen Lebensführung (Empowerment). Als wichtiger Baustein der Behandlung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation wird Psychoedukation in unserer Fachklinik in unterschiedlichen indikativen Gruppen durchgeführt.

Bei der Zuordnung der Rehabilitanden zu den indikativen Gruppenangeboten findet ein Abstimmungsprozess zwischen Interessen und Neigungen der Rehabilitanden und Empfehlungen der Bezugstherapeuten statt. Die indikativen Gruppenangebote werden durch die Bezugstherapeuten bzw. entsprechend geschulte Mitarbeiter durchgeführt. Die Manuale sind in der Regel auf eine Dauer von 7 Gruppeneinheiten á 90 Minuten ausgerichtet. Die indikativen Gruppen finden für die Rehabilitanden einmal wöchentlich statt. Es kann die gleichzeitige Teilnahme an verschiedenen indikativen Gruppen erfolgen. Die Durchführung der einzelnen indikativen Gruppen wird indikations- bzw. bedarfsorientiert vorgehalten.

Folgende indikative Gruppen werden in unserer Fachklinik angeboten:

Achtsamkeitstraining
Die halboffene Gruppe „Achtsamkeitstraining" basiert auf der Dialektisch-Behavioralen Therapie nach Marsha Linehan und dem Skills Training von Martin Bohus und Martina Wolf. Hier nehmen Rehabilitanden mit deutlichen Störungen in der Emotionsregulation und impulsiven Verhaltensweisen oder Beeinträchtigungen in der Aufmerksamkeit teil. Dies kann in Zusammenhang mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, einem ADHS oder einer komplexen Traumatisierung auftreten.

ADL-Gruppe (activity of daily living)
Die ADL-Gruppe basiert auf dem Konzept von Liliane Juchli. In diesem offenen gruppentherapeutischen Programm, welches jeder Rehabilitand in der Aufnahmephase beginnt, werden grundlegende Informationen zu Aktivitäten des täglichen Lebens vermittelt (z.B. rückengerechtes Verhalten im Alltag und Beruf, Informationen über Wohnungs- und Jobsuche, zu Behörden und Ämtern, zu Gesundheitsfürsorge und Risikoverhalten). Darüber hinaus werden je nach Indikation bzw. nach BORA-Eingruppierung zwei zusätzliche Module (Bedarfe der Arbeitswelt / Berufsbezogene Motivation und Orientierung) durchgeführt.

Budotherapie
Die Budo-Therapie als spezifische Form der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie basiert auf der Grundlage der Integrativen Therapie nach Hilarion Petzold. Unter dem Oberbegriff Budo werden alle asiatischen Kampfkünste zusammengefasst, die durch die Haltung gegenseitiger Wertschätzung und Respekts sowie dem Verständnis des Menschen als ganzheitliches Wesen (Körper und Geist) geprägt sind.
Die Budotherapie bietet Rehabilitanden hinsichtlich der Therapieziele Förderung sozialer Kompetenzen, Selbstsicherheit, Impuls- und Selbstkontrolle, Verantwortungsgefühl und Durchhaltevermögen (Selbstdisziplin) ein Behandlungsangebot an der Schnittstelle von therapeutischer Selbsterfahrung, Bewegungstherapie und sinnvoller Erlebnisaktivierung. Sie soll so bereits bestehende Angebote (Psychotherapie, Achtsamkeitstraining, Sporttherapie und Soziales Kompetenztraining) ergänzen. Die Vermittlung einzelner Bewegungsformen und Techniken aus dem Bereich der Kampfkunst dient dabei primär als Medium für eine entsprechende Reflexion, Selbstwahrnehmung und einen entsprechenden Austausch.
Die Gruppe Budotherapie wird als geschlossene Gruppe in Zyklen durchgeführt.

Cannabis- und Amphetamingruppe
Basierend auf dem CANDIS- Programm von Eva Hoch werden in dieses halboffene gruppentherapeutische Angebot mit 10 Einheiten ausschließlich Rehabilitanden mit Cannabis- und/oder Amphetaminabhängigkeit aufgenommen. Es werden zunächst allgemein spezifische Informationen und Hintergründe dieser Abhängigkeiten erarbeitet und folgend mit jedem Rehabilitanden individuell besprochen.

Gruppe „Sicherheit finden“
Die halboffene Gruppe „Sicherheit finden" mit 10 Einheiten ist ein Angebot für Rehabilitanden, deren Abhängigkeit als Bestandteil einer komplexen Traumafolgestörung nach lang anhaltenden Traumatisierungen im Kindheits- und Jugendalter einzuordnen ist. Die Gruppe basiert auf dem Therapieprogramm von Lisa Najavits. Im Rahmen der Gruppe werden die individuellen Traumatisierungen nicht im Detail besprochen und durchgearbeitet. Ziel der Gruppe ist es, die Folgen dieser Erfahrungen besser zu verstehen und „sichere Bewältigungsstrategien" zu erlernen, die es ermöglichen auf Substanzkonsum und andere „unsichere" Verhaltensweisen zu verzichten.

Metakognitives Training
Metakognition bedeutet „über das Denken nachzudenken“. Dazu gehören die Fähigkeit, eigene Entscheidungen und Meinungen kritisch zu überdenken sowie der Umgang mit dem Wissen über grundlegende eigene kognitive Einschränkungen. Diese halboffene Gruppe mit 8 Einheiten orientiert sich am Trainingsprogramm von Steffen Moritz und richtet sich an Rehabilitanden mit Psychosen als Begleiterkrankungen, da diese oft Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Aspekten der Metakognition aufweisen (z.B. Neigung zu voreiligem Schlussfolgern, Beharrungstendenzen, Schwierigkeiten beim Einfühlen in andere Menschen).

Medienkompetenztraining
Die geschlossene Gruppe „Medienkompetenztraining" erfolgt nach dem kognitiv-behavioralen Behandlungsmanual von Klaus Wölfling. Aufgrund einer deutlichen Zunahme der Verhaltensstörungen durch exzessiven Gebrauch von Computer und Internet erfolgt eine regelmäßige Einschätzung auf diese Problematik während der Behandlung und bei Bedarf die integrierte Mitbehandlung. Das Ziel des Medienkompetenztrainings besteht in einer Erhöhung der Selbstkontrollfähigkeit hinsichtlich der Mediennutzung, einer realistischeren Selbsteinschätzung und der Entwicklung eines „normalen" Computer- und Internetnutzungsverhaltens. Weiterhin findet auch der Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen statt, wie auch mit Rehabilitanden, denen ein adäquater Umgang gelingt.

Raucherentwöhnung
Die Raucherentwöhnung wird, angelehnt an das Programm Rauchfrei des IFT in München, in 6 Modulen in einer geschlossenen Gruppe durchgeführt. Rehabilitanden, die ein Interesse daran haben mit dem Rauchen aufzuhören, lernen die Funktionalität ihres Konsums kennen und werden über Analysen, Informationen und Motivierungsstrategien auf den Ausstieg vorbereitet. Nach dem Stopptag wird die Nichtraucheridentität gestärkt und ggf. Rückfälle aufgearbeitet.

Rückfallprophylaxegruppe
Die halboffene psychoedukative Gruppe Rückfallprophylaxe basiert auf dem Manual von Joachim Körkel und Christine Schindler und der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit von Walter Altmannsberger und wird von jedem Rehabilitanden durchlaufen. In der Gruppe werden Kompetenzen zur Vorbeugung eines erneuten Konsums (primäre Rückfallprävention) und zur günstigeren Beeinflussung und besseren Bewältigung eingetretener Rückfälle (sekundäre Rückfallprävention) vermittelt.

Soziales Kompetenztraining
Das soziales Kompetenztraining nach Rüdiger Hinsch und Ulrich Pfingsten richtet sich an Rehabilitanden, die ihre Bedürfnisse nicht benennen bzw. durchsetzen können, häufig sehr zurückhaltend in der sozialen Interaktion sind, die ihre Grenzen nicht halten können und teilweise ausgenutzt werden und an Rehabilitanden, die ihre Wünsche und Bedürfnisse nur mit Aggression benennen und durchsetzen können und die dadurch Schwierigkeiten erfahren, da sie Grenzen Anderer meist deutlich überschreiten. Das Training ist ein Zusammenschluss aus Wissensvermittlung, Erfahrungsaustausch und praktischen Übungen, um die Möglichkeit zu geben, neue „soziale Verhaltensweisen" kennen zu lernen und in ersten Ansätzen zu erproben. Es findet in einer geschlossenen Gruppe statt.

Suchtinformation
Inhalt der halboffenen psychoedukativen Gruppe ist die Vermittlung von Informationen zur Krankheitsentstehung, zur Aufrechterhaltung, zum Verlauf, zu Behandlungsansätzen und zu Rückfallrisiken. Ziel dieser umfassenden Information und Aufklärung ist es, Betroffene in die Lage zu versetzen, selbstverantwortlicher mit ihrer Erkrankung umzugehen. Grundsätzlich nehmen unsere Rehabilitanden zu Beginn der Behandlung teil, um ein Basiswissen aufzubauen.

5.7.4 Rückfallmanagement

Suchterkrankungen verlaufen sehr häufig rezidivierend. Mit Rückfällen, d.h. einem erneuten Suchtmittelkonsum, ist beim Herauswachsen aus der Sucht häufig zu rechnen. Unser Rehabilitationskonzept beinhaltet, wie bereits beschrieben, das Erlernen spezifischer Denk- und Verhaltensmuster zur abstinenten Bewältigungskompetenz. Bei Versagen dieser individuell erarbeiteten Rückfallprophylaxestrategien kann es zum Suchtmittelrückfall bzw. zu einem „Vorfall" kommen. Wir gehen davon aus, dass Vor- bzw. Rückfälle in der Regel kein prinzipielles Scheitern der Betroffenen bedeuten. Sie stellen vielmehr Krisen auf dem Weg zu langfristiger Abstinenz dar und sind in erster Linie Ausdruck kurzfristiger Überforderung in konkreten Risiko- und Belastungssituationen.

Voraussetzung für einen konstruktiven Umgang mit einem erneuten Suchtmittelkonsum im Rahmen der Rehabilitation ist dessen Ursachenanalyse. Dabei spielen Krankheitsverständnis und Krankheitseinsicht, die Veränderungsmotivation, der bisherige Rehabilitationsprozess sowie der Grad der Zielerreichung bis dahin eine gewichtige Rolle hinsichtlich der Entscheidung für eine Fortführung der Behandlung.

Basiskriterien für eine Rückfallbearbeitung in unserer Fachklinik sind:

- Offenheit bezüglich der Suchtmittelrückfälligkeit vor einer Fremdkontrolle
- Kein Konsum bzw. Mitbringen von Substanzen in die Einrichtung
- Ein vorhandenes bzw. zu erarbeitendes Problemverständnis
- Bereitschaft des Rehabilitanden zur Rückfallbearbeitung

Stufen der Rückfallbearbeitung sind medizinische und therapeutische Klärung, Einschätzung und Absicherung der Situation nach dem Vorfall, ggf. Verlegung/Einweisung in eine externe Entzugsbehandlung oder Entlassungsvorbereitung. Bei Erfüllung der Basisvoraussetzungen und erfolgter Stabilisierung des Betroffenen erfolgt die inhaltliche Auseinandersetzung mit der Suchtmittelrückfälligkeit anhand Reflexionen innerhalb der Einzeltherapie und der Bezugsgruppe. Nach 14 Tagen erfolgt eine gemeinsame Reflexion und Bewertung des Prozesses vom Rehabilitanden und dem Behandlungsteam und die Vereinbarung weiterer Schritte.

5.7.5 Angehörigenarbeit

Die Rehabilitanden sollen, wenn sinnvoll und möglich, von Angehörigen oder Bezugspersonen, die selbst keine Suchtstoffe konsumieren, im therapeutischen Prozess unterstützt und begleitet werden. Diese Personen können den Entwicklungsprozess unterstützen und für die Zeit außerhalb der Einrichtung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen können. Da Störungen oder Krisen im Therapieprozess nicht auszuschließen sind, spielen Bezugspersonen vor allem in der individuellen Notfallplanung eine wichtige Rolle.

Da nahe Angehörige teilweise zu dysfunktionalem Verhalten neigen, teilweise aber auch hoch unterstützend und stabilisierend wirken können, sollen diese nach Möglichkeit in den Therapieprozess einbezogen werden. Im Rahmen der Behandlung in der Fachklinik werden bis zu zwei Angehörigengespräche oder Gespräche mit Bezugspersonen sowie die Durchführung von telefonischen Beratungsprozessen mit und ohne, aber immer in enger Abstimmung mit dem Rehabilitanden, angeboten. Bezugspersonen sollen als kooperative Partner für den Rehabilitationsprozess gewonnen, Verständnis- und Kommunikationsprobleme können geklärt werden und sie können eine besonders wertvolle Hilfe zur Aufrechterhaltung von Abstinenz und zum Aufbau zufrieden abstinenter Netzwerke sein.

5.7.6 Realitätstraining

Das Realitätstraining ist ein wichtiger Bestandteil im Rahmen der stationären Entwöhnungsbehandlung. Das vorrangige Ziel ist die Erprobung und Überprüfung neu erlernter Verhaltensweisen im alltäglichen sozialen Umfeld der Rehabilitanden.

Für eine langfristige Suchtmittelabstinenz ist die Zeit unmittelbar nach Abschluss der stationären Entwöhnungsbehandlung besonders wichtig, deshalb wird der Rehabilitand dabei unterstützt, bereits während der Therapie Kontakt mit für ihn wichtigen Ämtern und Institutionen, insbesondere im Bereich Arbeit und Wohnung und ambulanter Nachsorge aufzunehmen und dadurch die Zeit nach der Therapie gut zu planen und vorzubereiten.

Das Realitätstraining kann an bis zu 5 Werktagen erfolgen und wird in der Regel in der zweiten Hälfte der Entwöhnungsbehandlung durchgeführt, vor allem wenn der Wohnort nicht in der unmittelbaren Nähe der Einrichtung liegt. In der Regel wird versucht, die anstehenden Aufgaben (im Sinne des Realitätstrainings) mit einer Heimfahrt zu verbinden.

Vor Antritt der Fahrt erarbeiten Rehabilitand und Therapeut detailliert einen genau festgelegten Plan für die zu erledigenden Aufgaben, potentielle Rückfallrisikosituationen werden erhoben und besprochen. In Krisensituationen oder bei Rückfallgefahr kann der Rehabilitand jederzeit in die Einrichtung zurückkehren. Die Fahrten zum Realitätstraining werden jeweils individuell beim Kosten-/ Leistungsträger angekündigt und beantragt.

5.8 Arbeits- und Ergotherapie

Einen besonderen Stellenwert im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik hat die Arbeits- und Ergotherapie. Grundlegende Ziele sind die berufliche (Wieder-) Eingliederung sowie die Heranführung an eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung.

Zu Behandlungsbeginn wird eine ausführliche Bildungs-, Berufs- und Arbeitsanamnese sowie im Falle eines bestehenden Arbeitsplatzes eine Anamnese der sozialen Integration am Arbeitsplatz erhoben. Eine Selbsteinschätzung des beruflichen Leistungsvermögens und bedarfsweise mit Einverständnis des Rehabilitanden eine Arbeitsplatzbeschreibung des Arbeitsgebers sowie, bei Indikation, psychodiagnostische Zusatzuntersuchungen (Gedächtnisleistungen, Intelligenz u.a.) zählen zur weiterführenden Diagnostik. Mit einer erwerbsbezogenen Analyse (MELBA/IDA, Osnabrücker Fähigkeitenprofil, Würzburger Screening) werden erwerbsbezogene Probleme, Ressourcen und daraus abgeleitete Behandlungsbedarfe erhoben.

In Zielklärungs- und Bilanzierungsgesprächen mit den Rehabilitanden wird ein Fähigkeits- und Neigungsprofil erstellt. Auf diesen Grundlagen wird die individuelle berufliche Bedarfslage des Rehabilitanden besprochen und Perspektiven erarbeitet, die Zuordnung zu einer BORA- (Berufliche Orientierung in der Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter) Zielgruppe wird vorgenommen. Die Zielsetzung des Einzelnen richtet sich nach dem Grad der individuellen Schädigungen, Funktionsstörungen und sozialen Beeinträchtigungen. Grundlage der Einschätzung ist das bio-psycho-soziale Bedingungsgefüge und die Ermittlung der vorhandenen Ressourcen, Barrieren und Kontextfaktoren, die der vermittlungsrelevanten Arbeitsfähigkeit entgegenstehen oder diese fördern.

Bei vorliegenden Einschränkungen erhalten Rehabilitanden ein PC-gesteuertes kognitives Training/ Hirnleistungstraining mit den Schwerpunkten Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen.

Folgende arbeits- und ergotherapeutische Bereiche werden als prozessorientierte Trainingsbereiche vorgehalten:

Schreinerei
Die Fachklinik verfügt über eine professionell ausgestattete Schreinerei mit angeschlossener Fahrradwerkstatt auf dem Klinikgelände. Hier sind alle Voraussetzungen für Arbeiten mit Holz und Metall vorhanden. In diesem Bereich werden grundlegende handwerkliche Fertigkeiten vermittelt und geschult.

Garten- und Landschaftsbau
Der Gartenbereich der Fachklinik besteht aus einem Zier- und einem Nutzgarten. Im Ziergarten werden einheimische und Pflanzen aus anderen Vegetationszonen kultiviert. Im Nutzgarten werden sowohl im Außenbereich als auch in einem großen Gewächshaus Obst und Gemüse angebaut. Am Gewächshaus befindet sich auch der Hühnerstall. In diesem Bereich werden Grundkenntnisse der Pflanzen- und Bodenkunde vermittelt, Wissen über den Nahrungskreislauf geschult und praktische Fähigkeiten trainiert.

Hausservice
Zum Bereich Hausservice gehört eine professionell ausgestattete Lehrküche, in der die Rehabilitanden unter Anleitung Mahlzeiten zubereiten. Weiterhin gehören zu diesem Bereich die Hausreinigung und die Wäscherei. In diesem Bereich werden grundlegende Kenntnisse über Zusammensetzung und Zubereitung einer vollwertigen Ernährung sowie lebenspraktische Fähigkeiten der Haushaltsführung vermittelt.

Bürokommunikation
Zum Bereich Bürokommunikation gehört ein mit u.a. zwei leidensgerechten PC-Arbeitsplätzen ausgestattetes Patientenbüro. Hier werden spezifische arbeitsplatzbezogene Trainings sowie PC-Kurse und Bewerbungstrainings durchgeführt. Besonders Rehabilitanden, deren Beeinträchtigungen eine körperliche Arbeit nicht mehr oder erschwert ermöglichen, sollen Einblick in einen alternativen Berufszweig bekommen können.

Die Arbeits- und Ergotherapie unserer Fachklinik hat folgende Ziele:

- Erwerb oder Auffrischung von Grundarbeitsfähigkeiten (Ausdauer, Pünktlichkeit, Sorgfalt, Verlässlichkeit, Flexibilität, Misserfolgstoleranz, Verantwortung und Arbeitstempo)
- Erwerb bzw. Stabilisierung von sozialen Fähigkeiten (Teamfähigkeit, Kontaktfähigkeit, Zusammenarbeit, adäquate Durchsetzung, Umgang mit Autorität und Kritikfähigkeit)
- Veränderung des Selbstbildes über Training von Selbständigkeit, Eigenverantwortung, Selbsteinschätzung, Selbstwirksamkeit
- Ebenso werden Arbeitsplanung, Problemlösung, Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit sowie Vorstellungs- und Umstellungsvermögen als kognitive Merkmale geschult.
- Berufliche Orientierung und Planung der beruflichen (Wieder-) Eingliederung
- Belastungserprobung für den Arbeitsmarkt
- Erwerb von Grundkenntnissen im handwerklichen und kaufmännischen Bereich
- Erwerb von lebenspraktischen Fähigkeiten

Im Verlauf der Rehabilitationsbehandlung werden in Abhängigkeit der spezifischen, beruflichen Problemstellung weitere unterschiedliche Angebote bereitgehalten:

- Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Arbeitsplatzbezogene Interventionen
- Vermittlung von Teilqualifikationen

5.8.1 BORA

Arbeits- und Ergotherapie orientiert sich an den Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezuges in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker der Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA) der Deutschen Rentenversicherung Bund (2014). Demnach ist es sinnvoll, nach einer ausführlichen Eingangsdiagnostik und erwerbsbezogenen Analyse in Hinblick auf bestimmte Schwerpunktsetzungen im Rahmen der am individuellen Integrationspotential und Rehabilitationsbedarf ausgerichteten Therapieplanung oder auch in Hinblick auf Einschränkungen Zielgruppen zu bilden.

BORA-Zielgruppe	Beschreibung
1	Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
2	Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen
3	Arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von ALG I
4	Arbeitslose Rehabilitanden mit Bezug von ALG II
5	Schüler, Studenten u.a. Nicht-Erwerbsrehabilitanden

Tabelle 3: Beschreibung der BORA-Zielgruppen (nach DRV Bund)

Ein hoher Anteil der vor allem jungen Abhängigkeitserkrankten verfügt über keinen abgeschlossenen Schulabschluss bzw. keine abgeschlossene Berufsausbildung, eine arbeitsbezogene Sozialisation hat kaum oder gar nicht stattgefunden. Ein überproportional hoher Prozentsatz der zu Behandelnden ist arbeitslos bzw. bereits langzeitarbeitslos zu Behandlungsbeginn. Diese Rehabilitanden sind in der Regel in die BORA-Zielgruppen 3 und 4 einzuordnen. Es handelt sich also per Definition (Hillert et al. 2007) überwiegend um Personen in besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL). Das Basisziel der Suchtrehabilitation, die Wiederherstellung und Sicherung der Erwerbsfähigkeit, ist für diese Rehabilitandengruppe dauerhaft schwer erreichbar bzw. aufrecht zu erhalten. Das Risiko kritischer sozialmedizinischer Ereignisse nach Suchtrehabilitation wird bei Personen mit BBPL zwei- bis viermal höher eingeschätzt. Da die Aufrechterhaltung der Abstinenz und eine zufrieden aktive berufliche Teilhabe in einem deutlichen Zusammenhang zueinander stehen, sind an den Empfehlungen der Arbeitsgruppe BORA angelehnte Maßnahmen hoch sinnvoll und erforderlich für die Entwöhnungsbehandlung.

Folgende Maßnahmen werden im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie vorgehalten:

BORA Zielgruppe 1
Für Rehabilitanden mit Arbeit ohne besondere berufliche Problemlagen kommen an spezifischen berufsbezogenen Therapieangeboten insbesondere vorbeugende Leistungen in Frage, zum Beispiel Rückkehrgespräche mit dem Arbeitgeber, betriebliches Eingliederungsmanagement (nach § 84 SGB IX), stufenweise Wiedereingliederung (§ 28 SGB IX), Training der interaktionellen Kommunikations- und Konfliktkompetenz oder eine Klärung, wie der Rehabilitand mit seiner Abhängigkeitsdiagnose am Arbeitsplatz umgehen kann.

BORA Zielgruppe 2
Für Rehabilitanden mit Arbeit, bei denen besondere berufliche Problemlagen vorliegen, kommen darüber hinaus Leistungen unter anderem aus den Bereichen Problembewältigung am Arbeitsplatz, erwerbsbezogene Einzelberatung/-therapie, Training der interaktionellen Kommunikations- und Konfliktkompetenz, Gespräche mit Vertretern des Arbeitgebers, klinische Sozialberatung und Begleitung, Klärung sozialrechtlicher Belange im beruflichen Kontext, PC-Schulungskurse bzw. Bewerbungstraining bei drohendem Arbeitsplatzverlust und ggf. eine externe, maximal einwöchige Arbeitsbelastungserprobung beim aktuellen Arbeitgeber in Frage.

BORA Zielgruppe 3
Für arbeitslose Rehabilitanden mit kürzerer Dauer der Arbeitslosigkeit bieten sich insbesondere Leistungen aus den Bereichen Umgang mit Ängsten und Konflikten, PC-Schulungskurse, klinische Sozialberatung und Begleitung, Klärung sozialrechtlicher Belange im beruflichen Kontext, Bewerbungstraining, interne und externe Arbeitsbelastungserprobung, Teilnahme an Modulen der Teilqualifikation, Vorbereitung konkreter Schritte zur Wiedererlangung eines Arbeitsplatzes, Assessment und Fallmanagementverfahren, Teilnahme an Infoterminen bei einem Berufsförderungswerk, gegebenenfalls Gespräche mit dem Reha-Fachberater und die Einleitung weitergehender Maßnahmen (zum Beispiel Adaption) an.

BORA Zielgruppe 4
Für langzeitarbeitslose Rehabilitanden kommen über die Leistungen der Zielgruppe BORA 3 hinaus noch Therapieangebote wie berufsbezogene Motivation und Orientierung, Umgang mit Resignation und arbeits-/ ergotherapeutische Einzelförderung in Frage.

BORA Zielgruppe 5
Nicht-Erwerbspersonen, die eine (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt anstreben, sollten je nach Unterstützungsbedarf die therapeutischen Leistungen bekommen, die auch für Rehabilitanden der Zielgruppen BORA 3 und BORA 4 vorgehalten werden, darüber hinaus wird mit ihnen eine Berufsfindung-/Interessencheckliste erarbeitet sowie grundlegende Informationen über Bedarfe der Arbeitswelt vermittelt.

5.8.2 Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben

Im Rahmen der Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben steht die Berufsklärung, die Klärung der wirtschaftlichen Sicherung, ggf. die Durchführung von Arbeitsplatzbesuchen sowie die (Wieder-) Eingliederung in ein berufliches Umfeld im Vordergrund.

Zudem werden die Rehabilitanden über berufsfördernde Maßnahmen beraten und informiert und erhalten persönliche Hilfen zur beruflichen Reintegration. Dies geschieht unter Einbezug der Mitarbeiter der Arbeitsagenturen, der Reha-Berater der Deutschen Rentenversicherung sowie den regionalen Service- und Beschäftigungsagenturen. Bei Interesse und indikationsgeleitet werden die Rehabilitanden weiteren Beratungs- und Behandlungsangeboten des Verein für Gefährdetenhilfe zugeführt. Eine weitergehende Suche nach geeignetem Schul-, Arbeits- oder Ausbildungsplatz wird mit dem Rehabilitanden gemeinsam angestrebt.

Bewerbungstrainings werden hauptsächlich bei Rehabilitanden ohne Arbeitsplatz (BORA-Zielgruppen 3-5) bedarfsgerecht zum Feststellen der bisherigen erworbenen schulischen und beruflichen Qualifikationen und darüber hinaus zum Eruieren weiterer Neigungen, Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt. Eine zielgerichtete Recherche von Stellenangeboten sowie das Erstellen einer kompletten schriftlichen Bewerbung bzw. einer Online-Bewerbung werden angeregt.

5.8.3 Arbeitsplatzbezogene Interventionen

Bei Rehabilitanden, die noch in Arbeitsverhältnissen stehen (BORA-Zielgruppen 1 und 2), werden die Arbeitgeber sofern sinnvoll bzw. notwendig mit in die Behandlung einbezogen. Bilanzierungsgespräche im Sinne der Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung des Arbeitsverhaltens, der Teamfähigkeit und des Arbeitstempos sind möglich. Bei Gefährdung des Arbeitsplatzes, bei Konflikten mit Kollegen oder Vorgesetzen, Über- oder Unterforderung am Arbeitsplatz, bei beruflichem Wiedereinstieg in den Arbeitsplatz nach längerer Erkrankung werden Beratungsgespräche zur Klärung angeboten.

Falls keine anschließende Adaptionsmaßnahme geplant ist, besteht im letzten Drittel der Rehabilitationsbehandlung die Möglichkeit der Vermittlung von „Schnuppertagen“ oder maximal zwei einwöchigen Praktika in Kooperation mit den Arbeitsbetrieben des Verein für Gefährdetenhilfe. Hier können Rehabilitanden einen Einblick in verschiedene Arbeitsfelder erhalten. Für die Zeit des Praktikums wird das Therapieprogramm bedarfsgerecht angepasst, der Transport zu den Arbeitsbetrieben erfolgt mit dem Klinikbus.

5.8.4 Vermittlung von Teilqualifikationen

Rehabilitanden ohne abgeschlossene Ausbildung und mit geringer oder nicht vorhandener beruflicher Erfahrung haben in der Regel eingeschränkte Vermittlungsperspektiven auf dem ersten Arbeitsmarkt. Mit der Vermittlung von Teilqualifikationen sollen zum einen Möglichkeiten der beruflichen Orientierung und der Erfahrung persönlicher Fähigkeiten und Neigungen gegeben und zum anderen Chancen bei der (Wieder-) Eingliederung in den Arbeitsmarkt oder beim Beginn einer Berufsausbildung erhöht werden. Das Angebot richtet sich in erster Linie an die BORA-Zielgruppen 3 bis 5.

Die Teilqualifikationen sind mehrtätige Qualifizierungsmaßnahmen, die von den Arbeits- und Ergotherapeuten in der Fachklinik durchgeführt werden. Die Teilqualifikation „Staplerschein" wird in Kooperation mit den Arbeitsbetrieben des Vereins für Gefährdetenhilfe durchgeführt. Für die Zeit der Durchführung der Teilqualifikationen ist die medizinische, psychotherapeutische und sozialberaterische Versorgung der Rehabilitanden gewährleistet, die anderen Behandlungsmodule des Therapieprogramms werden bedarfsgerecht angepasst. Der ggf. notwendige Transport zu den Arbeitsbetrieben erfolgt mit dem Klinikbus.

Die Teilqualifikationen stellen einen schulähnlichen bzw. ausbildungsähnlichen Rahmen dar, in dem in den Vormittagseinheiten theoretische Kenntnisse und in den Nachmittagseinheiten praktische Fertigkeiten vermittelt werden. Nach erfolgreichem Absolvieren einer Teilqualifikation erhalten die Rehabilitanden ein entsprechendes Zertifikat.

Die Teilqualifikationen werden individuell nach ausführlicher Ausbildungs- und Berufsanamnese sowie arbeitsbezogener Diagnostik und einer ersten Beobachtungsphase im Rahmen der Arbeits- und Ergotherapie entsprechend dem Fähigkeits- und Neigungsprofil der Rehabilitanden nach dem ersten Drittel der Rehabilitationsbehandlung angeboten.

Folgende Teilqualifikationen werden in der Fachklinik Meckenheim angeboten:

Teilqualifikation „Staplerschein"
Diese dreitägige Qualifikationsmaßnahme umfasst einen theoretischen Teil in der Fachklinik Meckenheim und einen praktischen Teil in den Arbeitsbetrieben zur Vermittlung der Bedienung von Gabelstaplern, der Staplerschein kann dabei erworben werden.

Teilqualifikation „Rund ums Haus"
Diese sechstägige Qualifikationsmaßnahme umfasst den Erwerb von Grundkenntnissen aus den Bereichen Elektro/Sanitär, Malerarbeiten/Dübelmontage, Tür/Fenster, Gebäudereinigung, Außengeländepflege, die notwendig sind, um grundlegende Tätigkeiten „Rund ums Haus" durchzuführen.

Teilqualifikation „Hauswirtschaft und Haushalt"
Diese zehntägige Qualifikationsmaßnahme umfasst den Erwerb von Grundkenntnissen über Hygiene und Desinfektion, über Mahlzeitenplanung und -zubereitung von schmackhaften und vollwertigen Gerichten und Gebäck, Anrichten und Servieren von Speisen. Weiterhin wird Grundwissen zur Wäschepflege und Gebäudereinigung vermittelt.

Teilqualifikation „Einführung Holzbearbeitung“
Diese zehntägige Qualifikationsmaßnahme vermittelt Grundkenntnisse der Holzbearbeitung: die Materialkunde zum Werkstoff Holz, den Umgang mit Handwerkzeugen und Handmaschinen zur Holzbearbeitung, die Herstellung von Holzverbindungen und Oberflächenbehandlungen. Zu jedem Abschnitt werden die theoretischen Kenntnisse mit praktischen Erfahrungen verknüpft. Die Maßnahme wird mit einer Abschlussaufgabe (Theorie und Praxis) beendet.

Teilqualifikation „Basiswissen Garten- und Landschaftsbau“
Diese achttägige Qualifikationsmaßnahme vermittelt Grundkenntnisse der Pflanzen-, Baum- und Bodenkunde, der Rasenpflege, des Obst- und Gemüseanbaus und in der Handhabung der notwenigen Arbeitsgeräte. Weiterhin werden Informationen zu Schädlingsbefall und –bekämpfung vermittelt.

Teilqualifikation „Grundlagen der Bürokommunikation“
In dieser sechstägigen Qualifikationsmaßnahme werden neben Informationen über Berufsbilder und Arbeitsplatzergonomie der Themenbereich Kommunikation/ Gesprächskompetenz/ Umgangsformen, Grundkenntnisse in PC-Anwendungsprogrammen, Bürotechnik, Terminplanung und –verwaltung, Posteingang und -ausgang, zielgerichtetes Telefonieren, Grundlagen einer Kassenführung, Anlegen von Ordnungssystemen sowie das Erstellen von Dokumenten vermittelt.

Bei allen Teilqualifikationen werden die Aspekte Sicherheit, Ergonomie und Gesundheitsschutz sowie die Anwendung von Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften am Arbeitsplatz intensiv geschult.

5.9 Gesunde Ernährung / Lehrküche

Eine vollwertige Ernährung ist die Basis für bedarfsgerechtes, gesundheitsförderndes Essen und Trinken. Sie kann dazu beitragen, Wachstum, Entwicklung und Leistungsfähigkeit sowie die Gesundheit des Menschen ein Leben lang zu fördern bzw. zu erhalten. Vor dem Hintergrund der Häufigkeit von Übergewicht und ernährungsmitbedingten Krankheiten in Deutschland ist die Aufklärung über eine bedarfsgerechte, ausgewogene und gesunderhaltende Ernährung daher von besonderer Bedeutung (Deutsche Gesellschaft für Ernährung).

Das therapeutische Angebot Lehrküche in der Fachklinik besteht aus folgenden Komponenten:

Das Gruppenangebot **„Gesunde Ernährung“** besteht aus sieben Einheiten á 90 Minuten und vermittelt nach dem Konzept und den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung den Rehabilitanden zunächst ernährungsphysiologische Grundlagen. In weiteren Kursen wird über die Zusammensetzung einer vollwertigen Ernährung und über den individuellen Energiebedarf gesprochen. Weiterhin werden Folgen einer einseitigen, ungesunden Ernährung aufgezeigt. Zum Abschluss jeder Einheit wird die Zubereitung einer ausgewogenen Mahlzeit angeleitet.

Ebenfalls wird eine **individuelle Ernährungsberatung** bei medizinischer Indikation und/oder Interesse mit den Rehabilitanden durchgeführt, in der diätetische Aspekte bei gegebener medizinischer Indikation ausführlich besprochen werden.

Die praktische Umsetzung der vermittelten Inhalte der Gruppe „Gesunde Ernährung“ und der individuellen Ernährungsberatung erfolgt in der **Lehrküche**. Hier geht es auch darum, Unsicherheiten im Umgang mit Lebensmitteln abzubauen, einen vernünftigen Umgang mit Nahrungsmittelmengen zu vermitteln, sinnvolle Kombinationen von Lebensmitteln kennen zu lernen und Anreize für eine indikationsgerechte, abwechslungsreiche und gesunde Ernährung zu schaffen. Weiterhin sollen Freude an der Zubereitung von Mahlzeiten und eine von Genuß und Achtsamkeit geprägte Esskultur vermittelt werden.

Für Rehabilitanden mit entsprechender Problematik (gravierendes Über- oder Untergewicht, Essstörungen, Nahrungsmittelallergien, Diabetes, Fehlernährung etc.) ist die Teilnahme am Therapieangebot Lehrküche verpflichtend.

5.10 Sozialdienst

Die finanzielle und strukturelle Absicherung der Rehabilitanden ist eine unabdingbare Voraussetzung für die erfolgreiche Umsetzung der Behandlungsschritte. Eine ungeklärte wirtschaftliche oder strukturelle Situation in der Rehabilitation oder im unmittelbaren Anschluss an die Rehabilitation führen zu nachhaltigen Störungen im Behandlungsverlauf oder in der Aufrechterhaltung und dem Ausbau des Rehabilitationserfolges im Sinne der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft/Gesellschaft.

Die sozialarbeiterischen Angebote im Rahmen der Rehabilitation gliedern sich in die Bereiche Information, Schulung, Beratung, Einleitung von Nachfolgemaßnahmen zur sozialen Integration, Einleitung von Maßnahmen zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit.

Im Rahmen der Beratung und Einleitung von Maßnahmen wird unter individuellen Gesichtspunkten Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe angeboten um einen nachhaltigen Erfolg sicherzustellen, da sich die Lebenssituationen in der Regel im Anschluss an die Rehabilitation kontinuierlich verändern. Typische Themen in diesem Bereich sind grundsätzlich Anleitung und Unterstützung bei Behördenangelegenheiten, beispielsweise Antragshilfen (SGB- Leistungen), Klärung und Erledigung juristischer Fragen, erste Schritte in der Einleitung von Schuldenberatung und Weiterführung an externe Beratungsstellen und sozialrechtliche Beratung (berufliche Perspektiven, Wohnen, wirtschaftliche Sicherung, rechtliche Fragen, Teilhabe behinderter Menschen, ggf. Rentenfragen).

5.11 Kreativtherapie

Unter dem Begriff Kreativtherapie werden verschiedene Therapieformen zusammengefasst, deren Therapieprozesse und die Gestaltung der therapeutischen Beziehung sich hauptsächlich im künstlerischen Medium vollziehen. Im Gegensatz zur sprachbasierten Psychotherapie ist Kreativtherapie handlungs- und erfahrungsorientiert.

Durch seine Arbeit im Rahmen der Kreativtherapie kommt der Rehabilitand in Kontakt mit sich und seinem Inneren – er tritt in Dialog mit sich selbst und drückt sich aus. Mit fachlicher Unterstützung können künstlerisches Talent, schöpferische Entfaltung und Ausdrucksfähigkeit gefördert werden. Durch das Erlebnis des eigenen Könnens kann Freude empfunden und das Selbstvertrauen gestärkt werden. Entspannung und Abstandgewinnung von dysfunktionalen Gedanken und Gewohnheiten gehen mit der Arbeit in der Kreativtherapie einher.

Das Kennenlernen neuer Materialien und Gestaltungstechniken im Rahmen der Kreativtherapie soll weiterhin Grundsteine für eine suchtmittelfreie Freizeitgestaltung legen.

In der Fachklinik Meckenheim finden regelmäßig kreativtherapeutische Projekte im Bereich Kunst und Musik statt, zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der Schule für Ergotherapie in Bonn unter Supervision der Ergo- und Arbeitstherapeuten.

5.12 Sport- und Bewegungstherapie

Die körperliche Funktions- und Leistungsfähigkeit ist ein zentraler Faktor der beruflichen und sozialen Teilhabe. Durch den anhaltenden Konsum von Suchtmitteln sind die physischen Ressourcen und Fähigkeiten der Rehabilitanden häufig reduziert und die Fähigkeiten zu einem gesunden und körperlich aktiven Lebensstil nicht oder nicht mehr verfügbar.

In unserer Fachklinik werden sowohl bewegungstherapeutische Angebote (in Einzelförderung, im Gruppensport und Indikativangeboten) als auch entspannungsfördernde Verfahren zum Einsatz gebracht, um eine ausgewogene und nachhaltige physische und psychische Leistungssteigerung zu erzielen. Weiterhin werden nach individuellen Gewichtungen Interventionen zur Anbahnung, Übung und zum Training physischer Funktionen zur (Wieder)Herstellung der teilhabeorientierten Leistungsfähigkeit durchgeführt.

Das gesamte, regelmäßige Sportangebot umfasst:

- Mannschaftssport: Fußball, (Beach-)Volleyball, Basketball, Badminton
- Training im Fitness-Studio sowie Trainieren ohne Geräte
- Frühsport, Nordic Walking, Joggen und Fahrradfahren
- Rückenschule
- Power Dumbell
- Entspannungstraining (PMR nach Jacobson)
- Individuelle Einzel- und Kleingruppenförderung

Die Teilnahme an drei Einheiten der Sport- und Bewegungstherapie pro Woche á 90 Minuten ist verpflichtend, weitere Einheiten können nach Neigung oder Empfehlung hinzugenommen werden.

Ergänzend dazu werden Entspannungstechniken vermittelt, eingeübt und individuelle Strategien zur alltäglichen Nutzung und den Transfer in den Alltag erarbeitet. Diese Kombination von Interventionen führt zu einer nachhaltigen Steigerung von Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Stärkung von positiven Bewegungs- und Selbstwirksamkeitserfahrungen, die nach der Behandlung in einen zufriedenen, abstinenten Alltag integriert werden können.

5.13 Freizeitangebote

Abhängigkeitserkrankungen führen zu einer Vernachlässigung oder auch Aufgabe einer aktiven Freizeitgestaltung, die ein wichtiger Bestandteil eines zufriedenen, erfüllten und ausgeglichenen Lebens ist. Die Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen, der Besuch von Museen oder Ausstellungen, die sportliche Betätigung einzeln oder im Verein, kreative Gestaltung und Hobbies sind Beispiele für aktive Freizeitgestaltung, die neben einem Ausgleich zur beruflichen Tätigkeit zur sozialen Integration im Rahmen eines suchtmittelfreien Lebens beitragen.

Im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung in der Fachklinik haben die Rehabilitanden die Möglichkeit an therapeutisch begleiteten Freizeitangeboten teilzunehmen. Weiterhin werden die Rehabilitanden angeregt, selbständig für sich bzw. eine Gruppe von Rehabilitanden Freizeitgestaltung zu planen und ihr Freizeitverhalten außerhalb der Einrichtung zu erproben.

Hierzu zählen zum Beispiel: Fahrradtouren, Wanderungen, Schwimmen, Museumsbesuche, Konzert- und Kinobesuche und andere Aktivitäten im Rahmen des regionalen Freizeit- und Kulturangebotes.

Zielsetzung ist über Anregungen, Ideen und neue Erfahrungen ein Freizeitverhalten aufzubauen, das über die Behandlung hinaus Bestand haben kann und langfristig zu einer befriedigenden Freizeitgestaltung beiträgt.

6 Abschluss der Behandlung und Nachfolgemaßnahmen

6.1 Abschluss der Behandlung

Im Regelfall wird mit dem Rehabilitanden nach Erstellung des individuellen Rehabilitationsplans ein Entlassungstermin geplant. Bei notwendigen Abweichungen vom Rehabilitationsplan kann es im Rahmen von geplanten Entlassungen auch zu Verlegungen in andere Einrichtungen bzw. zum Wechsel der Behandlungsform kommen. Darüber hinaus können geplante vorzeitige Entlassungen auf ärztliche Veranlassung bzw. mit ärztlichem Einverständnis erfolgen (nach den Kriterien der Deutschen Rentenversicherung).

Ungeplante Entlassungen erfolgen entweder durch Abbruch von Seiten des Rehabilitanden, also gegen ärztlichen Rat, oder aus disziplinarischen Gründen, beispielsweise bei Gewalttätigkeit, strafbaren Handlungen oder Suchtmittelkonsum, -besitz oder -weitergabe in der Fachklinik.

Die ärztliche Abschlussuntersuchung mit Mitteilung der sozialmedizinischen Leistungseinschätzung und die Abschlussgespräche mit allen relevanten am Prozess beteiligten Mitarbeitern erfolgen in der letzten Behandlungswoche. Am Tag der Entlassung finden die Zimmerabnahme, die Verwaltungsentlassung und die Organisation der Abreise statt. Ebenso findet eine Verabschiedung mit dem Gesamtteam statt, bei dem auf die Möglichkeiten einer gewünschten Kontakthaltung und die regelmäßig stattfindenden Ehemaligentreffen hingewiesen wird.

Der Entlassungsbericht wird nach den zeitlichen und inhaltlichen Vorgaben der Kosten-/ Leistungsträger – insbesondere der Deutschen Rentenversicherung – erstellt.

6.2 Nachfolgemaßnahmen

Die Ergebnisse der stationären Rehabilitation bedürfen im Allgemeinen der Stabilisierung und Vertiefung durch Nachfolgemaßnahmen. Sukzessive während des gesamten Behandlungsprozesses, spätestens aber im letzten Behandlungsdrittel werden individuell mit den Rehabilitanden die notwendigen Nachfolgemaßnahmen eruiert, geplant und eingeleitet. Entsprechende Anträge werden fristgerecht gestellt, persönliche Vorstellungstermine vereinbart und durchgeführt.

6.2.1 Adaption als 2. Phase der stationären medizinischen Rehabilitation

Katamnestische Untersuchungen (Fischer et al. 2012) haben übereinstimmend ergeben, dass für den überwiegenden Teil der Rehabilitanden nach stationärer Entwöhnung eine erhebliche Rückfallgefahrgefahr gegeben ist (bis zu 71 % in den ersten 3 Monaten nach Behandlungsende). Der Übergang vom mehr geschützten und unterstützenden Umfeld der stationären Entwöhnungsbehandlung in den selbst verantworteten und häufig mit multiplen Problemen behafteten nachstationären Alltag gelingt vielen Rehabilitanden nicht. Für einen erheblichen Anteil der Rehabilitanden ist die Adaptionsphase eine geeignete und notwendige Maßnahme, um den Erfolg der medizinischen Rehabilitation auszubauen und zu stabilisieren.

Schon in der Entwöhnungsbehandlung wird die berufliche Teilhabe als Leitziel der medizinischen Rehabilitation berücksichtigt und ist dort u. a. in der Arbeitstherapie umgesetzt worden. Die Erhebung einer ausführlichen Berufsanamnese und eines Arbeitsfähigkeitenprofils bilden dabei die erste Grundlage für den Einsatz in den Arbeitsbereichen der Einrichtung. In der Adaptionsphase kann auf diese bereits vorliegenden Befunde zurückgegriffen werden. Die Adaption stellt die zweite stationäre Phase der medizinischen Rehabilitation dar und schließt nahtlos an die vorhergehende Entwöhnung an. Wesentliche Zielsetzungen sind die Prüfung der eigenen Stabilität und der angestrebten Perspektiven bei sukzessiv sich erweiternder Eigenverantwortung. Das angestrebte Ergebnis dieser Rehabilitationsphase ist eine möglichst umfassende berufliche und soziale Teilhabe. Die Rehabilitationsinhalte sind auf die zunehmend eigenständige Lebensgestaltung ausgerichtet.

Bild 4: Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrum „Ausweg“

Eine anschließende Adaptionsmaßnahme kann in der zum Träger gehörenden und in besonders enger Vernetzung mit unserer Fachklinik arbeitenden Einrichtung Bonner Adaptions- und Nachsorgezentrum "Ausweg" durchgeführt werden. Bei alternativer Lebensplanung des Rehabilitanden wird ein sinnvoller Adaptionsstandort ermittelt und frühzeitig ein Vermittlungsprozess initiiert.

6.2.2 Anbindung an das ambulante Suchthilfesystem

Falls bereits eine Anbindung an eine wohnortnahe Suchtberatungsstelle des Rehabilitanden besteht, werden Kontakte während der Behandlung gefördert und begleitet und mit der Beratungsstelle gemeinsam die weitere Planung und Anbahnung von Unterstützungsmaßnahmen vorgenommen. Im Falle eines anstehenden Ortswechsels für den Rehabilitanden wird mit ihm gemeinsam eine Vermittlung an das Suchthilfesystem vor Ort vorgenommen.

Eine weitere Unterstützung in einer Suchtberatungsstelle kann zum Beispiel im Rahmen der ambulanten Rehabilitation Sucht nachstationär (20+2) erfolgen. Eine ambulante Weiterbehandlung (40+4) kann bei vorzeitiger Entlassung mit ärztlichem Einverständnis einen noch offenen Behandlungsbedarf abdecken.

Eine Anbindung an eine Selbsthilfegruppe ist prinzipiell empfehlenswert und hat zum Entlasszeitpunkt häufig bereits stattgefunden.

6.2.3 Weitere Maßnahmen

Weitere Maßnahmen, die vor Entlassung je nach Indikation und Notwendigkeit mit dem Rehabilitanden geplant und ggf. bereits terminiert werden, können sein:

- psychiatrische Anschlussbehandlung, zum Beispiel im Rahmen einer suchtmedizinischen Institutsambulanz des zuständigen Fachkrankenhauses oder bei einem niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie
- ambulante psychotherapeutische Behandlung
- somatische Behandlung bei den entsprechenden Fachärzten

Des Weiteren werden je nach Indikation und Notwendigkeit mit dem Rehabilitanden vor Entlassung Termine vereinbart mit:

- der Agentur für Arbeit bzw. dem Jobcenter
- dem zuständigen Reha-Berater
- weiteren Einrichtungen zur Förderung der beruflichen Integration
- der Bewährungshilfe
- Anbietern für Betreutes Wohnen
- der Schuldnerberatung
- dem oder einem potenziellen Arbeitgeber
- dem oder einem potenziellen Wohnungsgeber

7 Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Im interdisziplinären Team finden unter ärztlicher Leitung wöchentlich drei 60-minütige Teamsitzungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten statt. Dieses Gremium dient sowohl der Klärung organisatorischer Angelegenheiten, der Besprechung von Rehabilitationsplänen und -prozessen der einzelnen Rehabilitanden sowie Fallbesprechungen. Die Dokumentation erfolgt über Teamprotokolle bzw. rehabilitandenzentriert in den Therapieverlaufsdokumentationen.

Tägliche persönliche Übergabegespräche und eine Übergabedokumentation dienen der Vernetzung der Mitarbeiter des Tag-, Nacht- und Wochenenddienstes, der Information über aktuelle Ereignisse des Vortages und der Aufgaben für den Tag, der Vorstellung neuer Rehabilitanden, der Klärung von akuten Störungen im Rehabilitationsgeschehen etc..

Die Therapieorganisation erfolgt in der o. g. Gesamtteamsitzung, in Kleinteamsitzungen bzw. Bereichsteamsitzungen. Der Qualitätssicherung in diesen Bereichen dienen neben den regelmäßigen Qualitätszirkeln monatlich stattfindende Sonderteams zu aktuellen Themen (Veränderungen der Klinikordnung, Evaluation von Veränderungsprozessen, Vorbereitung besonderer Anlässe etc.) und Mitarbeitergespräche.

8 Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung wurde von der Deutschen Rentenversicherung Rheinland, nach den Richtlinien der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001, im Rahmen der Federführung der Leistungsträgerschaft festgelegt.

In der Fachklinik Meckenheim arbeitet ein multidisziplinäres Team unter Leitung eines Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie. Zu den Mitarbeitern gehören Klinikärzte, Einzel- und Gruppentherapeuten, Arbeits- und Ergotherapeuten, Gesundheits- und Krankenpfleger, Sporttherapeuten, Mitarbeiter des Sozialdienstes und der Verwaltung. Die Fachklinik ist als FSJ- und BFD- Stelle anerkannt.

Die medizinische und therapeutische Versorgung bzw. Betreuung der Rehabilitanden ist durch Nacht- und Wochenenddienste und Rufbereitschaft (ärztlich und therapeutisch) über 24 Stunden, auch an Wochenenden und Feiertagen, gesichert.

Es ist ein Leitungsteam bestehend aus dem leitenden Arzt, der therapeutischen bzw. Verwaltungsleitung und einem Psychologen installiert.

Der Sollstellenplan der Fachklinik ist dem Anhang zu entnehmen.

8.1 Fortbildung

Die Fachklinik Meckenheim erfüllt alle Qualifizierungsanforderungen gemäß der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001. Eine halbjährliche Überprüfung der Personalstandslisten erfolgt durch den federführenden Leistungsträger. Bereits im Rahmen der Einstellungsgespräche wird auf die Erfüllung der Anforderungen geachtet und für den Fall des Schulungsbedarfes die Bereitschaft zur zeitnahen Nachqualifizierung erfragt und diese eingeleitet. Insgesamt wird Fortbildung im Verein für Gefährdetenhilfe nachhaltig gewünscht und gefördert. Es wird jährlich ein Fortbildungsplan erstellt, der sowohl den Entwicklungsbedarf der Fachklinik als auch den individuellen Wünschen der Mitarbeiter gerecht werden soll. Sowohl interne Fortbildungen für das Gesamtteam oder Mitarbeitergruppen (beispielsweise DBT-S, ADHS, MI etc.) als auch extern stattfindende Fortbildungen werden besucht. Die regelmäßige Teilnahme an Facharbeitskreisen wird ausdrücklich unterstützt, ebenso die Teilnahme an Fachtagungen anderer Suchthilfeeinrichtungen.

8.2 Supervision

Monatlich findet eine durch einen externen Supervisor (mit anerkannter Qualifikation) angeleitete zweistündige Supervision statt. An ihr nimmt das Gesamtteam teil, je nach Bedarfslage bzw. Dynamik kann diese auch wahlweise ohne die Leitungskräfte stattfinden. Es wird sowohl Fall- als auch Teamsupervision durchgeführt.

9 Kooperation und Vernetzung

Kooperationsvereinbarungen im Bereich der medizinischen Versorgung bestehen mit allen relevanten niedergelassenen Fachärzten, physio- und ergotherapeutischen Praxen sowie mit unterschiedlichen Fachkliniken bzw. –krankenhäusern der näheren Umgebung.

Die Fachklinik ist Mitglied im Fachverband Sucht und im Paritätischen Wohlfahrtsverband, der ärztliche Leiter ist Mitglied in der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT). Es findet eine Teilnahme an den relevanten Veranstaltungen und Arbeitskreisen dieser Verbände statt. Darüber hinaus werden auch regelmäßig Veranstaltungen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe, der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und des Deutschen Instituts für Sucht- und Präventionsforschung besucht.

Es besteht eine Kooperation mit der IB Ergotherapieschule Bonn, die auch regelmäßig Praktika und Prüfungsabnahmen in unserer Fachklinik durchführt.

Mitarbeiter und Rehabilitanden nehmen regelmäßig an Informationsveranstaltungen des Berufsförderungswerkes Michaelshoven teil.

Es findet eine Teilnahme an regionalen und überregionalen Arbeitskreisen statt (FAK Sucht, Netzwerk Suchtbehandlung, AG Therapie, AK Sport und Sucht, AK Sucht des Rhein-Sieg-Kreises, Qualitätszirkel Drogenrehabilitation).

Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation und Vernetzung mit den weiteren Unterstützungsangeboten des Verein für Gefährdetenhilfe in Bonn.

10 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement stellt ein wesentliches Element für eine effektive und effiziente Versorgung in der medizinischen Rehabilitation für Menschen mit substanzbezogenen Störungen dar. Aus diesem Grundsatz resultierte die am 31.05.2012 erfolgte Zertifizierung durch EQzert nach DIN ISO 9001:2008, nach dem Auditleitfaden für die Bereiche Abhängigkeitserkrankungen und Psychosomatik Fachverband Sucht e.V., DEGEMED e.V., 4. Auflage 2010, (BAR anerkanntes Verfahren). Es finden jährliche Überwachungs- bzw. Rezertifizierungsaudits statt (ab 2017 nach der neuen Norm ISO 9001:2015).

Alle Prozesse von der Aufnahme bis zur Entlassung sind im Klinikhandbuch in Form von Flussdiagrammen mit Schnittstellen, Verantwortlichkeiten und verwendeten Dokumenten detailliert beschrieben. Alle Prozesse in der Fachklinik unterliegen der kontinuierlichen Überwachung und Verbesserung. Dazu werden über Befragungen, ein aktives Beschwerdemanagement und die Auswertung aller prozessrelevanten Daten Informationen zur kontinuierlichen Verbesserung gesammelt und über die Gremien der Qualitätsentwicklung in konkrete Maßnahmen umgesetzt. Jeder Rehabilitand erhält bei Aufnahme Informationen und Formulare zum Beschwerde- und Verbesserungswesen. Die Qualitätsziele und die Schwerpunkte der Qualitätsmaßnahmen werden im jährlichen Managementbericht differenziert dargestellt, bewertet und offen gelegt.

Die Dokumentation stellt eine zeitnahe und lückenlose Darstellung der Leistungserbringung und deren Entscheidungsgrundlagen (Anamnesen, Vorbefunde, Diagnostik, Ziele, Kommunikation, Verlauf etc.) sicher. Sie erfolgt nach den Vorgaben des Entlassungsberichtes der Deutschen Rentenversicherung, in den auch die erbrachten therapeutischen Leistungen nach der Klassifizierung Therapeutischer Leistungen (KTL) Eingang finden. Darüber hinaus werden statistische Daten nach dem deutschen Kerndatensatz (KDS) und BADO, inklusive Katamnesedaten erhoben und einer bundesweiten jährlichen Auswertung (Institut für Therapieforschung, FV Sucht) zugeleitet.

Einsichtnahme, Zugriff und Aufbewahrung der EDV-gestützten und papiergebundenen Dokumentation sind entsprechend der aktuellen Datenschutzvorschriften verbindlich geregelt. Die Fachklinik verfügt über ein Datenschutzkonzept, welches regelmäßig durch den Datenschutzbeauftragten auditiert wird. Die erhobenen Daten werden entsprechend den Forderungen an ein modernes Qualitätsmanagementsystem ausgewertet und fließen in kontinuierliche Prozesse der Verbesserung und Entwicklung ein.

11 Notfallmanagement

Die Fachklinik Meckenheim verfügt über ein differenziertes Notfallmanagementsystem. Das System setzt sich aus Notfallplänen für die Bereiche Brandschutz, Erste Hilfe und Krisenmanagement zusammen. Alle Mitarbeiter der Einrichtung werden regelmäßig unterwiesen und geschult. Alle relevanten Mitarbeiter sind auf der in der Fachklinik vorhandenen Notfallausrüstung, bestehend aus Notfallkoffer mit Sauerstoffgerät, Defibrillator und zentraler Notrufanlage geschult. Die Rehabilitanden werden regelmäßig über alle Notfallabläufe informiert und es werden Übungen durchgeführt. Die Flucht- und Rettungspläne hängen gut sichtbar für Rehabilitanden und Mitarbeiter an den relevanten Orten in der Fachklinik aus. Die Alarmpläne mit Informationen zum Verhalten im Brandfall und bei Unfällen hängen in jedem Rehabilitandenzimmer aus.

Für Notfälle außerhalb der Regelarbeitszeit sind eine therapeutische und eine ärztliche Rufbereitschaft installiert.

Die Kommunikation in Notfallsituationen ist schriftlich geregelt und allen Mitarbeitern zugänglich und bekannt. Notfälle werden zentral erfasst und jährlich ausgewertet. Die Vorrichtungen und Geräte sind zentral in einer Datenbank erfasst und werden regelmäßig geprüft, gewartet oder ausgetauscht. Die Notfallpläne und dazugehörigen Anweisungen werden regelmäßig auf Aktualität und Angemessenheit überprüft.

12 Literaturverzeichnis

Arbeitsgruppe Männerspezifische Suchtarbeit der Fachgruppe Gender und Sucht NRW (2012): Impulse: Männer und Sucht.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2016): S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen" AWMF-Register Nr. 076-001

Altmannsberger W. (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit: Ein Trainingsmanual (Therapeutische Praxis). Hogrefe Verlag.

Baumgärtner G., Soyka M. (2013): DSM5 – Was verändert sich für die Suchttherapie und –forschung? FortschrNeurolPsychiatr 81: 648-654

Beiglböck W. et al. (2013): Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. Suchttherapie 14: 16-21

Bohus M., Wolf M. (2011): Interaktives SkillsTraining für Borderline-Patienten. Schattauer Verlag.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2006): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.), Heft 12.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2016): ICF-Praxisleitfaden 2. Medizinische Rehabilitationseinrichtungen.

Bundeskriminalamt 2014. Rauschgiftkriminalität. Bundeslagebild.

Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED) (2008): Positionspapier „Pflege in der Rehabilitation".

Deutsche Rentenversicherung (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit

Deutsche Rentenversicherung (2015): KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation.

Deutsche Rentenversicherung (2012): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung

Deutsche Rentenversicherung Bund (2014): Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2013): Vereinbarungen im Suchtbereich

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). S3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Kurzfassung. 1. Auflage. Version 1. 2016.

Dilling H. et al. (2014): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Verlag Hans Huber.

Drogen- und Suchtbericht der Drogenbeauftragten der Bundesregierung. Mai 2015.

Eichner C., Berna F. (2016): Acceptance and Efficacy of Metacognitive Training (MCT) on Positive Symptoms and Delusions in Patients With Schizophrenia: A Meta-analysis Taking Into Account Important Moderators. Schizophr Bull [Epub ahead of print]

Fehr C., Kruck B. (2011): Wege aus der Abhängigkeit von Amphetaminen und Kokain. InFo Neurologie&Psychiatrie 13 (10): 55-61

Fischer et al. (2012): Effektivität der stationären abstinenzorientierten Drogenrehabilitation. SuchtAktuell 03/2012.

Gölz J. (2014): Chronische Virusinfektion bei Drogenabhängigen: Diagnostik und Therapie. Suchttherapie 15: 16-21

Gouzoulis-Mayfrank E. (2010): Therapie suchtkranker Schizophrener. Suchtmed 12 (5): 265-274

Gouzoulis-Mayfrank E (2011): Drogeninduzierte Psychosen. Psychiatrie und Psychotherapie up2date 5.

Gouzoulis-Mayfrank E. (2013): Cannabisabhängigkeit und psychische Störungen. Suchtmed 15 (6): 356-362

Grawe K., Donati R., Bernauer F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Hogrefe Verlag.

Grüsser S.M., Thalemann C.N. (2006): Verhaltenssucht. Diagnostik, Therapie, Forschung. Verlag Hans Huber

Härtel-Petri R. (2014): Illegale Drogen – Crystal Meth – enormes Suchtpotential. Dtsch Arztebl 111(17): A 738-40

Hecker T., Maercker A. (2015): Komplexe traumatische Belastungsstörung nach ICD11. Psychotherapeut 60: 547-561

Hesslinger B. et al. (2004): Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter. Hogrefe Verlag.

Hillert A. et al. (2007): Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation: Grundlagen und klinische Praxis. Deutscher Ärzte-Verlag.

Hinsch R., Pfingsten U. (2015): Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Beltz Verlag.

Hoch E. et al. (2011): Modulare Therapie von Cannabisstörungen: Das CANDIS-Programm. Hogrefe Verlag.

Hohmann N. et al. (2014): Effects and risks associated with novel psychoactive substances: mislabeling and sale as bath salts, spice, and research chemicals. Dtsch Arztebl Int 2014; 111(9): 139–47.

Juchli L. (1993): Ganzheitliche Pflege – Vision oder Wirklichkeit. RECOM.

Kahl K.G. et al. (2011): Die Dritte Welle der Verhaltenstherapie. Fortschr Neurol Psychiat 79: 330-339

Keller-Varady K. et al. (2017): Sporttherapie bei Schizophrenie. PSYCH up2date 2017; 11: 51-65

Kiefer F. (2010): Neurobiologie und Genetik von Suchterkrankungen. Bundesgesundheitsbl 53: 284-288

Körkel J., Schindler C. (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen (STAR). Springer.

Kraus L. et al. (2014): Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2012. Tabellenband: Prävalenz des Konsums illegaler Drogen, multipler Drogenerfahrung und drogenbezogener Störungen nach Geschlecht und Alter im Jahr 2012. München: IFT Institut für Therapieforschung

Küfner H., Coenen M. (2006): PREDI: Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik - Ein problem- und lösungsorientierter Ansatz, Version 3.0. Pabst Science Publishers.

Linden M. et al. (2014): Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Verlag Hans Huber.

Linehan M.M. (1999): Dialectic behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. Am J Addict 8: 279-292

Maercker A. (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen, 4. Aufl. Springer, Berlin

Martin-Soelch C. (2010): Modelle der Substanzabhängigkeit. Zeitschrift für Neuropsychologie 21: 153-166

Meister K et al. (2010): Psychose und Sucht bei Jugendlichen und Jungerwachsenen. Teil 1: Prävalenz und Erklärungsmodelle. Fortschr Neudol Psychiat 78:81-89

Miller W.R., Rollnick S. (2015): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus Verlag.

Moritz S. et al. (2010): MKT+ Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose. Springer Verlag.

Najavits L.M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Hogrefe Verlag

Paslakis G. et al. (2013): Aufmerksameitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Erwachsenen mit assoziierter Symptomatik und komorbiden psychiatrischen Erkrankungen. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 81: 444-451

Pena-Salazar C. et al. (2016): Do concepts of childhood trauma and dissociation provide an epistemiological linkage between schizophrenia and PTSD? Nervenheilkunde 35: 242-251

Powers M.B. et al. (2009): Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. Psychotherapy and Psychosomatics 78(2): 73-80

Prochaska J.O., DiClementi C.C. (1992): In search of how people change. Applications to addictive behaviors. Am Psychol 47: 1102-1114

Retz-Junginger P. (2014): ADHS und sexueller Missbrauch. Z. Psychiatr. Psychol. Psychother. 62 (3): 175-181

Sack M. et al. (2013): Komplexe Traumafolgestörungen. Schattauer Verlag.

Sack M. et al. (2013): Traumafolgestörungen bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Nervenarzt 84:608-614

Schäfer I. et al. (2011): Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen und Posttraumatischer Belastungsstörung. Sucht 57: 353-361

Schäfer I. (2015): Traumatisierung und Sucht. In: Handbuch der Psychotraumatologie. Verlag Klett-Cotta.

Scherbaum N. (2013): Opiatabhängigkeit. Fortschr Neurol Psychiatr 81: 346-358

Scherbaum N. (2014): Komorbide psychische Störungen bei Opiatabhängigen. Suchttherapie 15: 22-28

Schmid M. et al. (2010): Traumaentwicklungsstörung: Pro und Contra. Kindheit und Entwicklung 19 (1): 1-17

Shin H.S. et al. (2009): Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. Addictive Behaviors 34: 277-280

Simpson T.L., Miller W.R. (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clinical Psychology Review 22: 27-77

Skora A. (2006): Das humanistische Menschenbild am Beispiel Carl Rogers. Studienarbeit an der Universität Paderborn.

Sosic-Vasic et al. (2015): Anhaltender sexueller Missbrauch in der Kindheit und Langzeitfolgen für die Entwicklung. Psychotherapeut 60: 527-535

Soyka M. (2013): Update Alkoholabhängigkeit. Unimed Verlag

Stetter F. (2000): Psychotherapie von Suchterkrankungen. Psychotherapeut 45: 63-71

Wankerl B. et al. (2013): Neurobiologische Grundlage der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 82: 9-29

Weissinger V., Missel P. (2006): Gesamtkonzept des Fachverbandes Sucht e. V. zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sucht aktuell. 13. Jg., 2.: 44-71

Wölfling K. et al. (2012): Computerspiel- und Internetsucht: Ein kognitiv-behaviorales Behandlungsmanual. Kohlhammer Verlag.

13 Anlagen

13.1 Klinikordnung der Fachklinik Meckenheim

Die **Kardinalregeln** legen den Rahmen der Behandlung in der Fachklinik fest und sind von großer Bedeutung. Ein Verstoß kann zur Abmahnung oder Entlassung führen.

1 Besitz, Konsum und Weitergabe von Drogen, Alkohol (auch sog. alkoholfreies Bier, Fassbrause, Malzbier, alkoholhaltige Lebensmittel), nicht vom Arzt verordneter Medikamente, sowie von Aufbaupräparaten zum Krafttraining sind nicht erlaubt. Ferner sind das Glücksspiel (Automaten, Geldspiele etc.) und Geldgeschäfte nicht gestattet.

2 Die Provokation, Androhung und Ausübung von Gewalt gegen Personen oder Sachen sind nicht erlaubt. Unter Gewalt verstehen wir sowohl körperliche als auch sexuelle und psychische Gewalt. Niemand darf wegen seiner Herkunft, seines Geschlechts, seiner Religion, seiner Behinderung oder wegen seiner sexuellen Identität herabgesetzt und entwertet werden.

3 Delinquente (illegale) Verhaltensweisen in jeder Form müssen während der Behandlung unterlassen werden.

Jeder Patient der Fachklinik Meckenheim ist für die Aufrechterhaltung der Klinikordnung und des abstinenten Behandlungsrahmens mitverantwortlich und muss seinen Beitrag dazu leisten.

Teilnahmepflicht am Therapieprogramm
Die Teilnahme am Therapieprogramm ist verpflichtend. Ein Fehlen aus zwingendem Grund (beispielsweise Arzttermin) klären Sie mit den entsprechenden TherapeutInnen rechtzeitig ab. Krankmeldungen erfolgen beim Klinikarzt bzw. bei der Pflegekraft.

Sprache
Um Ausgrenzungen und Missverständnisse zu vermeiden, sprechen Sie bitte während der Therapiezeit deutsch.

Gegenstände im Besitz von Patienten
Der Besitz von Waffen aller Art ist während des Aufenthaltes in der Fachklinik nicht gestattet. Technische Geräte sind nur nach Absprache erlaubt. Für Wertsachen haften Sie selbst. Für die sichere Aufbewahrung wird jedem Patienten ein Zimmertresor zur Verfügung gestellt. Sperrige Gegenstände (Koffer etc.) können Sie im Gepäcklager einlagern.

Äußeres Erscheinungsbild
Dem Therapieprogramm entsprechend ist angemessene Kleidung zu tragen. Kleidungsstücke, die eine Substanz verherrlichende, religiöse, politische, radikale oder nationalistische Symbolik beinhalten, sind verboten. Der Körper ist im Klinikbereich (außerhalb vom Zimmer und Bad) stets bedeckt zu halten. Tätowierungen, Piercings und andere extreme äußere Veränderungen sollten Sie während der Behandlung nicht vornehmen.

Hygiene, körperliche Gesundheit
Das Schneiden von Haaren ist ausschließlich im Sanitärbereich möglich.
Im Küchenbereich ist besonders auf Hygiene zu achten. Deshalb kann die Küche ausschließlich von der jeweiligen Küchengruppe in angemessener Kleidung genutzt werden.
Beim Fahrradfahren während des Therapieprogramms werden Sie aus Sicherheitsgründen gebeten, einen Fahrradhelm zu tragen. Dieser wird, wie auch ein Fahrradschloss, von der Fachklinik zur Verfügung gestellt.

Arzttermine, Apothekenbesuche und Medikamentenvergabe
Externe Arzttermine werden ausschließlich von der Verwaltung im Auftrag des Klinikarztes vereinbart. Nach der Rückkehr von externen Ärzten legen Sie bitte folgendes bei der Verwaltung vor:

- Bescheinigung über die Aufenthaltsdauer in der Praxis
- Befunde, ggf. neue Termine
- Erhaltene Medikamente und Rezepte

Während der Dauer der gesamten Therapie ist das Aufsuchen von Apotheken ohne Rücksprache nicht erlaubt. Patienten dürfen Medikamente nur mit Zustimmung des Klinikarztes besitzen. Gestellte Medikamente nehmen Sie bitte zu den vorgegebenen Zeiten ein.

Kontaktsperre
Die Mitarbeiter der Fachklinik behalten sich vor Kontaktsperren zu Menschen mit aktuellem Suchtmittelkonsum auszusprechen.

Spaßkämpfe
Zur Vermeidung von Aufschaukelungsprozessen und Missverständnissen sind sogenannte „Spaßkämpfe“ nicht erlaubt.

Nachtruhe
Sonntag bis Donnerstag beginnt die Nachtruhe um 23:30 Uhr. Freitag, Samstag und vor Feiertagen um 00:30 Uhr. Eine halbe Stunde vor Beginn der Nachtruhe sollen sich alle Rehabilitanden auf den Zimmern aufhalten.

Raucherregel
Innerhalb des Hauses herrscht Rauchverbot. Im Außengelände ist das Rauchen im Bereich um und im Raucherhaus möglich. Während der Therapieeinheiten, den Mahlzeiten, den Bereichszeiten und den selbst angeleiteten Gruppen ist das Rauchen nicht erlaubt.

Brandschutz
In der Fachklinik und in den Werkstätten ist eine Rauchmeldeanlage installiert. Kerzen, Räucherstäbchen etc. dürfen im Haus nicht verwendet werden. Im Brandfall ist unverzüglich der vorgesehene Sammelplatz am Volleyballfeld aufzusuchen. Die Brandschutzordnung ist einzuhalten.

Medienbenutzung
Die Benutzung von Mobiltelefonen, das Telefonieren vom Kliniktelefon, PC- und Laptopnutzung sind mit Beginn der Therapie möglich. Grundsätzlich sollen während des Therapieprogramms bis 16:45 Uhr (Ausnahme: Mittagpausen), bei den Mahlzeiten und den Bereichszeiten keine Medien genutzt werden. Während des Therapieprogramms und der Nachtruhe sind die Medien auszuschalten.

Essen und Trinken
Die pünktliche Teilnahme an allen Mahlzeiten ist verpflichtend (Ausnahmen sind das Abendessen und zusätzlich das Frühstück am Wochenende). Jeder sollte sich dafür verantwortlich fühlen, seinen Platz nach den Mahlzeiten ordentlich zu verlassen. Außerhalb des Speisesaals benutztes Geschirr und Besteck soll unmittelbar nach Gebrauch in die Spülküche zurück gebracht werden. Verderbliche Lebensmittel dürfen auf den Zimmern nicht gelagert werden.

Zimmer- und Etagenordnung
Jeder Rehabilitand ist für die Sauberkeit und Ordnung in seinem Zimmer verantwortlich. Zur Grundreinigung soll die Therapieeinheit Hausroutine genutzt werden. Zur Überprüfung und Unterstützung findet eine Abnahme mittels einer Checkliste durch einen Arbeits- oder Ergotherapeuten statt. Die Anordnung der Zimmermöbel darf nicht verändert werden. Licht und Musik sollen bei Abwesenheit ausgeschaltet sein. Die Zimmerfenster müssen während der Heizperiode (wird angekündigt) bei Abwesenheit geschlossen sein. Außerhalb der Heizperiode können die Fenster während der Abwesenheit gekippt werden, nicht jedoch weit offen stehen. Die Dachfenster sind bei Abwesenheit immer zu schließen, damit Witterungseinflüsse (Regen, Wind, Kälte) keine Schäden anrichten können. Die Vorhänge bzw. Rollos sollen tagsüber geöffnet sein. Fotos und Poster etc. sollen nur auf der dafür vorgesehenen Pinnwand aufgehängt werden. Es dürfen keine Nägel, Heftzwecken, Klebestreifen etc. am Inventar (Fensterrahmen, Wand) benutzt werden.
Erotische Darstellungen von Frauen und Männern gehören in die Intimsphäre und sind nicht zu veröffentlichen, auch nicht im Patientenzimmer. Bilder mit Motiven von Gewalt- oder Drogenverherrlichung dürfen nicht aufgehängt werden, Musik mit solchen Inhalten darf nicht mit in die Fachklinik gebracht oder gehört werden.

Energiesparen
Um Energie nicht unnötig zu verschwenden sollen Beleuchtungen und Belüftungen bei Nichtbenutzung abgeschaltet werden. Während der Heizperiode sollen die Fenster und Türen bei Abwesenheit vollständig geschlossen sein und in Anwesenheit möglichst nicht dauerhaft offen stehen. Das so genannte „Stoßlüften“ ist morgens zwischen 7.00 und 8.00 Uhr – dann auch bei kurzer Abwesenheit - möglich. Die Eingangstür muss während der Heizperiode immer geschlossen sein.

Finanzen
Über ihre Finanzen verfügen Sie während des Aufenthaltes in der Regel selbständig. Kosten für notwendige Ausgaben (z.B. Rezeptgebühren) tragen sie selbst. Bei Problemen mit finanziellen Mitteln bieten wir Unterstützung an (Beratung, Verwaltung des Geldes auf einem Patientenkonto etc.).

Führen eines Kraftfahrzeuges
Während einer suchtmedizinischen Rehabilitation besteht keine Kraftfahreignung. Aus juristischer und versicherungsrechtlicher Sicht sollten Sie daher während der Behandlung kein Kraftfahrzeug führen.

13.2 Therapievertrag

Sie haben sich für eine therapeutische Behandlung im Sinne der medizinischen Rehabilitation in unserer Fachklinik entschieden.

Eine wesentliche Voraussetzung für Ihre Behandlung ist die aktive Mitarbeit am therapeutischen Programm (Mitwirkungspflicht). Die Bereitschaft zu Offenheit und Vertrauen ist die Basis für das therapeutische Arbeitsbündnis und Bedingung für einen erfolgreichen therapeutischen Prozess. Die TherapeutenInnen werden Sie auf diesem Weg mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln unterstützen.

Alle Informationen, Kenntnisse und Daten über Ihre Mitpatienten unterliegen auch über die Behandlungsdauer hinaus Ihrer Schweigepflicht. Die Einhaltung dieser Regelung sichert den vertrauensvollen Umgang im therapeutischen Geschehen.

Mit der Unterschrift des Therapievertrages erklären Sie sich einverstanden, die Klinikordnung anzuerkennen. Um einen angemessenen Ablauf in der Klinik zu gewährleisten, erwarten wir die Einhaltung der Rahmenbedingungen. Verstöße gegen die Kardinalregeln, wie sie in der Klinikordnung aufgeführt sind, können zu Ihrer Entlassung führen. Als Grundlage für eine förderliche Therapieatmosphäre sollen Sie jederzeit ein respektvolles und tolerantes Verhalten gegenüber anderen Personen zeigen. Behandeln sie andere so, wie sie selbst gerne behandelt werden möchten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie

- bereit sind, konkrete Therapieziele zu erarbeiten und aktiv am Therapieerfolg mitzuwirken.
- sich verpflichten, im Sinne der therapeutischen Ziele, mit den Mitarbeitern getroffene Vereinbarungen einzuhalten.
- mit der Erhebung von Daten in der Basisdokumentation/Katamnese und deren anonymisierter Weitergabe einverstanden sind (dies wird Ihnen von Ihrem Bezugstherapeuten gern ausführlicher erklärt).
- darüber informiert sind, dass für nicht eingelagertes Patienteneigentum bei Entlassung die Fachklinik keine Haftung übernimmt.

(Unterschriften)

13.3 Ausgangsregeln

Ausgänge, Besuche und Außenübernachtungen sind Belastungserprobungen, die im Rahmen der Rehabilitationsbehandlung eine wichtige Rolle spielen. Um den Therapieprozess zu unterstützen sind Anzahl und Dauer der Ausgänge entsprechend der Aufenthaltsdauer gestaffelt und sollen der Notwendigkeit einer geschützten Umgebung zu Beginn der Behandlung und der zunehmenden Übernahme von Eigenverantwortung und Loslösung von der geschützten Umgebung zu Ende der Behandlung Ausdruck verleihen. Weiterhin sind Ausgänge der Rahmen für die Kontaktpflege mit Angehörigen. Einzel- und Gruppenausgänge dienen dem Aufbau von abstinenten Kontakten und der Erfahrung von Möglichkeiten und Schwierigkeiten in der suchtmittelfreien Freizeitgestaltung.

Während **der ersten Woche** des Aufenthaltes stehen Eingewöhnung, Aufnahmeverfahren und Kennenlernen des Therapieprogramms im Vordergrund. In dieser Woche ist kein Alleinausgang vorgesehen. Die Rehabilitanden können am Wochenende an einer therapeutisch begleiteten Freizeitveranstaltung teilnehmen.

Ab der **2. Behandlungswoche** können Rehabilitanden nach Ende des Therapieprogramms während der Woche in Dreiergruppen in den Ausgang gehen und an von Rehabilitanden der dritten Phase organisierten Freizeitprojekten am Wochenende teilnehmen. Weiterhin sind Besuche durch Angehörige nach vorheriger Kontaktaufnahme mit dem diensthabenden Mitarbeiter in und außerhalb der Fachklinik möglich.

Ab der **5. Behandlungswoche** können Rehabilitanden nach Ende des Therapieprogramms während der Woche mit anderen Rehabilitanden oder allein in den Ausgang gehen. Am Wochenende ist ein ganztägiger Ausgang allein oder in der Gruppe mit anderen Rehabilitanden möglich.

Ab der **9. Behandlungswoche** (bei einer Behandlungsdauer von 16 Wochen ab der 5. Behandlungswoche) sind darüber hinaus Heimfahrten mit Außenübernachtungen an den Wochenenden möglich.

13.4 Sollstellenplan

Sollstellenplan für die Fachklinik Meckenheim basierend auf den Strukturanforderungen der Deutschen Rentenversicherung Bund bei einer Anzahl von 36 stationären und 4 ganztägig ambulanten Behandlungsplätzen, wie mit der Deutschen Rentenversicherung Rheinland vereinbart:

Ärzte	1,24
Psychologen	5,90
Psychologen Bachelor	
Sozialarbeiter therapeutisch	
Sozialarbeiter	
Pflegepersonal	1,00
Sport	1,00
Küche/Ökotrophologe	0,20
Ergo-/Beruf-/Kreativ	2,00
Verwaltung	1,00
Nachtwachen	4,36
Summe	**16,70**

Tabelle 4: Sollstellenplan

HERAUSGEBER:
VFG gemeinnützige Betriebs-GmbH

Geschäftsführung:
Joachim Krebs, Kaufmännisches
Nelly Grunwald, Soziales

Am Dickobskreuz 6
53121 Bonn
Tel.: 0228 / 98 576-0
Fax: 0228 / 98 576- 40

E-Mail: verwaltung@vfg-bonn.de
URL: www.vfg-bonn.de

Fotos: Cynthia Rühmekorf, Bonn
Herstellung: print-home

Bild 5: Blick in den Garten

Bild 6: Blick durch den Garten auf die Klinikgebäude

helfen statt wegsehen

Fachklinik Meckenheim
An der Alten Eiche 1, 53340 Meckenheim
Telefon: 02225/9222-0, Telefax: 02225/9222-19
Email: fachklinik@vfg-bonn.de
Homepage: www.fachklinik-meckenheim.de

100 / 6-2017