

Rehabilitations- und Fachkonzept

für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit stoffgebundenen Süchten



Bezirksklinik Hochstadt

Suchtfachklinik

**Therapiezentrum für alkohol-, medikamenten-
und drogenabhängige Menschen**



Das Konzept wurde von den Mitarbeitern der Bezirksklinik Hochstadt in Teamarbeit unter der redaktionellen Verantwortung des ärztlichen Direktors Herrn Prof. Dr. med. habil. Thomas Kallert erarbeitet.

Layout und Design: Sandra Zimmermann, Öffentlichkeitsarbeit

Stand 29.03.2023

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	S. 4
2. Allgemeines	S. 5
3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung	S. 6
4. Rehabilitationskonzept	S. 8
4.1 Theoretische Grundlagen	S. 8
4.2 Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen	S. 12
4.3 Rehabilitationsziele	S. 13
4.4 Rehabilitationsdauer	S. 14
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	S. 14
4.6 Rehabilitationsprogramm	S. 20
4.7 Rehabilitationselemente	S. 24
4.8 Rückfallbearbeitung	S. 36
5. Personelle Ausstattung der Klinik	S. 40
6. Räumliche Gegebenheiten	S. 40
7. Kooperation und Vernetzung	S. 41
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	S. 42
9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation	S. 43
10. Notfallmanagement	S. 43
11. Fortbildung	S. 44
12. Supervision	S. 44
13. Hausordnung und Therapievertrag	S. 44
14. Anlagen	S. 45

1. Einleitung

Das folgende Konzept orientiert sich an der vorgegebenen Gliederung der „Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen“ (Deutsche Rentenversicherung, 2012). Es wurde auf Grundlage des „Anforderungsprofils für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen“ (Deutsche Rentenversicherung, 2019) erstellt. Im „gemeinsamen Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Deutsche Rentenversicherung, 2011) sind die sozialrechtlichen Grundlagen der medizinischen Rehabilitation wie folgt dargelegt:

„Die gesetzliche Rentenversicherung und die gesetzlichen Krankenkassen führen als Rehabilitationsträger gemäß § 6 SGB IX nach den Bestimmungen des § 26 SGB IX in Verbindung mit § 15 SGB VI bzw. § 11 Abs. 2 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 5 SGB IX) durch. Diese kommen nur in Betracht, wenn damit die in §§ 11 und 27 SGB V, § 9 SGB VI und § 4 Abs. 1 SGB IX aufgeführten Ziele verfolgt werden. [...] Ausgerichtet ist die medizinische Rehabilitation an den verschiedenen Dimensionen des biopsychosozialen Gesundheits- bzw. Krankheitsfolgenmodells der Weltgesundheitsorganisation (WHO), wie sie in der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) konzipiert wurden. Die Erkrankungen und ihre Folgen werden als Ergebnis sich wechselseitig beeinflussender somatischer, psychischer und sozialer Faktoren verstanden. Zentraler Bestandteil der ICF sind die Kategorien funktionale Gesundheit (Funktionsfähigkeit) und Behinderung. In einer Behinderung spiegelt sich die negative Wechselwirkung zwischen einer Person mit einem Gesundheitsproblem und ihren Kontextfaktoren im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit wider. Ziel der medizinischen Rehabilitation ist es, die dro-

henden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft durch frühzeitige Einleitung der erforderlichen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Schwerpunkt liegt dabei insbesondere auf Zielvorstellungen, die mit der Erhaltung bzw. Wiederherstellung des Leistungsvermögens (Erwerbsfähigkeit) und Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft verbunden sind. Von Gewicht ist ebenfalls die Tatsache, dass bei Vorliegen rehabilitationsbedürftiger Folge- und Begleiterkrankungen diese zusammen mit der Abhängigkeitserkrankung im Rahmen der Rehabilitation zu behandeln sind (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2 SGB IX).“

Weitere Grundlagen für die Entwöhnungsbehandlung sind die „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen“ (Deutsche Rentenversicherung, 2001), die „Vereinbarung im Suchtbereich“ (Deutsche Rentenversicherung, 2011), das „Gemeinsame Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (Deutsche Rentenversicherung, 2008) sowie die „Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen“ (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2006).

Die Bezirksklinik Hochstadt hat sich in ihrer Arbeit keiner expliziten Therapieschule verschrieben, ist in der Grundhaltung aber durch die Ideen der kognitiven Verhaltenstherapie und einer humanistischen Grundhaltung geprägt. In der alltäglichen Arbeit wird dabei der aktuelle Stand der Forschung und die Vorgaben der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften integriert. Das Konzept und die Einrichtung unterliegt den Qualitätssicherungs- und Qualitätsmanagement-Anforderungen der Leistungsträger.



2. Allgemeines

Im Folgenden wird ein Rehabilitationskonzept zur stationären und ganztägig-ambulanten medizinischen Rehabilitation sowie der Adaption von Menschen mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit vorgelegt. Während der medizinischen Rehabilitation gelten die Richtlinien der zuständigen Leistungsträger.

Anschrift:	Bezirksklinik Hochstadt Hauptstraße 13 96272 Hochstadt am Main
Telefon:	09574 6337-0
Fax:	09574 3658
Email:	info@bezirksklinik-hochstadt.de
Internet:	https://www.gebo-med.de/standorte/bezirksklinik-hochstadt
Institutskennzeichen:	510941382
Träger:	Kommunalunternehmen Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken (GeBO)
Rechtsform der Einrichtung:	Kommunalunternehmen, Anstalt des öffentlichen Rechts
Vorstand:	Eva Gill
Ärztlicher Direktor:	Prof. Dr. med. habil. Thomas Kallert
Oberarzt:	Dr. Valentin Tolstov
Therapeutische Leitung:	Kay Adams, Psychologe M.Sc.



3. Beschreibung der medizinischen Rehabilitationseinrichtung

Von der Gaststätte zur Suchttherapieeinrichtung. So lässt sich die bewegte Geschichte des historischen Hauses in dem sich die Bezirksklinik Hochstadt befindet zusammenfassen. Getragen vom Kommunalunternehmen „Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken“ (GeBO) werden dort, wo früher Wein und Bier ausgeschenkt wurde, nun seit 1976 Rehabilitanden¹ auf dem Weg zur Abstinenz begleitet.

Hochstadt am Main befindet sich im schönen Obermaintal im Regierungsbezirk Oberfranken. Mit den etwa 1.700 Einwohnern und der in Laufweite liegenden Bahnstation Hochstadt/Marktzeuln (ca. 10 Minuten) bietet Hochstadt sowohl die für Veränderung benötigte Ruhe, aber auch eine schnelle Anbindung nach Lichtenfels, über die A73 nach Bamberg oder über die B289/B85 nach Bayreuth. Auf dem Gelände stehen Parkplätze zum Be- und Entladen zur Verfügung. Im Rahmen eines Fahrdienstes können Verlegungen durch die Klinik nach vorheriger Absprache erfolgen.

Die Klinik verfügt über 75 Reha-Betten inklusive Adaption. Die Betten sind auf acht Stationen verteilt. Fünf Reha-Stationen für drogenabhängige Rehabilitanden befinden sich im Haupthaus, drei Stationen für Rehabilitanden mit Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie die Zimmer für die Adaption sind im separaten Haus 5 platziert. Das Gebäude liegt

an der Randlage des parkähnlichen Klinikgeländes (25.000 Quadratmeter).

Die Rehabilitanden sind nach dem Schwerpunkt ihrer Suchterkrankung (Alkohol/Medikamente, beziehungsweise illegale Drogen) sowie dem Bedarf der beruflichen Rehabilitation auf die jeweiligen Bezugsgruppen verteilt. Die maximale Gruppengröße bei Drogenabhängigkeit beträgt 8 Rehabilitanden, bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit 12 Rehabilitanden. Die Gruppen beziehen in der Regel jeweils eine Wohnstation mit Gemeinschaftsküche. Die Klinik verfügt über rauchfreie Ein- und Zweibettzimmer, es werden volljährige Rehabilitanden aller Geschlechter behandelt. Menschen in einer Adaptionsbehandlung sind in der Bezirksklinik Hochstadt in einem separaten Gebäude untergebracht. Für die Selbstverpflegung steht eine modern eingerichtete Gemeinschaftsküche, die zusätzlich mit Waschmaschine und Trockner ausgestattet ist, zur Verfügung. Paare können, nach entsprechender Überprüfung während der Bewerbungsphase, gemeinsam aufgenommen werden und unter bestimmten Umständen auch ein gemeinsames Zimmer beziehen. Voraussetzung ist, dass das Paar nachweislich mindestens 6 Monate in einer stabilen Beziehung zusammen ist und diese nicht durch die Suchterkrankung dominiert wird. Die Einzel- und Gruppengespräche erfolgen hier in jedem Fall in getrennten Therapiegruppen.

¹ Auf Grund der besseren Lesbarkeit wird im Verlauf die männliche Form genutzt. Hiermit sind natürlich Personen männlichen, weiblichen und diversen Geschlechts gemeint.





Die Klinik verfügt über helle Gruppentherapieräume, einen Fitness- sowie einen Krafraum, einen Musikraum und ein Rehabilitandenbüro. Der Krankenpflege- und ärztlicher Bereich ist ausgestattet mit einem Defibrillator und einem zwei Alkoholmessgeräten, einem EKG-Gerät, Spirometrie sowie einem Notfallkoffer und einer Sauerstoffflasche. Auf dem Gelände befinden sich außerdem ein Bogenschießplatz, ein Beachvolleyballplatz eine Bocciabahn und Grillplätze. Die große Wiese vor dem Haupthaus kann als Fußballplatz genutzt werden. Für sportliche Angebote werden neben den Räumen im Haus auch die an das Klinikgelände angrenzende Halle der Gemeinde Hochstadt sowie die umliegenden Bäder genutzt. Auch die örtlichen Sportvereine (z.B. Fußball und Tischtennis) können besucht werden. Weitere Besonderheiten der Behandlung in der Bezirksklinik Hochstadt sind das therapeutische Bogenschießen mit Bogenbaukurs und die feste Integration der psychologischen Symbolarbeit.

Der Kreativbereich der Ergotherapie ist mit je einem Werk-, Korbflecht-, Buchbinderaum und Töpferwerkstatt ausgestattet. In der Ergotherapie ist auch unser ausgebildetes Therapiehundeteam anzutreffen. Die Arbeitstherapie verfügt neben der großen Außenanlage inklusive Gemüsegarten und Teich auch über eine eigene vollausgestattete Schreinerei. Hier finden auch ein Großteil der Diagnostik und des Trai-

nings entsprechend der Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA) statt. (Für eine ausführliche Beschreibung siehe Punkt 4.7.5.1).

Die gut erreichbare Basilika Vierzehnheiligen, das Kloster Banz sowie die Obermain Therme Bad Staffelstein bieten die Möglichkeit für Ausflüge und zur Entspannung. Ergänzt wird dies durch die im Umkreis liegende Veste Coburg und die Festung Kronach. Auch die Städte Nürnberg, Bamberg und Bayreuth sind mit der Bahn gut erreichbar und bieten ein ausgewogenes Kultur-, Bildungs- und Freizeitangebot.

Die Dauer der Entwöhnungstherapie beträgt 24 Wochen für Drogenabhängige beziehungsweise 15 Wochen für Alkohol- und Medikamentenabhängige. Die Auffangbehandlung dauert für Drogenabhängige 15 Wochen, für Rehabilitanden mit Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit 10 Wochen. Für eine Adaptionsbehandlung planen wir im Haus 12 Wochen ein. (Für eine ausführliche Beschreibung siehe Punkt 4.4.).

Kostenträger sind alle DRV-en im Bundesgebiet, gesetzliche und private Krankenkassen, beamtenrechtliche Kostenträger, Selbstzahler sowie Ersatzkostenträger. Federführender Kostenträger ist die DRV Nordbayern mit Sitz in Bayreuth.

4. Rehabilitationskonzept

4.1 Theoretische Grundlagen

Die Deutsche Rentenversicherung und die Krankenkassen fordern in ihrem gemeinsamen Leitfaden (Deutsche Rentenversicherung, 2011) eine „theoretisch-wissenschaftliche Fundierung des Rehabilitationsansatzes auf der Grundlage evidenzbasierter Therapieverfahren [...]“. Als Grundanforderung ergibt sich für ein Rehabilitationskonzept, dass es nachvollziehbar (transparent und folgerichtig) und wissenschaftlich begründet (d.h. auf der Basis von Persönlichkeitstheorien und den sich daraus ergebenden Krankheitsmodellen, insbesondere verhaltenstherapeutisch oder tiefenpsychologisch, z.B. unter Berücksichtigung der jeweils gültigen AWMF-Leitlinien) die Abhängigkeitserkrankung und ggf. vorliegende psychische Komorbidität sowie deren Therapie beschreibt. Dies schließt jedoch nicht aus, dass unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung Methoden unterschiedlicher Psychotherapieschulen angewandt werden - soweit diese mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind.“ Die diesem Konzept zugrundeliegenden Theorien und Modelle sollen im Folgenden vorgestellt werden.

4.1.1 Therapieansatz und Therapieverfahren

Wie bereits erwähnt hat sich das Behandlungsteam der Bezirksklinik Hochstadt in der Arbeit keiner expliziten Therapieschule verschrieben, ist in der Grundhaltung und dem Krankheits- und Störungsmodell durch die Ideen der kognitiven Verhaltenstherapie sowie eine humanistische Grundhaltung geprägt. In der alltäglichen Arbeit werden dabei der aktuelle Stand der Forschung und die Vorgaben der jeweili-

gen störungsspezifischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaften Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften integriert.

4.1.2 Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Kognitive Therapie ist eine Form der Psychotherapie, deren Ziel es ist, exzessive emotionale Reaktionen und selbstständiges Verhalten durch Modifikation der zugrundeliegenden unangemessenen Denkmuster zu reduzieren (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Die Erarbeitung eines Fallkonzepts, das die aktuelle Problematik eines Rehabilitanden in Beziehung zu seinen im Verlauf seiner Lebensgeschichte verfestigten Denkmustern setzt, unterscheidet die Kognitive Therapie von Beginn an von vielen anderen Formen der Psychotherapie. Unser Ansatz ist (1) kollaborativ (basierend auf einem Vertrauensverhältnis zwischen Therapeuten und Rehabilitanden), (2) aktiv, (3) zielorientiert und (4) vorwiegend lösungsorientiert.

Die KVT geht in ihrem Grundverständnis von psychischen Störungen als erlerntes Verhalten aus. In diesem lerntheoretischen Zusammenhang sind zwei Aspekte bedeutsam: Welche Funktionalität hat meine Störung und welche Mechanismen halten den Prozess aufrecht? In dieser Betrachtungsweise wird vor allem den Determinanten des Verhaltens große Aufmerksamkeit geschenkt: situative und Umgebungsbedingungen, Erfahrungen und daraus resultierende kognitive Prozesse und Erwartungen. Dabei ist die Erfassung der Konsequenzen der Störung, deren primär verstärkende Effekte bei Ausblenden der späteren negativen Folgen und die damit in Zusammenhang stehende Lerngeschichte wichtig.



Kognitiv-Verhaltenstherapeutische Konzepte und Ansätze lassen sich schematisch zwei verschiedenen (einander aber nicht ausschließenden) prinzipiellen Zugangsweisen zuordnen: einem auf die Entwicklung sozialer Kompetenzen abzielenden Zugang und einem auf die Beeinflussung von kognitiven Strukturen und Prozessen ausgerichteten Ansatz.

In der Suchttherapie soll die kognitive Therapie einem Rehabilitanden helfen, den Zusammenhang zwischen emotionaler Belastung und der Einnahme von Suchtmitteln zwecks Genuss und/oder Erleichterung zu erkennen. Gleichzeitig werden Strategien zur Reduktion von Suchtmittelverlangen und zur Stärkung der Selbstkontrolle vermittelt. Außerdem kann die kognitive Therapie Rehabilitanden dabei helfen, Emotionen besser in den Griff zu bekommen, die oftmals Suchtverhalten auslösen (wie Depressionen, Ängste oder Ärger).

4.1.3 Das Bio-Psycho-Soziale Modell

Unserer medizinischen Rehabilitation liegt das Krankheitsverständnis des Bio-Psycho-Sozialen Modells der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) zugrunde. Die ICF geht hierbei über eine rein medizinische Sichtweise hinaus und betrachtet die Komponenten „Körperfunktionen und Körperstrukturen“ sowie „Aktivitäten“, „Teilhabe“, „Umweltfaktoren“, und „personenbezogene Faktoren“ (siehe Abbildung 2). „Die Wiederherstellung oder wesentliche Besserung der funktionalen Gesundheit (insbesondere Aktivitäten, Teilhabe) bei drohender oder bestehender Teilhabestörung ist zentrale Aufgabe der Rehabilitation. [...] Das biomedizinische Modell der ICD-10 kann die Auswirkung von Gesundheitsproblemen auf die funktionale Gesundheit nicht angemessen beschreiben. Dies ist nur im Rahmen eines biopsychosozialen Modells wie der ICF möglich“ (Bassler, Watzke, & Köllner, 2012).



Abbildung 1: Biopsychosoziales Krankheitsmodell (aus Bassler et. al, 2012)

Im Rahmen des Therapieprozesses bei psychischen Störungen geht es somit neben der Wiederherstellung von körperlicher Leistungsfähigkeit auch um die Erreichung einer Symptommfreiheit bezüglich der Stö-

rung und um die Wiedereingliederung des Rehabilitanden in Arbeit, Beruf und Gesellschaft.

Einen spezifischeren Blick auf die Suchtentstehung sowie die Aufrechterhaltung wirft das modifizierte Bio-psycho-soziale Modell (Tretter, 2019).

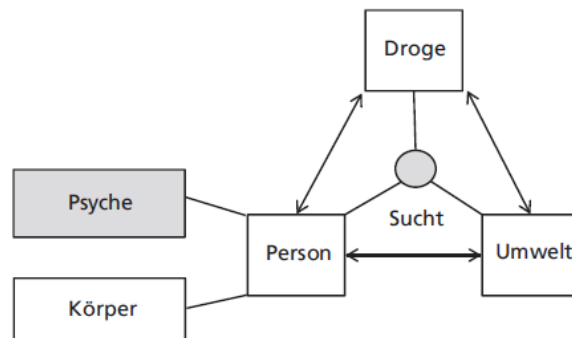


Abbildung 2: Erweitertes Bio-Psych-Soziales Modell (Tretter, 2019)

Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, welche komplexen Prozesse im Rahmen der Sucht und einer Suchtentwicklung ablaufen. Die Droge mag zunächst eine sinnvolle Lösungsstrategie in der Vermittlung zwischen Umwelt und Person oder innerhalb der Person darstellen. Fehlende oder nicht zugängliche Kompetenzen werden durch den Konsum kompensiert, die Situation erscheint im ersten Moment als gelöst. Durch den fortgeführten Konsum werden alte Lösungsmöglichkeiten verlernt und der Aufbau neuer Kompetenzen verhindert. Neurobiologische Veränderungen führen zu dem Verlangen nach einer Dosissteigerung welche wiederum Einfluss auf die Konsumform der Droge und die Interaktion mit der Umwelt (zum Beispiel Verlust der Arbeit oder Wechsel des Freundeskreises) haben kann. Nach der Suchtentstehung sind besonders die drei Teufelskreise der Sucht für deren Aufrechterhaltung verantwortlich. Hierbei kann zwischen intrapsychischem Teufelskreis, dem somatischen Teufelskreis und dem psychosozialen Teufelskreis differenziert werden. Der intrapsychische Bereich umfasst die Spannungserleichterung und den beschriebenen Abbau von drogenunabhängigen Lösungsstrategien. Der somatische Teufelskreis befasst sich mit der Toleranzentwicklung, Prozessen der Sensitivierung, somatischen Erkrankungen und Entzugserscheinungen. Der psychosoziale Teufelskreis besteht aus sozialen Konflikten und Problemen. Diese drei Kreisläufe verursachen Stress und unangenehme aversive Zustände welche letztendlich durch den Konsum gelöst werden und somit die Teufelskreise erneut anfeuern (siehe Küfner (1981), zit. nach Soyka & Küfner, 2008).

4.1.4 Weitere Ansätze

Systemische Ansätze: Systemische Ansätze gehen davon aus, dass nicht nur das Individuum für die

Entstehung und Aufrechterhaltung einer Störung verantwortlich ist sondern dies in komplexen Systemen mit der Umwelt geschieht. Daher sollten wichtige Bezugspersonen (z.B. Familie, Freunde oder Arbeitgeber) in die Therapie einbezogen werden. Neben der Information über die Suchtkrankheit (Wissensvermittlung) und der Aufklärung über die Therapie (Entmystifizierung) spielt in der Angehörigenarbeit die konkrete Krisenplanung für Risikosituationen oder für Rückfälle und die Bewältigungsplanung für Ehekrisen eine Rolle. Häufig hat z.B. der nicht abhängige Partner sehr viel Verantwortung übernommen, während der abhängige Partner eine regressive Haltung des Versorgt-Werdens einnahm. Dies ändert sich nicht automatisch mit der Abstinenz. Das Beibehalten solcher Rollen stellt aber eine Rückfallgefahr dar. Dysfunktionale Kommunikationsmuster und „Tabuthemen“ können identifiziert und einer bewussten Thematisierung und Steuerung zugänglich gemacht werden.

Gesprächspsychotherapie und Motivierende Gesprächsführung: Die therapeutischen Grundhaltungen der Gesprächspsychotherapie (Echtheit des Therapeuten, unbedingte Wertschätzung des Rehabilitanden, Empathie) haben sich in der Psychotherapie im Allgemeinen und auch in der Suchttherapie als wichtige Merkmale zur Gestaltung therapeutischer Beziehungen durchgesetzt. Aus unserer Sicht stellt die „motivierende Gesprächsführung“ nach Miller und Rollnick eine Ergänzung der oben genannten Gesprächspsychotherapie dar. Die Gesprächsführung oder -haltung ist durch ein „ruhiges, respektvolles und konstruktives Gespräch, in dem konfrontative Elemente nicht vorkommen, um so den inneren Motiven der Rehabilitanden zu erlauben, Richtung und Ergebnis der Sitzung zu bestimmen“ gekennzeichnet. Der flexible Umgang mit dem Widerstand des ambivalenten Rehabilitanden beruht auf der Überzeugung, dass Menschen mit Suchtmittelproblemen für eine Veränderung selbst verantwortlich sind und wir als Experten Begleiter und nicht Führer dieses Veränderungsprozesses sind.

Das transtheoretische Modell der Veränderungsphasen: Im Rahmen einer Verhaltensänderung durchläuft jeder Mensch verschiedene Phasen der Veränderung. Bezogen auf die Sucht beschreiben Prochaska und DiClemente (1985) 4 Phasen. Die Verhaltensänderung beginnt mit der Phase der Absichtslosigkeit („Precontemplation“), in der die Person keine Gründe für eine Verhaltensänderung erkennen kann. Eventuell wird durch das Umfeld ein Problem mit dem Konsum benannt. In der Phase der Absichtsbildung („Contemplation“) beginnt eine kritische Auseinandersetzung mit dem Konsum. Es werden die Vor- und Nachteile abgewogen und even-

tuelle Schritte geplant, oft kommt es zu oberflächlichen Lösungsversuchen des Problems. In der Handlungsphase („Action“) ist ein klarer Abstinenzwunsch entstanden und es wird der Versuch unternommen dieses Ziel zu erreichen. In der Phase der Aufrechterhaltung („Maintenance“) geht es um die Sicherung der erreichten Erfolge gegenüber neuen und sich ändernden Anforderungen. Innerhalb des Prozesses kann es immer wieder zu Sprüngen zwischen den Phasen (z.B. bei einem Misserfolg von Handlung zu Absichtslosigkeit) kommen.

Das Selbstmanagementmodell: Ein wichtiger Baustein unserer Entwöhnungsbehandlung ist das Selbstmanagementmodell nach Kanfer und Kollegen (2011). Der Ansatz vermittelt eine aktive Rolle des Rehabilitanden bei Gestaltung des eigenen Lebens im Rahmen biologischer, kultureller oder sozialer Grenzen. Übergeordnetes Ziel der Therapie ist das Erlangen von Autonomie und Selbstregulation unter Nutzung alter und neuer Ressourcen. Es geht also um die Vermittlung von zielorientiertem Problemlösens, funktionaler und systemischer Analyse von Verhalten und einer gemeinsamen Therapieplanung. Zentral ist ein Prozessmodell mit sieben Phasen (siehe Abbildung 1), welches eine Grundgerüst für die spätere Arbeit darstellt. Durch den Wechsel zwischen den Phasen und den Einbezug von konkreten Problemlagen und Ereignissen ist das Ziel die Erarbeitung eines individualisierten Therapiekonzeptes. Dieses wiederum dient als Grundlage für flexibles und schulenübergreifendes therapeutischen Arbeiten.

1. Eingangsphase: Schaffung günstiger Ausgangsbedingungen
2. Aufbau von Veränderungsmotivation und vorläufige Auswahl von Veränderungsbereichen
3. Verhaltensanalyse und funktionales Bedingungsmodell
4. Vereinbarung therapeutischer Ziele
5. Planung, Auswahl und Durchführung spezieller Methoden
6. Evaluation therapeutischer Fortschritte
7. Endphase: Erfolgsoptimierung und Abschluss der Therapie

Abbildung 3: Sieben Phasen des Selbstmanagementsmodells (nach Kanfer et al. 2011)

Nonverbale, emotionszentrierte und erlebnisorientierte Therapieverfahren: Multisensorisches Lernen hat einen erheblichen Vorteil gegenüber der Nutzung nur eines Sinneskanals. Neben den Sinnen sind auch die Emotionen stark mit dem Gedächtnis verbunden. Stark emotional besetzte Momente wer-

den dauerhafter abgespeichert und können aufgenommen und abgerufen werden (Beaulieu, 2013). Somit bekommen Verfahren, die in der Lage sind das emotionale Gedächtnis zu aktivieren, einen besonderen Stellenwert in der Therapie. Hier sind neben der Ergo- und Arbeitstherapie die tiergestützte Therapie (Frick & Frick Tanner, 2016), das therapeutische Bogenschießen (Schäfer, 2018) und die psychologische Symbolarbeit (Schneider, 2019) zu nennen.

4.1.5 Schlussfolgerungen für die therapeutische Ausrichtung

Die Bezirksklinik Hochstadt folgt in ihrem Therapieverständnis einer verhaltenstherapeutischen Grundidee vor dem Teilhabeaspekt der ICF. Sie sieht somit die Rehabilitanden sowohl in ihren biographischen und sozialen Bezügen und bezieht sie zur Steigerung des Selbsteffizienzerlebens und zur Stärkung der Selbstverantwortung als aktive Partner in den gesamten Rehabilitationsprozess ein. Dabei wird deren Beteiligung am Erwerbs- und sozialen Leben neben der Suchtbehandlung in den Mittelpunkt gestellt. Entsprechend dem vorgestellten Phasenmodell der Veränderung und dem Selbstmanagementkonzept sind nach unserem Verständnis die Rehabilitanden

nicht passive Maßnahmenempfänger, sie sind im Gegenteil aktiv mitverantwortlich bei der Gestaltung ihrer Behandlung.

Wie aus den vorangegangenen Überlegungen klar wird ist die Suchtrehabilitation ein übergreifender und umfassender Prozess in dem nicht nur medizinische und psychotherapeutische Aspekte der Suchterkrankung aufgegriffen werden. Es sollen stattdessen alle Aspekte der beruflichen, gesellschaftlichen und sozialen Teilhabe beleuchtet werden. Im Sinne des Krankheitsfolgemodells des ICF und des Bio-Psycho-Sozialen-Modells ergeben sich für die Rehabilitation somit 4 Zieldimensionen: Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Kontextfaktoren.

Für eine positive Prognose wird die Rehabilitationsbedürftigkeit und die Rehabilitationsfähigkeit des Rehabilitanden in jeder Zieldimension geprüft. Konkrete Therapieziele werden gemeinsam mit den Rehabilitanden nach der Aufnahmediagnostik definiert. Diese Ziele werden im Rahmen der Visiten und Fallbesprechungen gemeinsam mit dem Rehabilitanden auf die Erreichung kontrolliert und bei Bedarf verändert oder ergänzt.



4.2. Rehabilitationsindikationen und -kontraindikationen

4.2.1 Rehabilitationsindikationen

In der Bezirksklinik Hochstadt werden alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Menschen ab dem 18. Lebensjahr behandelt. Der gesundheitliche und der psychische Zustand muss die Teilnahme an der mehrwöchigen Behandlung zwingend zulassen. Indikation für eine Behandlung in unserem Haus ist das Vorliegen einer stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankung. Die Voraussetzungen für eine Aufnahme sind zudem der abgeschlossene Entzug und eine gültige Kostenzusage.

Komorbidität: Nicht stoffgebundene Süchte wie Spiel- und Internetsucht oder Essstörungen im engeren Sinn können bei leichter bis mäßiger Ausprägung mitbehandelt werden, diese sind aber nicht Schwerpunkt der angebotenen Therapie. Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Depressionen, Ängste und Zwänge oder andere Entwicklungs- und Anpassungsstörungen stellen ebenfalls kein Hindernis dar, sondern bilden in der Regel den Hintergrund vieler Suchtentwicklungen, deren Bearbeitung daher Teil der Entwöhnungstherapie ist. Auch Rehabilitanden mit stabil eingestellten Psychosen oder manisch-depressiven Erkrankungen können bei uns mit entsprechender Abstimmung des Therapieprogramms eine Entwöhnung machen. Gleiches gilt für Traumatisierungen und leichte Minderbegabungen. Voraussetzung für eine Entwöhnungsbehandlung ist hierbei immer, dass die komorbiden Störungen nicht so akut und stark ausgeprägt sind, dass sie ganz in den Vordergrund rücken und dadurch die Therapie in unserem Rahmen gefährden oder unmöglich machen.

Internistische Erkrankungen (z. B. Hepatitiden, chronische Pankreatitis, Diabetes mellitus, kardiale und

andere gastroenterologische Probleme, HIV-Erkrankung) und neurologische Folgen der Suchterkrankung (z. B. Polyneuropathie, Anfallsleiden) stellen keine Kontraindikationen dar, wenn sie stabil eingestellt sind und eine für die Therapie ausreichende Belastbarkeit besteht. Prinzipiell ist die Diagnostik (im Klinikum Lichtenfels) und ambulante medikamentöse Behandlung einer Hepatitis C (antivirale Medikation) während der stationären Rehabilitation möglich. Die Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie dürfen jedoch nicht den Ablauf der Rehabilitation stören und die Kostenübernahme durch die jeweilige Krankenkasse muss vorab geklärt sein.

Schwangerschaft ist kein grundsätzliches Ausschlusskriterium für die stationäre Entwöhnungstherapie, solange die reguläre Therapiezeit vor der Niederkunft gut absolviert werden kann. Hierbei sind zum Beispiel auch Ausfallzeiten durch Besuche von Fachärzten zu beachten.

Die Therapieangebote werden grundsätzlich in deutscher Sprache angeboten. Voraussetzung ist somit eine ausreichende Sprachkenntnis um sich auf die Inhalte einlassen zu können und auch um innere Prozesse benennen und beschreiben zu können. Die Gruppentherapie ist der zentrale Therapiebaustein in der Entwöhnungsbehandlung. Rehabilitanden sollten daher in der Lage sein, eigene Emotionen und eventuelle Aggressionen so zu kontrollieren, dass eine Gruppentherapie möglich ist. Ausreichende eigene interne Motivation für eine abstinenten Lebensführung in der Zukunft ist zudem der Grundbaustein einer erfolgreichen Therapie.

4.2.2 Rehabilitationskontraindikationen

Folgenden schwer ausgeprägten unbehandelten Krankheitsbildern und psychischen Erkrankungen



gen können wir die Behandlung in unserer Klinik nicht anbieten: Akute Suizidalität, ausschließliche Essstörungen oder stoffungebundene Suchterkrankungen, Demenz und deutlich ausgeprägte hirnorganische Psychosynndrome, schwerste Ausprägungen bestimmter Persönlichkeitsstörungen wie z.B. maligner Narzissmus, ausgeprägte Dissozialität, tiefgreifend abhängige Persönlichkeit und komplexe multiple Persönlichkeitsstörungen, ausgeprägte schizotype Störungen, Autismus und schwere sexuelle Deviationen und komplexe Traumatisierung.

4.2.3 Adaptionenindikationen

Die Adaption ist geeignet für alkohol-, medikamenten- und drogenabhängige Frauen und Männer, die nach einer abgeschlossenen Langzeittherapie weitere Unterstützung bei der beruflichen und sozialen Integration benötigen und grundsätzlich bereit sind, im Einzugsbereich der Klinik den zukünftigen Wohnsitz zu begründen. Die Adaption kann auch von Rehabilitanden genutzt werden, die andernorts eine Entwöhnungstherapie regulär abgeschlossen haben und nun im Umfeld der Bezirksklinik Hochstadt die Adaptionphase durchlaufen wollen. Darüber hinaus gelten die Indikationen und Kontraindikationen der Entwöhnungsbehandlung.

4.3. Rehabilitationsziele

Grundlegend beziehen sich die Rehabilitationsziele auf die Vorgaben der Sozialgesetzgebung und auf die Leitlinien und Standards der Leistungsträger der gesetzlichen Renten- und Krankenversicherung. Ziele der Entwöhnung sind die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, Förderung der Teilhabe in der Gesellschaft und die persönliche Weiterentwicklung zu einer zufriedenen Abstinenz. Hierzu zählt auch die drohenden Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder des Lebens in der Gesellschaft abzuwenden sowie der Verschlimmerung von Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben oder des Lebens in der Gesellschaft entgegenzuwirken. Darüber hinaus streben wir eine möglichst weitgehende Entwicklung von Autonomie der Persönlichkeit an, die Voraussetzung für den Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen ist.

Nach einer ausführlichen Befund- und Anamneseerhebung werden konkretisierte und operationalisierte Ziele individuell mit dem Rehabilitanden erarbeitet. Die Aktualität der Ziele und die Zielerreichung werden im vierwöchentlichen Rhythmus im multiprofessionellen Team der Bezugstherapeuten (der sogenannten Bilanzvisite) mit dem Rehabilitanden reflektiert und gegebenenfalls angepasst. Für die bereits genannten vier Zieldimensionen lassen sich beispielhaft folgende Therapieziele ableiten:

4.3.1 Körperfunktion und -strukturen

Zielbereich	Beispiele
Reduktion spezifischer Symptomatik	Verbesserter Umgang mit Suchtdruck, Verbesserung der Schmerzbewältigung
Bearbeitung emotionaler Aspekte	Abbau von Schuldgefühlen, Verbesserter Emotionsumgang
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	Verbesserter Umgang mit Suchtdruck, Verbesserung der Schmerzbewältigung
Bearbeitung intrapsychischer Aspekte	Verbesserung von Konflikttoleranz, Konfliktbewältigungskompetenzen aufbauen
Entwicklung des Selbst	Steigerung des Selbstwerts und der Selbstwirksamkeit
Reduktion von Risikoverhalten und Risikofaktoren	Alkohol- und Drogenabstinenz, Reduktion der Medikamentenabhängigkeit oder Einstellung einer stabilen Medikation. Raucherentwöhnung, Blutdruckeinstellung
Vermittlung von Krankheitsinformationen	Vermittlung von Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodellen, Förderung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses
Bearbeitung relevanter biographischer Ereignisse	Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse oder Verlust Erfahrungen

4.3.2 Aktivitäten

Zielbereich	Beispiele
Förderung sozialer Kompetenzen	Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, Verbesserung der sozialen Wahrnehmung
Bearbeitung von Problemen im interpersonellen Bereich	Aufbau sozialer Beziehungen, Bearbeitung interpersoneller Probleme im familiären Bereich
Aufbau einer geeigneten Freizeitstruktur	Ressourcenaktivierung, Aufbau einer Tagesstruktur, Reaktivierung alter Hobbies
Erwerb von Problemlösefähigkeiten	Verhaltensaktivierung, Problemlösetraining

4.3.3 Teilhabe

Zielbereich	Beispiele
Vermittlung von Krankheitsinformationen	Vermittlung von Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodellen, Förderung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses
Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit	Verbesserter Umgang mit Suchtdruck, Verbesserung der Schmerzbewältigung
Physische Ziele	Lockerung von Verspannungen und Linderung vegetativer Beschwerden, Kräftigung der Muskulatur, Linderung von Schmerzen z.B. im Bewegungsapparat
Arbeit mit Bezugspersonen	Angehörigengespräch, Arbeitsplatzbesuch
Akzeptanz der Realität	Abbau von Perfektionismus, Wahrnehmung von Belastungsgrenzen

4.3.4 Kontextfaktoren

Zielbereich	Beispiele
Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben	Gespräche mit Arbeitgeber, Information über Umschulungen
Abbau von Risikoverhalten	Rückfallprävention und Psychoedukation
Verbesserung der Stressbewältigung	Erlernen eines Entspannungsverfahrens, Förderung der Genussfähigkeit
Verbesserung der Alltagsbewältigung	Verbesserung der Problemlöse- und Freizeitgestaltungsfähigkeit, Bewältigung von täglichen Aufgaben
Erarbeitung von Zukunftsperspektiven	Erarbeiten einer neuen beruflichen Orientierung, Auswahl einer geeigneten Nachsorge
Sonstige	Vermittlung von Techniken zur Förderung von Gesundheitsverhalten

4.4. Rehabilitationsdauer

Der normale Therapieablauf in der Bezirksklinik Hochstadt sieht unter Berücksichtigung medizinischer und

psychosozialer Kriterien folgende Zeitspannen für die jeweiligen Behandlungsformen vor:

Entwöhnung Drogen: Das Angebot der Behandlung richtet sich an Rehabilitanden mit einer führenden Suchtmittelabhängigkeit. Wir gehen von einer Behandlungszeit von 24 Wochen aus.

Entwöhnung „Drogen Plus“: Sollten gleichzeitige aktive Abhängigkeiten von Alkohol und Drogen vorliegen gehen wir von einer Behandlungszeit von 24 Wochen innerhalb der „Drogen Plus“ – Gruppe aus.

Auffangbehandlung Drogen und Alkohol: Bei erfolgreich abgeschlossener Therapie innerhalb der letzten zwölf Monate und einfachem Rückfallgeschehen ist eine Auffangbehandlung in der Klinik (Drogen 15 Wochen, Alkohol und Medikamente 10 Wochen) möglich. Sollte das Rückfallgeschehen schnell eingetreten oder die Zusammenhänge komplexer sein, kann auch hier eine erneute reguläre Entwöhnungstherapie nötig sein.

Adaption: Die Adaption orientiert sich nach der individuellen Schwere der körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden der Abhängigkeitserkrankung und schließt an eine erfolgreich abgeschlossene Entwöhnung an. Sie dauert planmäßig 12 Wochen.

Anhaltende Gefährdungssituationen, unter bestimmten Bedingungen auftretende Rückfälle oder das Vorliegen von komplizierenden Zusatzerkrankungen beziehungsweise persönlichen Problemlagen können im Einzelfall je nach Therapiestand eine Therapieverlängerung von bis zu sechs Wochen erforderlich machen. Die Verlängerung wird im multiprofessionellen Team und in Absprache mit dem Rehabilitanden geplant und beantragt.

Anhaltende Gefährdungssituationen, unter bestimmten Bedingungen auftretende Rückfälle oder das Vorliegen von komplizierenden Zusatzerkrankungen beziehungsweise persönlichen Problemlagen können im Einzelfall je nach Therapiestand eine Therapieverlängerung von bis zu sechs Wochen erforderlich machen. Die Verlängerung wird im multiprofessionellen Team und in Absprache mit dem Rehabilitanden geplant und beantragt.

4.5. Individuelle Rehabilitationsplanung

4.5.1 Entwöhnungsbehandlung

Die Zuordnung des Rehabilitanden zu einem Team (Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter, Ergotherapeut, Pflege) und einer Station erfolgt zu Beginn der Langzeittherapie anhand der persönlichen Daten (zum Beispiel Alter, Suchtmittel, forensische Erfahrung etc.).

Die interprofessionelle Behandlung erfolgt nach dem Case-Management-Prinzip: Während der gesamten



Behandlungszeit hat jeder Rehabilitand ein fest zugeordnetes Behandlungsteam aus einem Psychologen, einem Mitarbeiter des Sozialdienstes und einem Mitarbeiter aus der Ergo- bzw. Arbeitstherapie. Gesamtverantwortlich ist der Oberarzt durch den eine kontinuierliche Überwachung des gesamten Rehabilitationsprozesses erfolgt, der Psychologe koordiniert fallführend alle Therapiemaßnahmen.

Zu Beginn der Therapie erfolgt die Diagnostik in allen relevanten psychischen, physischen und sozialen Bereichen. Die Therapieziele werden am Anfang der Therapie mit den Mitarbeitern der Fachbereiche definiert und im Therapiebuch und elektronisch dokumentiert. Anhand der Diagnostikergebnisse und der bisherigen Arbeitsbiografie erfolgt zudem eine Zuteilung zu einer der fünf BORA-Gruppen.

Alle vier Wochen finden unter der koordinierenden Leitung des zuständigen Psychologen multiprofessionelle Teamsitzungen mit Teilnahme des Rehabilitanden statt, in denen immer wieder ein Abgleich von Therapiestand und Therapiezielen zwischen den verschiedenen Therapeuten der Therapiebereiche und dem Rehabilitanden stattfindet. Dies geschieht unter besonderer Berücksichtigung der zukünftigen Teilhabe am Erwerbsleben. Aus dem Stand der Zielerreichung und den noch zu erreichenden Zielen werden in diesen Sitzungen Therapieelemente für die folgenden vier Wochen ausgewählt und mit dem Rehabilitanden besprochen.

Eine individuelle notwendige Therapieverlängerung oder eine weiterführende Teilhabeleistung (Adaption o.ä.) kann sich aus dem körperlichen Zustandsbild, psychischen Belastungen des Rehabilitanden, durch Zwischenfälle und Komplikationen während der Entwöhnungstherapie ergeben. So können wiederholtes, die Abstinenz gefährdendes Verhalten, offen gelegte Rückfälle, auftretende depressive Verstimmungen oder Krisen und anhaltende Konflikte in der Partnerschaft und anderen familiären Beziehungen oder weiter ungeklärte Lebensumstände den individuellen Therapieverlauf verlängern und eine weiterführende Teilhabeleistung nötig machen.

Das Phasenmodell der Behandlung

Die Suchtrehabilitation in Hochstadt orientiert sich an einem zeitlich und inhaltlich definierten Phasenmodell mit vier Therapiephasen. Der zeitliche Rahmen ist hierbei ein grober Anhaltspunkt und ist an die jeweilige Therapiedauer von Drogenentwöhnung beziehungsweise Alkohol- und Medikamentenentwöhnung angepasst, die zeitlichen Angaben sind daher als erfahrungsbedingte Richtwerte zu sehen. Relevanter als eine Wochenangabe erscheint uns die Erreichung diverser Meilensteine der Suchttherapie. Daher kann eine Phase auch bei fehlender Zielerreichung oder bei Vorfällen verlängert werden oder erneut indiziert sein. Die einzelnen Phasen sind durch zunehmende Selbstverantwortung und gesteigerte Freiheitsgrade gekennzeichnet.

Prototypischer Therapieplan für eine Drogenentwöhnung

Phase	Zeitraum	Inhalt	Ziele
Grundlagen	1. Woche	Orientierungswoche, Therapiebuch anfertigen, Diagnostik	Ankommen in der Therapie, Grundlagen und Hausordnung kennenlernen, Einstufung in die BORA-Gruppen
	2.-3. Woche	Vertiefte Anamneseerhebung und Einzeltermine für die individuelle Problematik oder Therapie zusätzlicher Diagnosen Grundlagenprogramm Sport Beginn der Gruppentherapie in den Bezugsgruppen Beginn der Ergo- und Arbeitstherapie Beginn der Sporttherapie	Festlegung der Indikationsgruppen, Festigung der Tagesstruktur, Aufbau und Festigung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, Abschluss der medizinischen Informationsgruppen
Aufbau- und Vertiefungsphase	4.-5. Woche	Mensapraktikum 2-Stunden Ausgänge mit Vor- und Nachbesprechung nach der 4. Woche Bilanzvisite 1 Beginn progressive Muskelentspannung und Traumreise Einzelgespräche nach Problemlage mit entsprechenden Professionen Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Beginn der Arbeit mit Risiko- und Schutzfaktoren und Erstellung eines individuellen Störungsmodells, Aufbau einer tragfähigen Zukunftsperspektive, Überprüfung der arbeitsplatzbezogenen Belastbarkeit
	6.-10. Woche	Beginn der Indikativgruppen und Vorträge im Rahmen der Suchttherapie und der BORA-Einstufung 8 Stundenausgänge mit Vor- und Nachbesprechung nach der 7. Woche Bilanzvisite 2 Förderung abstinenzförderlicher Aktivitäten Klärung berufsbezogener Defizite und Fragestellungen Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Erstellung eines Notfallplans, Aufbau von Wissen zur Rückfallprävention, Umsetzung und Reflexion konkreter Verhaltensänderungen im Alltag, Zielkontrolle und eventuelle Zielanpassung, Vertiefung des Wissens über auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, Aufbau abstinenzförderlicher Aktivitäten, Klärung sozialrechtlicher und sozialpädagogischer Fragestellungen

Phase	Zeitraum	Inhalt	Ziele
Transferphase	11.-19. Woche	Belastungserprobungen im Rahmen der Familienheimfahrten Bilanzvisiten 3 - 5 Termine zur Klärung passender Nachsorgemöglichkeiten Kontaktaufnahme Arbeitsplatz Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Vertiefung des Wissens, Übertrag in den Rahmen des späteren Lebensmittelpunktes, Vorbereitung und Beantragung der Nachsorge und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Vorbesprechung der Woche zur Realitätserprobung
Eingliederungsphase	20. Woche	Woche zur Realitätserprobung Persönliche Kontakte in den Bereichen Beruf, Rechtliches, Familie, Nachsorge	Belastungserprobung im Umfeld des späteren Lebensmittelpunktes
	21. Woche	Mensapraktikum II Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Belastungserprobung, Vergleich Therapiebeginn, Nachbesprechung der Woche zur Realitätserprobung
	22. Woche	Wochenpraktikum ganztätig intern oder extern Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Belastungserprobung bei erhöhten Anforderungen
	23.-24. Woche	Abschlussuntersuchungen und -diagnostik Abschlussgespräche und Verabschiedung in der Gruppe Bilanzvisite 6	Abschluss, Kriseninterventionsplan, Zusammenfassung der Ergebnisse

Prototypischer Therapieplan für eine Alkohol- und Medikamentenentwöhnung

Phase	Zeitraum	Inhalt	Ziele
Grundlagen	1. Woche	Orientierungswoche, Therapiebuch anfertigen, Diagnostik	Ankommen in der Therapie, Grundlagen und Hausordnung kennenlernen
	2. Woche	Vertiefte Anamneseerhebung und Einzeltermine für die individuelle Problematik oder Therapie zusätzlicher Diagnosen Beginn der Gruppentherapie in den Bezugsgruppen Beginn der Ergo- und Arbeitstherapie Beginn der Sporttherapie	Festlegung der Indikationsgruppen, Festigung der Tagesstruktur, Aufbau und Festigung von Krankheitseinsicht und Behandlungsmotivation, Einstufung in die BORA-Gruppen
Aufbau- und Vertiefungsphase	3. Woche	Mensapraktikum 2-Stunden Ausgänge mit Vor- und Nachbesprechung Einzelgespräche nach Problemlage mit entsprechenden Professionen Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Beginn der Arbeit mit Risiko- und Schutzfaktoren und Erstellung eines individuellen Störungsmodells, Aufbau einer tragfähigen Zukunfts- perspektive, Überprüfung der arbeits- platzbezogenen Belastbarkeit, Abschluss der medizinischen Informationsgruppen
	4.-8. Woche	Beginn der Indikativgruppen und Vor- träge im Rahmen der Suchttherapie und der BORA-Einstufung Bilanzvisite 1 und 2 8 Stundenausgänge mit Vor- und Nachbesprechung Förderung abstinenzförderlicher Aktivitäten Klärung berufsbezogener Defizite und Fragestellungen Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Erstellung eines Notfallplans, Aufbau von Wissen zur Rückfallprävention, Umsetzung und Reflexion konkreter Verhaltensänderungen im Alltag, Zielkontrolle und eventuelle Ziel- anpassung, Vertiefung des Wissens über auslösende und aufrechterhaltende Faktoren, Aufbau abstinenzförder- licher Aktivitäten, Klärung sozial- rechtlicher und sozialpädagogischer Fragestellungen

Phase	Zeitraum	Inhalt	Ziele
Transferphase	9.-11. Woche	Belastungserprobungen im Rahmen der Familienheimfahrten Bilanzvisite 3 Termine zur Klärung passender Nachsorgemöglichkeiten Vorbesprechung der Woche zur Realitätserprobung Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Vertiefung des Wissens, Übertrag in den Rahmen des späteren Lebensmittelpunktes, Vorbereitung und Beantragung der Nachsorge und der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Vorbesprechung der Woche zur Realitätserprobung
Eingliederungsphase	12. Woche	Woche zur Realitätserprobung Persönliche Kontakte in den Bereichen Beruf, Rechtliches, Familie, Nachsorge	Belastungserprobung im Umfeld des späteren Lebensmittelpunktes
	13. Woche	Wochenpraktikum ganztägig intern oder extern Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Belastungserprobung bei erhöhten Anforderungen
	14.-15. Woche	Wochenpraktikum ganztägig intern oder extern Fortsetzung bisher begonnener Therapieangebote	Belastungserprobung bei erhöhten Anforderungen
	23.-24. Woche	Abschlussuntersuchungen und -diagnostik Abschlussgespräche und Verabschiedung in der Gruppe Bilanzvisite 4	Abschluss, Kriseninterventionsplan, Zusammenfassung der Ergebnisse

4.5.2. Adaption

Verantwortlich für die Umsetzung der therapeutischen Inhalte ist das Adaptionsteam unter sozialpädagogischer Federführung. Das Team trifft sich mindestens einmal im Monat, um den Therapieverlauf zu bilanzieren und zu dokumentieren. Die Begleitung der Rehabilitanden erfolgt in der Regel in wöchentlichen Einzelsitzungen. Darüber hinaus finden wöchentlich themenbezogene und organisatorische Gruppen statt. Bei besonderem Bedarf besteht die Möglichkeit, Einzelgespräche zu vereinbaren. Die Teilnehmer erhalten nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Therapieziele. Den Verlauf seiner Adaption dokumentiert der Teilnehmer in einem Tagebuch bzw. Wochenplan, der ihm zu Beginn der Maßnahme ausgehändigt und regelmäßig besprochen wird.

4.6. Rehabilitationsprogramm

Das ganzheitliche Rehabilitationsprogramm orientiert sich an den vorhandenen Rehabilitationsstandards der Deutschen Rentenversicherung, hierbei ist besonders der „Therapiestandard bei Alkoholabhängigkeit“ der DRV zu nennen. Das Behandlungsteam der Bezirksklinik Hochstadt arbeitet interdisziplinär und multiprofessionell. Im Folgenden sollen die Berufsgruppen und ihre Beteiligung am Rehabilitationsprogramm dargestellt werden:

◆ **Ärztlicher Dienst:** Verantwortung der ärztlichen Leitung, allgemeinmedizinische Diagnostik und Behandlung, fachärztlich psychiatrische und psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung, themenzentrierte Interventionen zur psychischen Komorbidität, Gesundheitsbildung und Psychoedukation im Rahmen der Indikativgruppen

◆ **Psychologischer Dienst:** Verhaltenstherapeutisch orientierte Suchttherapie im Einzel- und Gruppensetting, psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung, themenzentrierte Interventionen zur Behandlung von psychischen Komorbiditäten, Förderung psychosozialer Kompetenzen, angehörigenorientierte Interventionen, Entspannungs- und Stressbewältigungstraining, Gesundheitsbildung, Förderung sozialer Integration, Freizeitgestaltung und Psychoedukation, geschlechtsspezifisches Gruppenangebot, Begleitung freizeit- und erlebnispädagogischer Angebote

◆ **Ergo- und Arbeitstherapie:** arbeitsbezogene Diagnostik, Förderung von psychosozialer Kompetenz, arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose, für Rehabilitanden mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige, Förderung sozialer Integration, Freizeitgestaltung, Begleitung freizeit- und erlebnispädagogischer

Angebote, Förderung psychosozialer Kompetenz, Förderung der Grundarbeitsfähigkeiten, Förderung sozialer Integration, gestalterische Ergotherapie, künstlerische Therapien, Freizeitgestaltung, Kognitives Training, Tiergestützte Therapie

◆ **Sporttherapie:** Förderung psychosozialer Kompetenz, Gesundheitsbildung und Muskelaufbau, Förderung sozialer Integration, Sport- und Bewegungstherapie, Begleitung freizeit- und erlebnispädagogischer Angebote

◆ **Sozialdienst:** Klärung der existentiellen Absicherung, Schuldnerberatung, Förderung sozialer Integration, arbeitsbezogene Leistungen für Arbeitslose, für Rehabilitandinnen mit Arbeit und Nicht-Erwerbstätige, Unterstützung bei der Nachsorge, Fallführende Betreuung der Adaption

◆ **Pflegedienst:** Gesundheitsbildung, Freizeitgestaltung, Begleitung freizeit- und erlebnispädagogischer Angebote, Unterstützung bei lebenspraktischen Angelegenheiten, Achtsamkeits- und Entspannungstraining, Veränderung des Freizeitverhaltens, Förderung sozialer Integration, Akupunktur, Bogenschießen

Die therapeutischen Leistungen sind in einem für die jeweilige Therapiephase angepassten Wochentherapieplan (Beispiel siehe Anhang) zusammengefasst. Dieser soll für den Rehabilitanden leicht nachvollziehbar und angemessen umsetzbar sein. Die erbrachten Leistungen inklusive BORA-Leistungen nach BORA werden nach der „Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation“ (KTL) von den jeweiligen Berufsgruppen fortlaufend in der elektronischen Krankenakte und zusammengefasst im Entlassungsbericht dokumentiert.

4.6.1 Die Grundlagenphase

Wie bereits geschildert unterteilt sich das Rehabilitationsprogramm in 4 Phasen. Ziel der Grundlagenphase ist neben der Eingewöhnung in der Klinik auch die Aneignung von grundlegenden Informationen über Therapie und Ablauf. Es erfolgt die Zuordnung zur Bezugsgruppe und den jeweiligen Bezugspersonen aller Fachbereiche. Die Einteilung zur BORA-Gruppe erfolgt durch den Oberarzt in Absprache mit dem Sozialdienst anhand der Aufnahmeunterlagen inklusive Diagnostik und Erstgespräch.

Um die Ankunft zu strukturieren wurde die Orientierungswoche konzipiert. Sie beinhaltet neben den organisatorischen Punkten wie der Elektrogeräteprüfung oder der Brandschutzeinweisung auch Informationsveranstaltungen zu Themen wie Hausregeln, Therapieangeboten und sozialrechtlichen Fragestellungen. Ein erfahrener Rehabilitand dient in dieser



Phase als Pate und unterstützt in den ersten Wochen bei der Integration in den Therapieprozess. Zudem gibt eine Einführungsveranstaltung einen Überblick über das Konzept und erklärt die Therapieangebote und ihre Bedeutung für eine erfolgreiche Therapie.

Im Rahmen der medizinischen Behandlung erfolgt neben der Diagnostik auch die Erhebung der Notwendigkeit einer Behandlung durch externe Fachärzte. Es wird die Fest- und Bedarfsmedikation auf Wirkung und Sinnhaftigkeit besprochen und ein Medikamentenplan für die Therapie erstellt. Bedarfsmedikation soll im Rahmen der Therapie soweit wie möglich durch neue eigene Fähigkeiten und Techniken ersetzt werden mit dem Ziel den Rehabilitanden im Rahmen der Selbstwirksamkeit zu ermächtigen. Zur besseren Behandlungs- und Zielplanung werden in dieser Phase zudem (die Entbindung von der Schweigepflicht vorausgesetzt) durch den ärztlichen Dienst Vorbefunde angefordert und die Einladungen für die Angehörigengruppe an Angehörige verschickt. In Zusammenarbeit mit dem Rehabilitanden und anderen Fachbereichen werden erste Indikationen und Kontraindikationen für die Therapieangebote festgelegt. Der Rehabilitand ist danach im Rahmen seiner Fähigkeiten für die zeitliche Umsetzung seiner Therapie verantwortlich. Dies bedeutet, dass der Patient die Zeit außerhalb der indizierten Therapieangebote mit Vor- und Nachbereitung verbringt und sich aktiv in die Planung und Umsetzung einbringt.

Das Team nutzt diese Phase zu medizinischen Eingangsuntersuchungen, Diagnostik, Ziel- und Problemdefinition sowie Aufnahmegesprächen in allen Fachbereichen. Im Anschluss werden die gesammelten Informationen mit dem Rehabilitanden besprochen und ein Therapieplan erarbeitet. Im Rahmen

der Orientierungswoche bindet jeder Rehabilitand sein eigenes Therapiebuch, welches ihn als Notizbuch und Reflexionshilfe über die komplette Entwöhnung begleitet. Es erfolgt außerdem die Vorstellung sowie die „Aufnahme“ in die jeweilige therapeutische Bezugsgruppe mit den ersten gemeinsamen Sitzungen. Im Rahmen der Sporttherapie wird das Grundlagenprogramm zum Kennenlernen der Angebote der Sporttherapie durchlaufen.

Im Rahmen der berufsbezogenen Diagnostik werden arbeitsrelevante Informationen sowie die Arbeits- und Schulanamnese erhoben und arbeitsplatzbezogene Ressourcen wie auch Probleme erhoben. Es erfolgt eine Einteilung in eine der fünf BORA-Gruppen (siehe 4.7.5.1) mit dem Ziel der Förderung der Teilhabe in Beruf und Gesellschaft.

Um das Ankommen im Haus und in der Therapie zu erleichtern und dem Rehabilitanden hierfür ausreichend störungsfreie Zeit einzuräumen sind nur durch das Team begleitete Ausgänge erlaubt. Besuch kann ab der nächsten Phase nach vorheriger Anmeldung und Genehmigung im Haus oder auf dem Gelände empfangen werden. Telefonischer Kontakt zu wichtigen Bezugspersonen ist außerhalb der Therapiezeiten jederzeit möglich.

Voraussetzung für den Wechsel in die nächste Stufe ist ein geregelter Tagesablauf und die Erarbeitung erster grundlegender Therapieziele. Zudem müssen die Angebote der Orientierungswoche sowie die Module der medizinischen Informationsgruppe abgeschlossen worden sein. Vom Rehabilitanden wird ein grundsätzliches Regelverständnis sowie die Einhaltung der Hausregeln gefordert. Darüber hinaus muss die Einführung in die Bezugsgruppe abgeschlossen



und der Grundlagensport absolviert sein. Besondere medizinische oder psychiatrische Kontraindikationen werden hierbei natürlich beachtet. Es wurde ein Plan über den weiteren Umgang mit Bedarfsmedikation erarbeitet.

4.6.2 Die Aufbau- und Vertiefungsphase

Ziel der Aufbau- und Vertiefungsphase ist, je nach bisheriger Therapie- und Lebenserfahrung, der Aufbau oder die Vertiefung von individuellen problem- und lösungsrelevanten Informationen. Im Rahmen der (symbolgestützten) Biografiearbeit in Einzel- und Gruppensitzungen soll ein individuelles Störungsmodell mit entsprechender Krankheits- und Behandlungseinsicht erarbeitet werden.

Der Rehabilitand beginnt für sich eine attraktive, tragfähige und realistische Zukunftsperspektive zu erarbeiten. In den Therapieeinheiten und Fachbereichen wird dies dann in jeweils realisierbare Teilschritte heruntergebrochen, die Umsetzung besprochen und mögliche Probleme, Ambivalenzen und Hindernisse gemeinsam bearbeitet. Hierbei lernt der Rehabilitand mögliche Risikosituationen in privaten wie in beruflichen Szenarien zu identifizieren und erarbeitet mögliche Lösungsstrategien. Die beginnenden Störungs- und BORA-Spezifischen Indikativgruppen und die individuelle Therapie in der Bezugsgruppe werden von den Einzelgesprächen flankiert. Im Rahmen der Sporttherapie vertieft der Rehabilitand ab diesem Zeitpunkt seine Teilnahme in einer gewählten Sportart für die Dauer von jeweils vier Wochen, dies kann durch die zusätzliche Teilnahme an anderen Angeboten ergänzt werden.

Durch ein zweiwöchiges Praktikum in der hauseigenen Mensa kann hier neben den Therapieangeboten die Tagesstruktur vertieft werden. Zudem dient es

als weiteres diagnostisches Instrument zur Beurteilung von arbeitsplatzrelevanten Fähigkeiten und Problemen. Mit Beginn der Arbeits- und Ergotherapie werden die gewonnenen Erkenntnisse rückgemeldet und mit der Bearbeitung der relevanten Bereiche begonnen.

Nach dem Wechsel in die Aufbau- und Vertiefungsphase sind die ersten Ausgänge möglich, zudem kann auf dem Gelände nach Vorbesprechung Besuch empfangen werden. Der Rehabilitand soll hier den geschützten Rahmen nutzen um auch im Bereich der Freizeitgestaltung neue Erfahrungen zu machen und individuelle abstinenzförderliche Aktivitäten für den weiteren Verlauf entdecken. Ausgänge sind durch den Rehabilitanden vor- und nachzubereiten und sollen bezüglich Besonderheiten (positiv und negativ) mit dem Team besprochen werden.

Für einen Wechsel in die Transferphase ist, neben der Beibehaltung der Erfolge der Grundlagenphase, der Abschluss des Mensapraktikums, die aktive Teilnahme an Sport-, Ergo- und Arbeits- und Psychotherapie Voraussetzung. Zudem wird der Abschluss von zehn Einheiten Entspannungstherapie und der Basisgruppe Sucht erwartet. Der Rehabilitand muss mögliche Risikosituationen erarbeitet und sich erste Lösungsstrategien bereitgelegt haben und eine aktive Freizeitgestaltung vorweisen. Die entsprechenden Indikativgruppen und die Biografiearbeit müssen begonnen sein und der Rehabilitand sollte ein grobes Bild der Zukunftsplanung nach Abschluss vorweisen können. Zudem sollte die erste Kontaktaufnahme zu relevanten Bezugspersonen erfolgt sein.

4.6.3 Die Transferphase

In der Transferphase verlegt sich der Fokus auf die

Umsetzung der erarbeiteten Strategien im Alltag außerhalb der Klinik und im familiären Umfeld. Daher sind spätestens in dieser Phase auch Angehörigen- oder Bezugspersonengespräche verortet, zudem macht es individuell Sinn Kontakt zur Arbeitsstelle aufzunehmen oder mit der Suche einer neuen Arbeitsstelle zu beginnen. Hierbei erhält der Rehabilitand entsprechend seiner BORA-Gruppe und der aktuellen Problemlagen Unterstützung (zum Beispiel durch Bewerbertraining oder EDV-Kurse) durch den therapeutischen Dienst.

Durch ständige Reflektion der Ergebnisse können Strategien in der Einzel- und Gruppentherapie angepasst oder verstärkt werden. Im Rahmen der Ausgänge sollen darüber hinaus auch arbeitsrelevante und sozialrechtliche Angelegenheiten bearbeitet werden. Eine aktive und abwechslungsreiche Freizeitgestaltung wird gefördert und gefordert.

Die in der vorherigen Phase begonnen Indikativgruppen werden abgeschlossen und durch neue relevante Indikativgruppen ersetzt. Zudem nimmt der Rehabilitand weiter an den Angeboten der Entspannungstherapie teil und kann zudem im Rahmen der Achtsamkeits- und Genussgruppe neue Erfahrungen und Erkenntnisse sammeln. Abgerundet wird das Angebot durch Vorträge zu Sucht- und Arbeitsplatzrelevanten Themen (zum Beispiel Stress am Arbeitsplatz oder Umgang mit Langzeitarbeitslosigkeit).

Die Perspektive soll über den Klinikaufenthalt erweitert werden, hierdurch rücken Themen wie Nachsorge, Adaption oder eine eventuelle Verlängerung der Therapie in den Fokus. Bei Bedarf werden hier auch Kostenübernahmen in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst beantragt.

Die anstehende Woche zur Realitätserprobung (Rea-Woche) wird durch den Rehabilitanden vorgeplant und mit den jeweiligen Bezugstherapeuten vorbesprochen. Die Rea-Woche bildet dann den ersten Teil der abschließenden Eingliederungsphase.

In der Transferphase besteht die Möglichkeit alle vorherigen Ausgänge weiter zu nutzen und zudem Wochenendheimfahrten an den späteren Lebensmittelpunkt durchzuführen. Voraussetzung ist eine ausreichende Kenntnis möglicher Risikosituationen und entsprechender Lösungsstrategien im Rahmen eines Notfallplans. Die Heimfahrten werden vorher mit dem jeweiligen Bezugstherapeuten und in der Gruppe auf mögliche Aufgaben, Risiken und Möglichkeiten besprochen und müssen genehmigt werden.

Notwendig für einen Phasenwechsel sind, zusätzlich zu den vorherigen Phasen, der Abschluss der Indikativgruppen und die Teilnahme an zehn weite-

ren Sitzungen der Entspannungsangebote. Zudem muss die Planung der Rea-Woche abgeschlossen und besprochen und die Nachsorge und der spätere Lebensmittelpunkt inklusive der Leistungen zum Teilhabe am Arbeitsleben geklärt sein. Es sollte Kontakt zu Arbeitgebern und Angehörigen aufgenommen worden sein.

4.6.4 Die Eingliederungsphase

Die Eingliederungsphase bildet die Abschlussphase der Therapie. Zu Beginn dieser Phase erfolgt die Rea-Woche, welche neben einer Belastungserprobung im Entlassungsumfeld auch Kontaktaufnahmen zu Nachsorgeeinrichtungen, Arbeitgebern, juristischen Einrichtungen und eventuelle Bewerbungsgespräche beinhalten sollte. Zu der Kontaktaufnahme zu wichtigen externen Bezugspersonen kommt in dieser Woche auch die Erprobung der erlernten Strategien und abstinenzförderlichen Aktivitäten. In ausführlichen Nachbesprechungen in der Bezugsgruppe und im Einzelkontakt sollen hierbei Ressourcen und weiterführende Themen beziehungsweise auch Themen für eine mögliche Nachsorge erarbeitet werden. Auf die Woche zur Realitätserprobung folgt eine weitere Woche Mensa-Praktikum mit der Möglichkeit eines Vergleichs der Problembereiche in Bezug auf den ersten Teil des Praktikums. Hierauf folgt die eigentliche „Vollzeit-Praktikumswoche“, die entweder intern (in einem der Bereiche der Arbeitstherapie oder der Haustechnik) oder extern absolviert werden kann.

Gegen Ende der Phase startet ein erneuter Diagnostikprozess mit der Frage, ob sich in den Problembereichen nachweislich Verbesserungen ergeben haben. Die Therapie wird zusammengefasst und mögliche weitere Schritte vorbesprochen. In allen Therapiebereichen wird gemeinsam Bilanz gezogen, nützliche Strategien werden herausgehoben und Anzeichen für drohende Verschlechterungen im Notfallplan festgehalten. Zudem sollen Fragen bezüglich der Einkommensklärung nach Entlassung abgeschlossen werden.

Ein nahtloser Übergang in das Entlassungsumfeld oder die Nachsorge ergibt das Ende der Behandlung.

4.6.5 Die Adaption

Thematisch wird an die Ergebnisse der stationären Entwöhnungsphase angeknüpft. Dabei werden folgende Themenbereiche bearbeitet:

◆ **Soziale Reorganisation:** Orientierung in einem neuen, strukturierenden und Abstinenz fördernden Umfeld, und Wiederherstellung tragfähiger sozialer Kontakte, Bearbeitung vorhandener Nahbeziehungen (Herkunftsfamilie, Kinder, Partnerschaften, Freundschaften), realistische Strukturierung des Tagesablaufes.

◆ **Berufliche Orientierung:** Profiling, Vermittlung von Praktika, Arbeits- und Belastungserprobung möglichst unter den Bedingungen des ersten Arbeitsmarktes, Bewerbungstraining, Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.

◆ **Freizeitangebote:** Erstellen eines Wochenplanes mit aktiver, spannungs- ausgleichender, befriedigender und Sinn gebender Tages- und Freizeitgestaltung ohne Suchtmittel; Wiederentdeckung und Förderung von Ressourcen; körperlicher Ausgleich.

◆ **Rückfallprävention:** Erstellung und regelmäßige Aktualisierung eines individuellen Krisenplanes, offener Umgang mit und Schutz vor suchgefährdeten Situationen, gegebenenfalls schnelles Reagieren auf einen erfolgten Suchtmittelrückfall mit zeitnaher Intervention (Entzugsbehandlung soweit nötig, Rückfallbearbeitung mit Bezugstherapeuten und in der Gruppe); Einführung von abstinenz- und zufriedenheitsfördernden Ritualen.

◆ **Nachbetreuung:** Der Aufbau von Kontakten zu den nachbetreuenden Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe wird aktiv gefördert. Dabei ist der Besuch örtlicher Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen - soweit verfügbar - für Rehabilitanden verpflichtend. Bei psychiatrischer Komorbidität werden Kontakte zu entsprechenden Facheinrichtungen gefördert.

◆ **Entlassung:** Die Adaption ist erfolgreich beendet, wenn ein Arbeits-, Umschulungs- oder Ausbildungsplatz zur Verfügung steht und eine geeignete Wohnung oder ein Platz im betreuten Wohnen vorhanden ist.

4.7. Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Am Aufnahmetag erfolgen das ärztliche und pflegerische Aufnahmegespräch, eine erste Anamnese und die körperliche Untersuchung. Das Aufnahmegespräch mit dem Bezugstherapeuten und die Ermittlung des sozialrechtlichen Beratungs- und Interventionsbedarfs werden im Lauf der einwöchigen „Orientierungsphase“ durchgeführt. Am Aufnahmetag erfolgt eine Einteilung in die Bezugsgruppe, hierbei wird besonders auf die BORA-Gruppe sowie die vorwiegend konsumierte Substanz geachtet.

In den ersten Wochen lernt der Rehabilitand die einzelnen Bestandteile der Therapie kennen und macht sich mit den Regeln und Gepflogenheiten der Klinik vertraut. Hierbei finden die Einführung in die Hausordnung und den Therapieablauf, die psychologische und arbeitsplatzbezogene Diagnostik, die Vorbereitung auf die Psychotherapie im Sinne einer

vertiefenden Motivation, die sozialpädagogische und ergotherapeutische Diagnostik und die notwendigen medizinischen Untersuchungen statt. Das Engagement des Rehabilitanden wird beobachtet und bewertet, Therapiehindernisse (zum Beispiel mangelnde Gruppenfähigkeit oder Sprachkenntnisse, Aggressivität oder die Neigung zur psychotischen Dekompensation) werden überprüft, die individuellen Therapieziele festgelegt und mit dem Rehabilitanden erarbeitet. Die erhobenen Informationen werden mit dem Rehabilitanden besprochen und in der elektronischen Krankenakte und dem Entlassungsbrief dokumentiert.

Um unseren neu im Haus ankommenden Rehabilitanden einen möglichst leichten Start in die Therapie zu ermöglichen, wurde das Amt des Paten eingerichtet, bei dem ein erfahrener Rehabilitand den Neuankömmling unterstützen soll. Der Zeitraum für das Patenamts beträgt mindestens zwei Wochen und beginnt am ersten Tag der Orientierungsphase. Die Aufgabe des Paten ist es, dem noch unerfahrenen Rehabilitanden mit Informationen und praktischer Anleitung zur Seite zu stehen. Diese beinhalten neben einer Führung durch das Haus und Hilfestellung zum Ankommen in der Hausgemeinschaft auch Erklärungen über Termine, das Regelwerk und eine Vorstellung der Möglichkeiten der Freizeitgestaltung im Haus. Die Paten unterstützen die Neuankömmlinge auch darin, aufkommende Konflikte und Probleme in der Gruppe bzw. mit ihrem Therapeuten zu besprechen.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Um den Therapieplan individuell auf die Ziele und Bedürfnisse des Rehabilitanden abzustimmen ist der Behandlung eine ausführliche Diagnostik in allen relevanten Bereichen vorgeschaltet. Zu Beginn der Therapie (Eingangstestung) geht es um die standardisierte und umfassende Bestimmung und Beschreibung der Ausgangslage (Funktionen: Deskription, Klassifikation, Problemdefinition). Neben einer umfassenden Problemanalyse und -beschreibung geht es in dieser Phase auch um die Indikationsentscheidung zur Durchführung einer Behandlung und die Ableitung möglicher Prognosen. Psychodiagnostik im Verlauf (therapiebegleitende Diagnostik) hat unterschiedliche Funktionen. Während es einerseits darum geht, wie zum Beispiel der Rehabilitand die durchgeführte Therapie erlebt, geht es andererseits auch darum, den Grad der Annäherung an die Therapieziele zu bestimmen. Das Ausmaß der Ist-/Solldiscrepanz dient dabei als Ausgangspunkt für die Optimierung des Therapieprozesses. Bei Therapieende (Abschlusstestung) stehen vor allem Fragen der Bestimmung der Effektivität im Vordergrund; diese sind insbesondere unter dem Blickwinkel der Überprüfung der Qualität der therapeutischen Arbeit zu bewerten



(Ergebnisqualität). Es geht dabei um Abschätzung und Messung der individuell erzielten Erlebens- und Verhaltensänderungen und Ermittlung des weiteren therapeutischen Bedarfs nach dem Abschluss der stationären Behandlung. Alle erhobenen Daten fließen in den multidisziplinären Fallbesprechungen zusammen und werden mit dem Rehabilitanden besprochen. Die erhobenen Daten dienen als Grundlage für die Therapieplanung. Neben den berufsgroupenspezifischen Daten werden im Verlauf der Therapie multiprofessionell Daten zu Förderfaktoren (Ressourcen) und möglichen Barrieren gesammelt.

◆ **Medizinische Diagnostik:** Bei der Aufnahme erfolgt eine umfassende Anamneseerhebung. Der aktuelle allgemeinmedizinische, neurologische, psychische und arbeitsplatzbezogene Befund wird erhoben. Zum Aufnahmeprozedere gehören standardisierte laborchemische Untersuchungen von Blut. Im Urin wird, während der gesamten Therapiezeit, ein Drogenscreening durchgeführt. Bei Bedarf werden zusätzliche Abklärungen bei niedergelassenen Ärzten oder in Fachambulanzen durchgeführt.

◆ **Psychologische Diagnostik:** Im Rahmen der testpsychologischen Diagnostik wird eine, aus diversen Untertests bestehende, Testbatterie genutzt. Besonderes Augenmerk wird hierbei auf die Persönlichkeit, die Grundintelligenz, die Fähigkeit zur Stressbewältigung, das aktuelle psychische Befinden und auf die Aufmerksamkeit gelegt. Zudem erfolgt eine testpsy-

chologische Diagnostik bezogen auf arbeitsplatzbezogene Fähigkeiten und Problemlagen. Fakultativ stehen bei Hinweisen auf weitere psychische Störungen (zum Beispiel Persönlichkeitsstörungen, ADHS, Traumata ...) auch eine große Auswahl anderer Testverfahren zur Verfügung. Neben der testpsychologischen Diagnostik finden sich hier auch Elemente aus den Aufnahmegesprächen und dem Anamnesebogen wieder, hierbei soll besonders die Frage der Krankheitsentstehung und -entwicklung erhoben werden. Die Daten werden durch die Biografierarbeit ergänzt.

Folgende Testverfahren werden regelhaft bei Aufnahme durchgeführt:

Wiener Matrizen-Test 2 (WMT-2): Entsprechend dem Aufgabentyp erfasst der Test die Fähigkeit zum schlussfolgernden Denken im Umgang mit abstrakten Symbolen. Hiermit soll ein Grundwert für die Intelligenz des Rehabilitanden erhoben werden.

Fragebogen zur Stressverarbeitung (SVF): Der SVF ermöglicht die Erfassung von Bewältigungs- bzw. Verarbeitungsmaßnahmen in belastenden Situationen.

Symptom-Checklist-90-Standard (SCL-90-S): Die SCL-90-S misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen bis heute.



Inventar Klinischer Persönlichkeitsakzentuierungen (IKP): Das Grundinventar IKP-G erfasst 11 offizielle Diagnoseeinheiten nach DSM-IV und ICD-10. Darüber hinaus erschließt es Persönlichkeitsakzentuierungen, die differenzialdiagnostische Entscheidungen zwischen DSM-IV und ICD-10 ermöglichen und die Behandlungsplanung vereinfachen.

Continuous Performance Test (CPT): Mit dem Aufmerksamkeitstest CPT werden die selektive Aufmerksamkeit, die Daueraufmerksamkeit und impulsives Verhalten erfasst.

Bei Bedarf kann die Diagnostik durch störungsspezifische Tests wie das Becks Depressionsinventar (BDI-II), das Becks Angstinventar (BAI), das Montreal Cognitive Assessment (MoCA), den Mini-Mental-Status-Test, das Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (ESI), das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), das Essner Trauma-Inventar (ETI) oder die Homburger ADHS-Skalen für Erwachsene (HASE) bzw. die revidierte Fassung der integrierten Diagnose von ADHS im Erwachsenenalter (IDA-R) erweitert werden.

◆ **Ergotherapeutische Diagnostik:** Die ergotherapeutische Diagnostik dient zur Leistungsüberprüfung lebenspraktischer und beruflich erforderlicher Schlüsselfähigkeiten in den Bereichen kognitive Merkmale, soziale Merkmale, psychomotorische Merkmale, Merkmale zur Art der Arbeitsausführung und Merkmale aus den Bereichen Kulturtechniken/Kommunikation. Die ergotherapeutische Funktionsdiagnostik ist prozessorientiert und die Frage, wie ein Klient zum Ergebnis gelangt, dominiert vor dem Ergebnis selbst. Der größte Teil der ergotherapeutischen Diagnostik bildet das Binden des Therapiebuches. Je-

der Rehabilitand bindet in der ersten Woche anhand eines Leittextes eigenständig sein Therapiebuch. Hierbei werden sämtliche Fähigkeiten gefordert, die der Rehabilitand im (beruflichen) Alltag benötigt. Im Anschluss darf der Rehabilitand seine Fähigkeiten selbst einschätzen. Inhalt, Durchführung und Ergebnis der ergotherapeutischen Diagnostik werden mit dem Rehabilitanden besprochen.

◆ **Arbeitsbezogene Diagnostik:** Im Rahmen der Aufnahme in der Ergo- und Arbeitstherapie findet eine erste arbeitsbezogene Anamnese statt. Ergänzt werden die dadurch gewonnenen Daten durch die Ergebnisse des Würzburger Screeningverfahrens (welches der Patient bereits mit den Aufnahmeunterlagen erhält) und des Kurzfragebogens zur Arbeitsanalyse (KFZA) sowie der computergestützten Auswertung des Fragebogens AVEM. Hieraus wird neben der Einteilung in die BORA-Gruppen auch ein arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensprofil abgeleitet und mit den vorhandenen Musterprofilen verglichen. Es werden dann für ausgewählte Rehabilitanden, die Arbeitsproben des Instrumentariums zur Diagnostik von Arbeitsfähigkeiten zur Bearbeitung vorgelegt. In die arbeitsbezogene Diagnostik fließen zudem Verlaufsbeobachtungen aus der Arbeits- und Ergotherapie ein.

◆ **Sozialpädagogische Diagnostik:** Zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung stellt sich die Frage nach dem fachlich begründeten und angemessenen individuellen Hilfebedarf. Um sich über diesen Bedarf ein möglichst genaues Bild machen zu können, wird während der einwöchigen Orientierungsphase mit dem Rehabilitanden eine soziale Diagnostik durchgeführt, die dann als Basis für den darauffolgenden Behandlungsplan dient. Die Datenerhebung findet

grundsätzlich in Form eines Interviews statt. Die Informationen werden in einem ausführlichen Anamnesebogen festgehalten. Hier geht es neben der Kostensicherung auch um wirtschaftliche Grunddaten, finanzielle und juristische Themen und Arbeits-, Wohn- und Aufenthaltsverhältnisse. Zudem werden die bisherige Inanspruchnahme des Suchthilfesystems, soziale Netzwerke, Betreuungsverhältnisse und auch der Umgang mit Freizeitverhalten beleuchtet. Ergänzt werden die im persönlichen Gespräch erhobenen Informationen durch weitere diagnostische Hilfsmittel, die der Rehabilitand alleine ausfüllt und bearbeitet. Hierzu zählen eine Gläubigerliste und ein Haushaltsplan. Im Rahmen der Gespräche werden auch Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe an Lebensbereichen erfasst und dokumentiert.

4.7.3 Medizinische Therapie

Der ärztliche Direktor trägt gemeinsam mit dem Oberarzt (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) die Verantwortung für die konzeptionelle Entwicklung der Klinik mit besonderem Blick auf die medizinischen Inhalte, insbesondere eine fachlich adäquate Rehabilitandenversorgung. Der Oberarzt ist zusätzlich mit dem weiteren Leitungsteam für die Belegung, die Behandlungsqualität und die Einhaltung der durch die Gesetzgebung, die Kostenträger und das Qualitätsmanagement gestellten Vorgaben verantwortlich.

Im Rehabilitationsteam sind die Ärzte neben der Durchführung der wöchentlichen Pflichtvisiten und der Visiten bei akuten psychiatrischen und somatischen Beschwerden auch für die Aufnahme und Entlassung der Rehabilitanden verantwortlich. Sie sind an der Psychoedukation im Rahmen von Informationsvorträgen beteiligt und leiten Rehabilitanden im Rahmen der Gesundheitsbildung an. Auch die Angehörigengruppe wird durch einen Arzt geleitet und der ärztliche Dienst beteiligt sich an der Planung von Veranstaltungen und Angeboten der Klinik. Weitere Aufgaben sind: Teilnahme an Teamsitzungen und Bilanzvisiten, Supervisionen und Interventionen, Rufbereitschaftsdienst, Krisenintervention, Erstellung und Korrektur ärztlicher Berichte, die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten vor Ort sowie die Kontaktaufnahme mit vor- und nachbehandelnden Ärzten.

Die medizinische Behandlung konzentriert sich in der Aufnahmephase nach der Eingangs-Diagnostik auf die Einleitung notwendiger Behandlungsmaßnahmen. Im weiteren Verlauf verlagert sich der Schwerpunkt auf die Verlaufsdagnostik und Behandlung interkurrenter Erkrankungen. Psychische komorbide Erkrankungen können entsprechend des Indikationsspektrums durch den Oberarzt fachlich diagnostiziert und behandelt werden. Medikamente

mit Missbrauchs- oder Suchtpotenzial werden von uns allgemein nicht verwendet, auch eine Substitutionsbehandlung findet in der Bezirksklinik Hochstadt nicht statt. Alle Erkrankungen (suchtbezogen und interkurrent) werden, soweit möglich, mit den Mitteln der Klinik behandelt. Bedarfsweise können dabei auch konsiliarische Abklärungen bei Ärzten anderer Fachrichtungen durchgeführt oder die Hilfe naheliegender somatischer oder psychiatrischer Versorgungskliniken in Anspruch genommen werden.

Fünfmal wöchentlich wird eine Sprechstunde durch den Oberarzt oder Assistenzarzt abgehalten. Jeder Rehabilitand kann sich hierfür anmelden. Durch die Stationsärzte werden täglich Visiten oder Sprechstunden angeboten. In den Zeiten dazwischen kann jederzeit bei Fragen oder Problemen das Pflegepersonal angesprochen werden, welches im Bedarfsfall den ärztlichen Dienst hinzuzieht. Rund um die Uhr gibt es eine fachärztliche Rufbereitschaft.

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und andere Gruppenangebote

Einzel- und Gruppentherapie werden von uns als sich gegenseitig flankierende ergänzende Maßnahmen aufgefasst wobei der zeitliche Schwerpunkt der Behandlung auf den Gruppentherapieangeboten liegt. Wie bereits beschrieben verfolgt die Klinik einen integrativen Ansatz welcher vom Grundverständnis verhaltenstherapeutisch geprägt ist, aber auch je nach Bedarf Methoden anderer Psychotherapierichtungen aufgreift. Eckpfeiler der Therapie sind neben den individuellen Bedürfnissen insbesondere das Selbstmanagement und die Motivationsarbeit. Die Angebote orientieren sich dabei an den fachlichen Vorgaben sowie an den Bedürfnissen und Zielsetzungen der Rehabilitanden.



4.7.4.1 Einzelgespräche

Das Ausmaß der Einzeltherapie ergibt sich aus dem individuellen Störungsbild. Im Rahmen der Einzeltherapie begleitet das therapeutische Team den Rehabilitanden auf dem Weg von der Zielfindung bis hin zur letztendlichen Stabilisierung der neuen Verhaltens- und Denkweisen. Wie bereits erwähnt können hier neben der klassischen suchtbezogenen Therapie auch komorbide Störungen und berufliche Problemlagen besprochen und behandelt und individuelle Lösungsstrategien erarbeitet werden. Die Einzelgespräche werden hierbei je nach Bedarf wöchentlich mit einem Umfang von 30 oder zweiwöchentlich mit einem Umfang von 60 Minuten angeboten. Bei Notfällen oder in Krisensituationen wird die Frequenz und die Dauer entsprechend des Bedarfs angepasst.

4.7.4.2 Gruppengespräche

„Die Behandlung wurde erst dann erfolgreich, als sie die Gruppentherapie zu ihrem zentralen Bestandteil machte. [...] Das Gruppensetting in der Suchttherapie ist von zentraler Bedeutung und ist durch andere Maßnahmen nicht ersetzbar“ (Vogelgesang, 2020). Die Suchttherapie in der Bezirksklinik Hochstadt findet daher schwerpunktmäßig im Rahmen von therapeutischen Bezugsgruppen und Indikativgruppen statt.

◆ Die **Bezugsgruppe** wird zu Beginn der Therapie anhand der BORA-Gruppe sowie der Einweisungsdiagnose festgelegt. Die Bezugsgruppe bildet bis zum

Ende der Therapie eine eigenständige halboffene Therapiegruppe, welche sich drei Mal pro Woche zu Sitzungen mit 90 Minuten zusammenfindet. Die Inhalte der Gruppe richten sich nach den individuellen Themen und Problemlagen der Rehabilitanden und werden ergänzt durch rotierende Themenblöcke wie Emotionsregulation, Psychoedukation zur Sucht und komorbiden Störungsbildern oder strukturiertes Problemlösen. Die Gruppengröße liegt bei der Therapie von Menschen mit Drogenabhängigkeit bei maximal 8 Rehabilitanden, bei der Therapie von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit bei maximal 12 Rehabilitanden. Jede ea bekommt ein festes Therapeuten-Team bestehend aus Psychologen, Sozialpädagogen und Arbeits/Ergotherapeuten zugeteilt.

◆ Unter **Indikativgruppen** laufen Therapiegruppen bei denen im Rahmen der Aufnahme, über die Einteilung in eine BORA-Gruppe oder bei einer der im vierwöchigen Turnus stattfindenden Bilanzvisite eine Notwendigkeit der Teilnahme festgestellt wird. Sie finden in der Regel mit einer Sitzung mit 60-90 Minuten pro Woche statt. Im Folgenden sollen die Indikativgruppen mit ihren Inhalten kurz vorgestellt werden:

◆ **Basisgruppe Sucht:** Das Programm basiert auf einem lerntheoretischen Entstehungsverständnis von Sucht und Abhängigkeit, das biologische Einflussfaktoren modellhaft berücksichtigt. Ziele des Programms sind die Wissensvermittlung zu den Themen Abhängigkeit und Sucht, die Förderung des



Krankheitsverständnisses und der Krankheitseinsicht und die Motivation zum aktiven Ausstieg aus dem Suchtkreislauf.

◆ **Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK):**

Rehabilitanden berichten oft über sehr ähnliche Probleme in ihrem sozialen Verhalten: Sie haben häufig Schwierigkeiten in sozialen Beziehungen im privaten und beruflichen Umfeld. Vor allem damit, im ganz alltäglichen Kontakt mit den Mitmenschen ihre eigenen Gefühle, Wünsche, Forderungen und Bedürfnisse einzubringen und für sich selbst befriedigend zu verwirklichen. Eine Verbesserung ihrer sozialen Kompetenzen ist das Ziel dieser Indikationsgruppe. Die Rehabilitanden lernen innerhalb des GSK, überwiegend auf der Verhaltensebene, Strategien kennen und üben sich in ihren Bedürfnissen klar mitzuteilen, sich zu behaupten und sich auseinanderzusetzen.

◆ **Rückfallprävention:** Um einen dauerhaften Erfolg der Rehabilitation zu sichern, ist es in der Therapie von Abhängigen von besonderer Bedeutung, eine Vorbereitung auf kritische Situationen im Hinblick auf Rückfälligkeit zu gewährleisten. Wir bieten hierfür eine praxisorientierte Indikationsgruppe für Alkoholiker (Körkel & Schindler, 2013) sowie für Drogenpatienten (Klos & Görgen, 2020) an. Der Rehabilitand soll erlernen, „kritische“ Situationen zu erkennen und zu meiden und sich stattdessen ein sicheres Umfeld zu schaffen. Die Wahrnehmung psychischer Veränderungen wie Anspannung, Gereiztheit oder Depression soll geschärft und diese Veränderungen als mögliche Warnsignale erkannt werden. Alternative Bewältigungsstrategien wie Organisation einer Nachsorge, Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe oder Nutzung des Entspannungstrainings werden vermittelt.

◆ **Gruppe zur Abhängigkeit von amphetamintypischen Substanzen (ATS-Gruppe):** Die ATS-Gruppe orientiert sich an Matrix-Modell (Obert, 2016) zur ambulanten Intensivbehandlung von Störungen durch Stimulantienkonsum. Ausgehend von den bisherigen neurobiologischen Erkenntnissen über die psychischen Wirkungen und besonderen Gefahren (Neurotoxizität) der Stimulanzien vom Amphetamintyp ist das Therapiemodell durchgängig neurobiologisch-verhaltenstherapeutisch.

◆ **Cannabis-Gruppe:** Die Cannabis-Gruppe orientiert sich an den deutschen Manualen „CAN Stop“ (Thomasius, et al., 2022) und dem modularen Therapiemanual „CANDIS“ (Hoch, et al., 2010) und wird ergänzt durch Einheiten aus dem „Brief Counseling for Marijuhana Dependence“ (Steinberg, 2005). Inhalte der Gruppe sind neben einer kritischen Auseinandersetzung mit den Motiven für den Cannabis-Kon-

sum und dem „gesellschaftlich tolerierten Konsum“ auch Informationen zu Risiken und Gefahren des Konsums. Die Teilnehmer sollen im Verlauf eigene Risiko- und Schutzfaktoren erarbeiten und einen kritischen Blick auf ihr Umfeld und den Freundeskreis werfen. Zudem sollen Strategien für den Umgang mit Suchtdruck und Verlangen vermittelt und Notfallstrategien erarbeitet werden.

◆ **Stressbewältigung:** Eine Vielzahl von Rückfällen wird durch unspezifische Belastungen und Stressfaktoren ausgelöst, auch Konflikte im Rahmen des Arbeitsverhältnisses lassen sich oft auf ein gestiegenes Stress- und Anforderungsniveau zurückführen. Im Rahmen der Stressbewältigung in Anlehnung an Kaluza (2015) und Drexler (2006) sollen die Teilnehmer lernen, eigene Denkmuster zu erkennen und zu verändern, zudem soll ein Verständnis für eigene stressverschärfende Gedanken und Oberpläne und ein Grundverständnis für die adaptive und maladaptive Funktion von Stress aufgebaut werden. Auch die körperlichen Auswirkungen von Stress sowie eine gesunde Freizeitplanung werden behandelt.

◆ **Frauengruppe:** Die Frauengruppe bietet den Rehabilitandinnen in Hochstadt ein eigenes Forum. Sie findet einstündig einmal wöchentlich statt und wird von einer Psychologin therapeutisch geführt. Themen und Zielsetzungen sind die Verbesserung der Kommunikation unter den Frauen und die Reflexion der Position als Frau inklusive Verbesserung der Bedürfniswahrnehmung und Bedürfnisäußerung. Zudem bietet die Gruppe einen Rahmen für frauenspezifische Themen und einen geschützten Rahmen zur möglichen Auseinandersetzung mit Gewalt, Sexualität, Missbrauch, Prostitution und Gefühlen von Rivalität und Konkurrenz.

◆ **Achtsamkeit und Genuss:** Im Rahmen der Achtsamkeitsgruppe erlernen die Rehabilitanden die „nicht wertende, achtsame Haltung“ und trainieren diese. Die sinnesbezogenen Blöcke werden durch Elemente der achtsamkeitsbasierten Rückfallprävention (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2012) ergänzt. Die Genussgruppe fokussiert sich auf je eine Sinneswahrnehmung pro Stunde und arbeitet nach dem Modell der „Kleinen Schule des Genießens“ (Lutz, 2008).

◆ **Bogenschießen:** Das Bogenschießen wird in der Klinik sowohl unter dem Freizeit- wie auch unter dem therapeutischen Aspekt betrieben. Hierzu wurden Mitarbeiter aus verschiedenen Fachbereichen in den Bereichen Bogensport und therapeutisches Bogenschießen ausgebildet. Beim therapeutischen Bogenschießen liegt der Fokus der therapeutischen Arbeit mit einer Kleingruppe (maximal 5 Personen) bezie-

hungsweise mit einem einzelnen Rehabilitanden. Die zu bearbeitenden Themen kommen direkt aus der Diagnostik und der laufenden Therapie, es erfolgt ein Austausch zwischen allen Fachgruppen.

◆ **Angehörigengruppe:** Die Partner und Angehörigen sollen in erster Linie die Klinik und ihre Mitarbeiter kennen lernen, werden gleichzeitig über den Ablauf der Therapie im Allgemeinen informiert und erhalten zum Beispiel Informationen über medizinische und sozialrechtliche Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauches. Die Gruppe findet zu einem Termin im Monat statt

4.7.5 Arbeitsbezogene Interventionen

4.7.5.1. Erwerbsbezug in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)

Mit der „medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation“ (MBOR) und deren Spezialisierung der Arbeitsgruppe „Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker“ (BORA) wurden von der Deutschen Rentenversicherung spezifische Behandlungsstrategien zur Optimierung der medizinischen Rehabilitation entwickelt (Deutsche Rentenversicherung, 2014). Für eine Einstufung sind grundsätzlich die vorangegangene Arbeitssituation und eventuelle spezielle Problemlagen ausschlagge-

bend. Die Bezirksklinik Hochstadt verfügt über eine gut ausgestattete Schreinerei, über einen großen Gartenbereich mit Gewächshaus, darüber hinaus werden der Hauswirtschaftsbereich (Reinigung und Mensa) sowie die Einsatzbereiche der Haustechnik und der Instandhaltung. Diese werden für BO-RA-spezifizierte arbeitstherapeutische Ziele genutzt. Angeleitet werden die Rehabilitanden hierbei von einem Ergotherapeuten oder einem Arbeitstherapeuten. Der Rehabilitand erhält bereits in der Orientierungswoche durch je eine Informationsveranstaltung des Sozialdienstes und der Ergotherapie/Arbeitstherapie die relevanten Informationen über den möglichen Verlauf und die Angebote.

Wir gehen in unserer Arbeit davon aus, dass der Suchtentstehung sowie den arbeitsweltbezogenen Problemen oft die gleichen Prozesse (z.B. soziale Unsicherheit oder Depression) zugrunde liegen. Die BORA-orientierte Behandlung wird dazu mit anderen spezifischen Behandlungskomponenten der Suchttherapie zu einem Gesamtkonzept kombiniert. Die jeweiligen Berufsgruppen nehmen zudem arbeitsplatzrelevante Problemstellungen in die Einzel- und Gruppengespräche auf.

Für die BORA-Zielgruppen ergeben sich somit folgende Behandlungspläne:

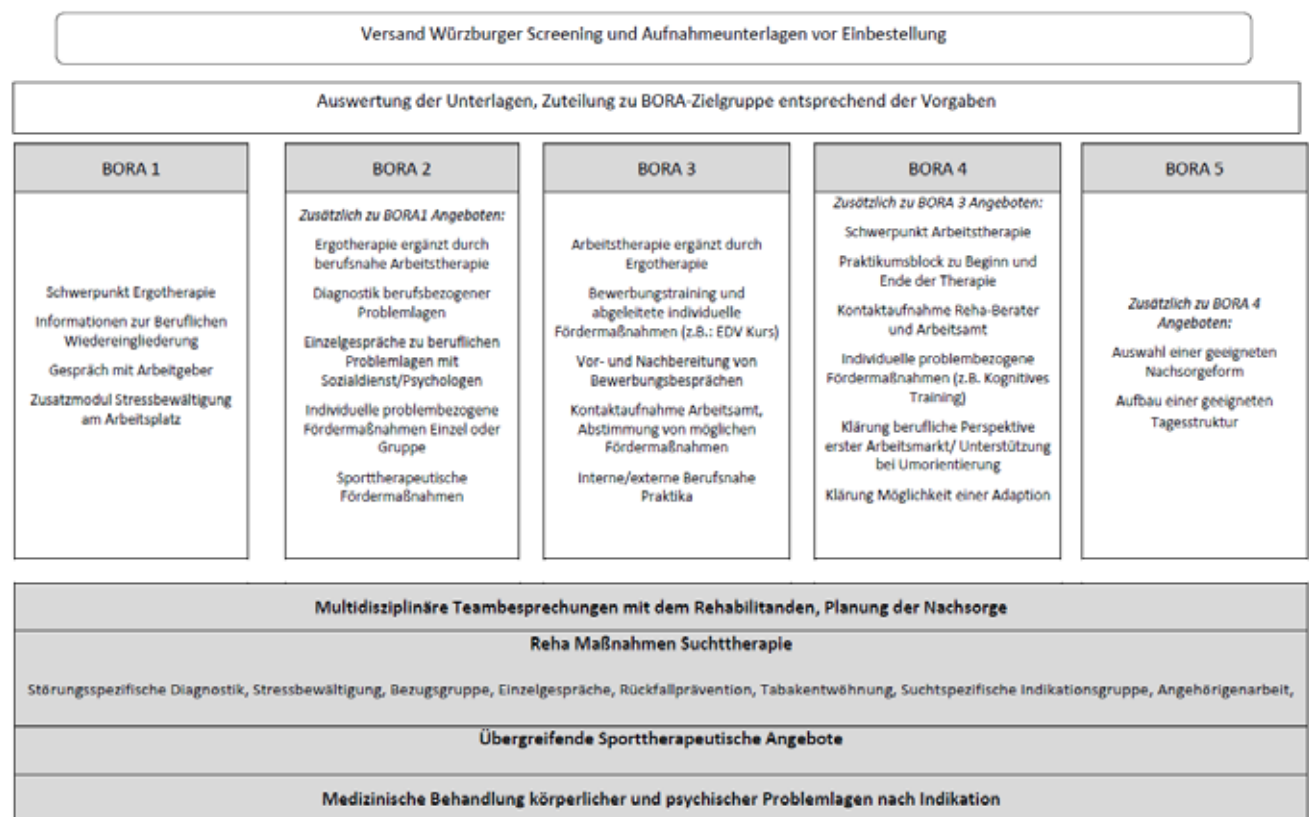


Abbildung 4: Überblick Gesamtkonzept und BORA

◆ **BORA-Zielgruppe 1:** Es besteht ein Arbeitsverhältnis ohne spezielle arbeitsbezogene Problemlagen. Rehabilitanden in dieser Gruppe haben den geringsten arbeitsbezogenen Förderbedarf, die Therapie fokussiert sich daher auf die Suchtmittelabhängigkeit und die Zusammenhänge mit dem Arbeitsverhältnis bzw. dem Arbeitsplatz. Im Verlauf der Therapie ist die Vorbereitung der Rückkehr an den Arbeitsplatz wichtig. Hierzu wird über die Möglichkeit der beruflichen Wiedereingliederung informiert und gegebenenfalls bei der Umsetzung unterstützt. Ein Gespräch mit dem Arbeitgeber und/oder dem beruflichen Wiedereingliederungsmanagement wird angeboten. Die Stressbewältigungsgruppe wird um das Modul „Stress am Arbeitsplatz“ erweitert.

◆ **BORA-Zielgruppe 2:** Die Rehabilitanden befinden sich in einem Arbeitsverhältnis, es liegen aber besondere berufliche Problemlagen vor. Zusätzlich zu den Behandlungsangeboten aus BORA 1 kommen daher nun konkrete problembezogene Interventionen hinzu. Die Indikation hierfür ergibt sich aus der arbeitsbezogenen Anamnese. Zur Ansprache konkreter beruflicher Problembereiche wird das Gespräch mit dem Arbeitgeber in den Fokus genommen. Problembezogene Fördermaßnahmen (z.B. ein Computerkurs oder Selbstsicherheitstraining) werden durch spezielle sporttherapeutische Maßnahmen (z.B. Rückenschule) abgerundet. Rehabilitanden verbessern in der Ergotherapie oder durch möglich berufsnahe Arbeitstherapieeinsätze ihre Teamfähigkeit, Abgrenzungsfähigkeit und Konfliktfähigkeit. Der Sozialdienst unterstützt wenn notwendig bei flankierenden Maßnahmen wie zum Beispiel einer innerbetrieblichen Umsetzung oder dem Kontakt zur Schwerbehindertenvertretung. Außerdem kann zu einer beruflichen Umorientierung informiert und bei der Umsetzung unterstützt werden.

◆ **BORA-Zielgruppe 3:** Die Rehabilitanden sind arbeitslos, beziehen aber Leistungen für Arbeitslose nach SGB III (ALG I) oder wurden nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert und beziehen ALG I oder ALG II. Ziel ist hier eine Langzeitarbeitslosigkeit zu vermeiden. Zentral ist hierfür die Teilnahme am Bewerbungstraining um noch während der laufenden Rehabilitation mögliche Bewerbungsgespräche vor- und nachzubereiten. Die Kontaktaufnahme zum Arbeitsamt wird frühzeitig unterstützt und Fördermöglichkeiten der verschiedenen Kostenträger werden erörtert. Im Rahmen der Arbeitstherapie inklusive interner Praktika (Haustechnik, Instandhaltung, Garten, Mensa und Schreinerei) sollen eigene Ressourcen gefördert und die Arbeitsmotivation sowie die Tagesstruktur aufrechterhalten werden. Regelmäßige Reflexion erlaubt außerdem die Wahrnehmung von Problemen, Einschränkungen und emotionalen sowie leistungsbezogenen Grenzen.



◆ **BORA-Zielgruppe 4:** Die Rehabilitanden sind arbeitslos und beziehen Leistungen nach SGB II (Bezug von ALG II). Für diese Rehabilitandengruppe gelten die Maßnahmen der Zielgruppe 3. Erweitert werden sie durch eine generelle Überprüfung und Förderung der Grundarbeitsfähigkeit im Rahmen der Arbeitstherapie. Die Kooperation mit Jobcenter und Reha-Berater bekommt ein größeres Gewicht. Die internen Belastungserprobungen werden engmaschiger begleitet und sollen den Anforderungen eines tatsächlichen Arbeitstages möglichst nahe kommen. Die Rückmeldungen werden interdisziplinär gesammelt, die sich daraus ableitenden Problemlagen und Ziele fließen in den sich anpassenden Behandlungsplan ein. Ein Praktikumsblock relativ zu Beginn der Therapie und ein Block zum Abschluss ermöglichen den direkten Vergleich der Verbesserungen. Bei Bedarf kann die zweite Belastungserprobung auch extern absolviert werden, der Rehabilitand wird bereits frühzeitig bei der Suche einer geeigneten Praktikumsstelle unterstützt. Für viele Rehabilitanden wird die Planung einer Adoptionsmaßnahme unter Einbeziehung des Sozialdienstes sinnvoll. Diese kann bei späterer Wohnortnähe im Haus oder bei externen Einrichtungen beantragt werden.

Bei Defiziten in Konzentration und Aufmerksamkeit wird das kognitive Training ein Teil der Behandlung.

Falls eine Integration auf den ersten Arbeitsmarkt auf Grund des Verlaufs und der Diagnostik als problematisch erscheint unterstützt der Sozialdienst den Rehabilitanden bei der Erarbeitung und Umsetzung möglicher Alternativen. Das Ziel hierbei ist die Vorbereitung der Aufnahme einer versicherungspflichtigen oder tagesstrukturierenden Tätigkeit.

◆ **BORA-Zielgruppe 5:** Rehabilitanden die nicht erwerbstätig sind, bei denen aber noch die Möglichkeit zur Erwerbsfähigkeit besteht. Hier sind die Ziele analog zu Gruppen 3 und 4. Ist eine EU-Rente nur befristet werden Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben geprüft und bei Bedarf eingeleitet.

Die entsprechenden erbrachten Leistungen sowie die Ergebnisse der Behandlung werden im Entlassungsbericht mit den entsprechenden KTL-Ziffern abgebildet. Auch im Freitext wird der Verlauf sowie der Stand zum Zeitpunkt der Aufnahme und der Entlassung inklusive möglicher fachlicher Eignung, erworbenen Kompetenzen und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erfasst.

4.7.5.2 Spezielle BORA-Zielgruppenangebote

Bewerbungstraining: Das Bewerbungstraining besteht aus drei Einheiten und hat das Ziel die Klienten und Klientinnen auf Bewerbungssituationen vorzubereiten. Im Laufe der Termine werden die Themen unterschiedliche Bewerbungsformen, Form und Inhalt einer Bewerbung und Bewerbungsgespräche bearbeitet. Hierbei wird ein besonderes Augenmerk auf den Umgang mit möglichen spezifischen Problemlagen gelegt, wie beispielsweise Lücken im Lebenslauf oder Ausbildung in Haft. Am Ende des Bewerbungstrainings soll jeder Teilnehmer und jede Teilnehmerin (exemplarisch) erarbeitete Bewerbungsunterlagen vorweisen können.

Kognitives Training: Hierbei handelt es sich um ein fachlich angeleitetes Training mithilfe spezieller Aufgabenblätter bzw. Computerprogramme mit dem Ziel, die geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten oder zu steigern. Es ist als Methode altersunabhängig und wird je nach Indikation individuell oder in der Gruppe durchgeführt.

Erweiterungsmodul Stress am Arbeitsplatz: Das Modul ergänzt das Angebot der Stressbewältigungsgruppe um zwei Sitzung zu den Themen Mobbing, Stress, Überforderung, Unterforderung und berufsbezogene Ängste. In der zweiten Sitzung werden spezifische Probleme des Rehabilitanden aus der berufsbezogenen Anamnese erweitert. Der Rehabilitand erhält die Möglichkeit in der geschützten Gruppe durch Situationstrainings neue Verhaltensweisen einzuüben.

4.7.5.3 Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt das Erreichen des Ziels der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit und die Festigung der Abstinenz des Rehabilitanden, worunter Bereiche wie das Sozialverhalten, die Ausdrucksfähigkeit, die Problembewältigung und eine Erweiterung der Unabhängigkeit im Denken und Handeln zählen. Hierbei kommen verschiedene Methoden zum Einsatz. Im Rahmen der kompetenzzentrierten Methode werden ausgewählte handwerkliche oder künstlerische Techniken vermittelt, um verlorengegangene oder nicht vorhandene Fähigkeiten (Kompetenzen) zu trainieren. Über den ausdruckszentrierten Zugang kann der persönliche Ausdruck von Wünschen und die Wahrnehmung von Gefühlen und Verhaltensweisen auf bewusster oder vorbewusster Ebene gefördert werden. Bei der interaktionszentrierten Methode steht die Auseinandersetzung in der Gruppe, das Miteinander, der Entstehungsprozess im Mittelpunkt. Nach einem vorgegebenen oder selbstgewählten Thema soll eine Aufgabe so gelöst werden, alle Teilnehmer arbeiten hierbei gemeinsam und gleichzeitig. Im Kreativbereich der Ergotherapie geht es um Vielfalt, Ausdrucksmöglichkeit, Kreativität, Neues entdecken, Ausprobieren und Zulassen. Die Rehabilitanden können sich hier an verschiedenen Materialien frei ausprobieren und eigen Projekte gestalten.

4.7.5.4 Adaption

Übergeordnetes Ziel der Adaption ist die berufliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung suchtkranker Menschen. Die Rehabilitanden sind gehalten, sich verstärkt nach außen zu orientieren und zunehmend Verantwortung für die Gestaltung ihres Alltags zu übernehmen. Die Adaption ermöglicht eine schrittweise Anpassung an die soziale Realität. Verantwortlich für die Umsetzung der therapeutischen Inhalte ist das Adaptionsteam unter sozialpädagogischer Federführung. Das Team trifft sich mindestens einmal im Monat, um den Therapieverlauf zu bilanzieren und zu dokumentieren. Die Begleitung der Rehabilitanden erfolgt in der Regel in wöchentlichen Einzelsitzungen. Darüber hinaus finden wöchentlich themenbezogene und organisatorische Gruppen statt. Bei besonderem Bedarf besteht die Möglichkeit, Einzelgespräche zu vereinbaren.

4.7.6 Sport- und Bewegungstherapie, Entspannungstechniken

Durch die Sport- und Bewegungstherapie soll erreicht werden, sinnvolle und gesundheitsfördernde Bewegungsabläufe einzuüben, die körperliche Leistungsfähigkeit angemessen zu steigern und im besten Fall die Begeisterung für eine spätere sportliche Freizeitgestaltung zu schaffen. Die Sporttherapie gibt Einblicke in Themenbereiche wie Sozialverhalten,



Frustrationstoleranz und Regelakzeptanz. Im Rahmen der Sporttherapie kann mehrmals in der Woche die große Gemeindesporthalle für unsere Rehabilitanden genutzt werden. Zudem gibt es - begleitet durch unsere Bewegungstherapeutinnen - einmal in der Woche einen Besuch im Schwimmbad. Außerdem werden verschiedene Laufgruppen, Fußball, Tischtennis, Badminton und Volleyball angeboten. Die Rehabilitanden haben außerdem die Möglichkeit bei den ortsansässigen Vereinen mit zu trainieren. Die Fitness- und Krafräume können unsere Rehabilitanden mit entsprechender Einweisung im Rahmen des therapeutisch Sinnvollen eigenständig nutzen. Zur Behandlung von Einschränkungen und Komorbiditäten des Bewegungsapparates gibt es die Angebote des Stretchings, Yoga sowie der Rückenschule beziehungsweise der Wirbelsäulengymnastik. Physiotherapeutische Behandlung erfolgt in Kooperation mit regionalen externen Physiotherapeuten. Ergänzt wird das Angebot durch die Walking- und die Step-Aerobic Gruppe.

Zentrales Element des Entspannungstrainings ist die progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen welche durch andere Entspannungstechniken (Phantasiereisen, musikalisch gestützte Entspannung, Spaziergänge mit Naturwahrnehmung) ergänzt wird. Das Entspannungstraining wird durch das Pflegeteam angeboten, bei Bedarf kann es durch weitere Methoden (z.B. Autogenes Training, Hypnotherapeutische Tiefenentspannung) in den Einzelsitzungen ergänzt werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Neben den Angeboten auf dem Klinikgelände (zum Beispiel Beachvolleyball, Fußball, Boccia, Badminton) gibt es auch die Möglichkeit in begleiteten Gruppen Ausflüge mit dem Ziel des Aufbaus abstinenzförderlicher Aktivitäten zu unternehmen. Die Ausflüge werden hierbei von den Rehabilitanden vorgeplant und therapeutisch auf die Sinnhaftigkeit (zum Beispiel Kosten, thematischer Inhalt, zeitlicher Rahmen) und mögliche Risiken vorbesprochen. Die Umsetzung erfolgt in Begleitung eines oder mehrerer für die Gruppe zuständigen Therapeuten und wird nach Rückkehr nachbesprochen. Möglichkeiten die nach Planung von den Rehabilitanden im Umfeld wahrgenommen werden können sind zum Beispiel: Kajaktouren, Standup - Paddeling, Bogenparkour, Minigolf, Bowling oder auch Kulturveranstaltungen und Museen.

4.7.8 Sozialdienst

Der Sozialdienst unterstützt den Rehabilitanden bei der Wahrnehmung und Verbesserung sozialer und organisatorischer Problemlagen sowie der Erkennung individueller Ressourcen. Es erfolgt eine Beratung in beruflichen, sozialen und finanziellen Dingen und zielt auf eine selbstständige Lebensführung ab. Der Rehabilitand wird somit aktiv eingebunden und kann entsprechend der Fähigkeiten z.B. für die Beschaffung von Unterlagen oder den Entwurf eines Briefes verantwortlich sein. Ausgangspunkt der Maßnahme zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben ist die Sozialberatung der Rehabilitanden. Auf die



Diagnostik folgt eine gemeinsame Zielsetzung und eine individuelle Behandlungsplanung in Bezug auf die soziale Stabilisierung und Wiedereingliederung. Während der Entwöhnungstherapie begleitet der Sozialdienst den Rehabilitanden bei der Bewältigung verschiedenster lebenspraktischer Aufgaben. Unter anderem leisten wir dem Rehabilitanden Hilfestellungen bei Kontakten mit Verbänden, Institutionen, Ämtern, wie z. B. Jobcentern, Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen, Staatsanwaltschaften und Gerichten, Polizei, Jugendämtern, Rechtsanwälten, Bewährungshelfern, gesetzlichen Betreuern, Drogenberatungen, Arbeitskreisen, anderen Therapieeinrichtungen, etc. In rechtlichen Fragen bieten wir unseren Rehabilitanden therapiebezogene Beratung in den Bereichen des StGB, StPO, BtMG, BGB, Ausl.-G, SGB und bei Scheidungen, Unterhalts- und Rentenfragen. Zudem besteht die Kooperation mit lokalen Selbsthilfegruppen (Narcotics Anonymus, Anonyme Alkoholiker und der Freundeskreis) welche

jeweils zu einem Termin im Monat ein Treffen in der Klinik anbieten.

Etwa im letzten Drittel der Entwöhnungstherapie wird das Realitätstraining außerhalb der Klinik am beabsichtigten zukünftigen Wohnort durchgeführt. Inhalt und Ablauf legt der Rehabilitand nach seinen individuellen Bedürfnissen in Absprache mit den Bezugstherapeuten (Sozialpädagogen, Arbeitstherapeuten und Psychotherapeuten) vorab fest. In einer Nachbesprechung werden Ergebnisse und Verlauf analysiert und bearbeitet. Vor der Entlassung aus der Entwöhnungstherapie ist die weitere Lebensplanung das Schwerpunktthema der Sozialarbeit und der Sozialtherapie. Die wichtigsten Bereiche sind Wohnungssuche, berufliche Orientierung (Ausbildung, Umschulung, Arbeitsaufnahme), Vermittlung zu Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen, ambulante Folgemaßnahmen, die Knüpfung drogenfreier sozialer Kontakte und die Entwicklung von drogenfreien Freizeitinteressen. Sollte die Entlassung in eine weitere Einrichtung (Adaption, Nachsorge, betreutes Wohnen, Soziotherapie, etc.) indiziert sein, bieten wir Hilfe bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Auswahl und bei der Bewältigung der Aufnahmemodalitäten (z. B. Kostenübernahme) und vermitteln die nötigen Kontakte.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

Sowohl im individuellen Arztgespräch, im Termin bei der Ernährungsberatung und der Sporttherapie sowie im Rahmen der Informations- und Therapiegruppen bieten wir individuelle Gesundheitsberatung und Gesundheitsbildung an. Allen Rehabilitanden werden obligatorisch Vorträge zu den häufigsten Folgeerkrankungen, zu Komplikationen der Abhängigkeitserkrankung in physischer und psychischer Hinsicht, sowie zu Kompensationsmöglichkeiten im Rahmen einer gesunden Lebensführung im Alltag angeboten. Die Themen sind im Einzelnen: Depression, Notfallmanagement, neue psychoaktive Substanzen, Hepatitis und HIV, Hygienebelehrung gemäß § 43 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG), Alltagsdrogen, Gesunde Ernährung, Tabak und Nikotinabhängigkeit, Gesundheitsverhalten und Alkohol. Die Diätberatung findet in Kooperation mit dem Bezirksklinikum Obermain nach ärztlicher Indikationsstellung statt.

◆ **Gesunde Ernährung und Diätberatung:** Jeder Patient erhält im Rahmen der medizinischen Informationsgruppe und eines Seminars durch einen Diätassistenten wichtige Informationen rund um das Thema gesunde Ernährung. Bei konkreten komorbiden Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes mellitus oder Übergewicht erfolgt zudem eine individuelle Ernährungs-, Diät- und Gesundheitsberatung durch einen

Diätassistenten und den ärztlichen Dienst. Die praktische begleitete Umsetzung erfolgt im bei begleiteten Einkäufen und wird in der im Haus vorhandenen Küche der Mensa in indikationsübergreifenden oder indikationsspezifischen Kochgruppen umgesetzt.

◆ **Ernährung während des Aufenthaltes:** Es gibt drei Hauptmahlzeiten, die Ausgabe erfolgt vorportioniert. Zum Mittagessen gibt es bis zu drei Menüs zur Auswahl, wovon immer ein Menü vegetarisch ist. Das Essen wird aus der Großküche des Bezirksklinikums Obermain täglich frisch bezogen. In Absprache zwischen den Ärzten, Ernährungsberatung und Küche gibt es für die Rehabilitanden mit Lebensmittel-Allergien, komorbiden Erkrankungen und/ oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie zum Beispiel Laktose-, Fruktose- und Gluten-Unverträglichkeit abgestimmte Sonderkost.

Es wird den Rehabilitanden durch zwei Wasserspender durchgängig Wasser kohlen säurehaltiges und stilles Wasser zu Verfügung gestellt.

◆ **Schlafseminar:** Rehabilitanden mit Schlafstörungen erhalten die Empfehlung der Teilnahme. Im Rahmen des Seminars werden Informationen zum Thema Schlaf, Schlafstörungen sowie deren Ursachen, Schlafhygienemaßnahmen und medikamentöse wie psychotherapeutische Beeinflussungsmöglichkeiten vorgestellt. Bei entsprechendem Bedarf kann zudem ein manualisiertes Schlafrestriktionstraining durchgeführt werden.

◆ **Raucherentwöhnung:** Rehabilitanden mit einer Nikotinabhängigkeit erhalten die Empfehlung zur Teilnahme an dieser Gruppe. Im Rahmen der Tabakentwöhnungsgruppe erhalten die Teilnehmer Informationen über die kurz- und langfristigen Schäden des Tabakkonsums, die individuelle Motivation für den Rauchstopp wird herausgearbeitet und gefestigt. Es werden Rauchalternativen diskutiert, es werden Tipps (diese reichen von Ernährungsempfehlungen bis zu Distractionstechniken) für die ersten rauchfreien Tage vermittelt und über mögliche Entzugserscheinungen aufgeklärt. Die weiteren Sitzungen betrachten positive Veränderungen, Fehlerquellen, zukünftige Risikosituationen und einen individuellen Belohnungsplan. Rehabilitanden, die die ärztliche Empfehlung zur Teilnahme an der Raucherentwöhnung ablehnen, dokumentieren dies mit ihrer Unterschrift.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Bei der Entstehung und dem Verlauf der Suchterkrankungen wird dem sozialen Umfeld immer mehr Bedeutung beigemessen. Dazu zählen auch die Partner/innen und die Angehörigen von Suchterkranken,

deren Leben von der Krankheit stark geprägt wird. Seit der Anerkennung des Alkoholismus als Krankheit werden die Angehörigen von Alkoholabhängigen in zunehmendem Maße in die Behandlung einbezogen. Wir wollen diesen Ansatz nun auch auf die Angehörigen von Drogenabhängigen erweitern. Das Treffen findet jeweils am ersten Mittwoch des Monats statt. Die Partner und Angehörigen sollen in erster Linie die Klinik und ihre Mitarbeiter kennen lernen, werden gleichzeitig über den Ablauf der Therapie im Allgemeinen informiert und erhalten zum Beispiel Informationen über medizinische und sozialrechtliche Auswirkungen des Suchtmittelmissbrauches. Ebenfalls erfolgen Informationen über die psychischen Ursachen von Rauschmittelkonsum und die angestrebten Veränderungen während der stationären Psychotherapie. Vor allem wird versucht, sie für die eigenen, meist unbewussten Anteile an der Aufrechterhaltung der Sucht ihres jeweiligen Partners zu sensibilisieren (Co-Abhängigkeit).

Die Angehörigengruppe ist hauptsächlich als Forum des gegenseitigen Austausches und zur eigenen Stabilisierung von Angehörigen gedacht, die häufig unter dem Stigma der Angehörigenabhängigkeit in der eigenen Familie leiden und diesen Austausch oft als sehr hilfreich erleben. In der Suchtbehandlung wird oft die Erfahrung gemacht, dass der Abhängige Situationen aus seiner Familie und traumatische Konstellationen wiederholt und im Gruppenalltag nachbildet.



Das Erkennen von bestimmten Rollen, die unsere Rehabilitanden in der Ursprungsfamilie innehatten (zum Beispiel „Sündenbock“) kann viel zur Erklärung der Entstehung einer Abhängigkeit beitragen. Wir versuchen familiäre sich wiederholende Handlungsmuster zu identifizieren, um beiden, Rehabilitanden und Familienmitgliedern, die Chance zum Ausstieg aus stereotypen Verhaltensmustern zu bieten.

Darüber hinaus werden die Angehörigen auch durch den Psychologen – sofern der Rehabilitand einverstanden ist – im Lauf der Behandlung in gemeinsamen Gesprächen mit dem Rehabilitanden in die Therapie einbezogen.

4.7.11 Rückfallmanagement

Rückfallprophylaxe und Rückfallerkennung

Die Bearbeitung von Rückfällen in einer Suchtfachklinik wie der Bezirksklinik Hochstadt muss einen strukturierten suchtmittelfreien Raum gewährleisten, in dem Abhängige vor Suchtmitteln geschützt ihre Entwicklung zur abstinenten Lebenshaltung vollziehen können. Deswegen wird der Verhinderung von Rückfällen größtmögliche Beachtung gewidmet. Dies geschieht durch klare Festlegungen in der Hausordnung, durch strenge und regelmäßige Kontrollen der Rehabilitanden nach Ausgängen, Heimfahrten und zu beliebigen Zeiten auf Zeichen einer Intoxikation (Atemalkoholbestimmung und Urinscreening auf Drogen- und Medikamente einschließlich ihrer Metabolite) und bei Hinweisen auf mitgebrachte Suchtmittel, Medikamente oder andere unerlaubte Substanzen (zum Beispiel Anabolika, Eiweißkonzentrate). Um dies zu unterstützen führen wir im Rahmen des Aufenthalts angekündigte und unangekündigte Drogen- und Alkoholscreenings auf diverse Substanzen durch. Zudem führt das Team unangekündigte Personen-, Taschen- und Zimmerkontrollen durch. Bei Hinweisen auf den Konsum einer unerlaubten Substanz kann jeder Mitarbeiter zu jeder Zeit eine entsprechende Kontrolle veranlassen. Neben der Kontrolle ist das Thema Rückfallprophylaxe auch fest in den Einzelgesprächen und Gruppengesprächen verankert. (Siehe auch 4.7.4.2)

4.8 Rückfallbearbeitung

Einen Rückfall können wir auch nur bearbeiten, wenn alle Informationen dazu offengelegt werden und damit das Vertrauensverhältnis nicht gestört wird. Voraussetzung hierfür ist das rechtzeitige unaufgeforderte Anzeigen („Aufmachen“) des stattgefundenen Rückfalls. Auch die Bereithaltung und der Besitz von Suchtmitteln gelten als Rückfall. Jeder Rückfall kann prinzipiell zur disziplinarischen Entlassung führen. Intoxikierte Rehabilitanden werden bei Bedarf auf eine Entzugsstation verlegt. Bei jedem Rückfall muss der Rehabilitand dem zuständigen Therapeuten oder

Arzt vom Dienst die Umstände und subjektive Motivation des Rückfalls offenlegen. Außerdem hat er einen schriftlichen Rückfallbericht beim behandelnden Arzt oder Therapeuten abzugeben. Nach Abklingen der Intoxikation wird der rückfällige Rehabilitand erneut in die Kleingruppe integriert und bearbeitet offen mit seiner Gruppe unter Hilfe des Therapeuten die Ursachen seines Rückfalls.

Die Konsequenzen, die sich aus dem Rückfall ergeben, werden innerhalb des neuen Therapieplanes festgelegt. Der Therapeut informiert das Klinikteam über den mit dem Rehabilitanden neu festgelegten Behandlungsplan. Wir fassen einen Suchtrückfall als intensiv zu behandelnde Krise auf dem Weg zur Abstinenz auf, die eine Verlängerung der Behandlungsdauer, im Einzelfall bis zu sechs Wochen notwendig macht. Wir setzen eine aktive und motivierte Aufarbeitung des Rückfalls voraus. Weitere Interventionen können unter dem Punkt Therapieziele/Therapieplan von den Therapeuten festgelegt werden. Wer am Wochenende, bei einer Belastungserprobung (Freitag, Samstag oder Sonntag) Drogen konsumiert (rückfällig wird) muss dies telefonisch melden und sofort die Heimfahrt abbrechen und in die Klinik zurückkommen.

Grundsätzlich werden nach einem Rückfall die therapeutischen Aspekte multiprofessionell zusammengetragen und gewichtet. Über eine disziplinarische Entlassung wird im Team unter oberärztlicher Letztverantwortung entschieden. Sie ist prinzipiell schon nach dem ersten Rückfall möglich. Keine Möglichkeit der Rückfallbearbeitung und damit die disziplinarische Entlassung ergeben sich, wenn Kontrollen bewusst manipuliert oder Rauschmittel auf das Gelände eingebracht werden. Zudem muss eine Eigenmotivation zur Aufarbeitung erkennbar sein. Ist dies nicht der Fall erfolgt unter Berücksichtigung medizinischer Kontraindikationen nach einem Gespräch mit Oberarzt und dem Gruppenpsychotherapeuten eine disziplinarische Entlassung. Da aktuell immer mehr nur schwer nachweisbare neue psychoaktive Substanzen (NPS) und sogenannte „legal highs“ im Umlauf sind kann bei nicht nachweisbarem Konsum auch die Motivation als Indikator für ein Rückfallgeschehen herangezogen werden. Unsere These hierzu ist, dass rückfällige Rehabilitanden in ihrer Therapiemotivation nachlassen. Längere Zeit unmotivierte Rehabilitanden können das Therapieziel nicht erreichen und haben so eine schlechte Prognose für eine erfolgreiche Wiedereingliederung. Zudem gefährden sie andere, instabile Rehabilitanden. Daher kann wie bereits beschrieben die Motivationsscheckliste genutzt werden ohne mehrere Wochen auf ein (fraglich aussagekräftiges) Laborergebnis zu warten. Eine konsequente Entlassung erfolgt nach



wiederholtem Rückfall, wenn keine Bereitschaft zur Verhaltensänderung gesehen wird und wenn andere Mitrehabilitanden durch den Rückfall erheblich in Mitleidenschaft gezogen wurden, andere zum Konsum animiert wurden oder es (z.B. im Rahmen des Rückfallgeschehens) zu Gewalt oder anderen Straftaten gekommen ist.

4.8.1 Gesundheits- und Krankenpflege

Das pflegerische Ziel während der Entwöhnung ist die Betreuung und Begleitung des Rehabilitanden bei verschiedenen Tätigkeiten des täglichen Lebens, ebenso die Anleitung für eine sinnvolle Freizeitgestaltung (Motivation). Die Pflege ist dabei fest in die therapeutische Arbeit eingebunden und liefert wichtige Erkenntnisse und Ansätze im Rahmen der multiprofessionellen Behandlung. Sobald die Rehabilitanden zur Entwöhnung aufgenommen sind, werden sie individuell pflegerisch betreut. Dies geschieht in gestaffelter Form: am Anfang noch intensiver, im Verlauf wird der Rehabilitand immer mehr in die Eigenverantwortung für sein Tun entlassen. Die Entwicklung des Rehabilitanden wird jedoch weiter begleitet und beobachtet, um den Kontakt beizubehalten und in Krisensituationen schneller eingreifen zu können. Das Pflegepersonal legt außerdem ein besonderes Augenmerk auf das sozialverträgliche Verhalten des Rehabilitanden – Umgangsformen, Kommunikation, Hygiene, etc. Die Pflege unterstützt die Patienten bei der sinnvollen Freizeitgestaltung bzw. bei der Verhaltensaktivierung. Die Pflege setzt zudem die ärztlichen Anordnungen und Verschreibungen um und

dokumentiert und kontrolliert die Suchtmittelfreiheit der Rehabilitanden.

4.8.2 Weitere Leistungen

◆ **Psychologische Symbolarbeit:** Im Rahmen der psychologischen Symbolarbeit in der Therapie geht es darum, alltägliche Gegenstände als Dolmetscher für innerlich ablaufende Prozesse einzusetzen (siehe Schneider 2019). Der Gegenstand wird durch seine Benutzung zu einem Bedeutungsträger, wird mit Geschichten, Erinnerungen und Emotionen verbunden. Symbole können somit zum Stellvertreter werden und schwer zu verbalisierende Prozesse besprechbar und bearbeitbar machen. Durch die Externalisierung der innerlich ablaufenden Prozesse können zudem Emotionen wie Scham, Schuld und Angst abgebaut werden. Die Materialien können dabei alters-, bildungs- und kulturunabhängig zur Anamnese, Diagnostik oder als therapeutische Intervention eingesetzt werden. Der Einsatz erstreckt sich zudem von Ereignissen aus der Vergangenheit bis hin zur Planung der Zukunft und kann sowohl in Einzelsitzungen wie auch in der Gruppe genutzt werden. In der Klinik wird die Symbolarbeit mit zum Beispiel zur Biografiearbeit („Lebensstraße“), Emotionsklärung („Inseln der Gefühle“) oder der Arbeit an der eigenen Identität genutzt.

◆ **Tiergestützte Therapie:** Für Menschen, die Ablehnung oder Diskriminierung erfahren haben, kann der Umgang mit einem Tier sehr wohltuend sein. Ein Mensch, der von psychischen oder physischen Er-

krankungen betroffen ist, leidet auch meistens unter Störungen im affektiven Bereich, was zur Folge hat, dass Veränderungen oder Schwierigkeiten im sozialen Bereich zu finden sind. Da der Umgang mit Tieren unmittelbar an die affektiven Fähigkeiten der Menschen appelliert, empfinden Menschen mit Belastungen im affektiven Bereich diesen Umgang als besonders bereichernd. In der Bezirksklinik Hochstadt befindet sich der Therapiebegleithund Teo, der in den Räumlichkeiten der Ergotherapie zu finden ist. Teo ist ein zertifizierter Therapiehund, welcher von einer ausgebildeten Hundeführerin eingesetzt wird. Der Hund ist an drei Tagen in der Klinik anzutreffen und wird Teile der Gruppen- und Einzeltherapien begleiten. Wer an der tiergestützten Therapie teilnimmt, wird durch das Behandlungsteam des jeweiligen Rehabilitanden bestimmt. Außerdem begleitet der Hund Wanderungen oder Spaziergänge. Ein entsprechender Hygieneplan liegt vor.

◆ **Therapeutisches Bogenschießen:** Das Bogenschießen wird in der Klinik sowohl unter dem Freizeit- wie auch unter dem therapeutischen Aspekt betrieben. Hierzu wurden Mitarbeiter aus verschiedenen Fachbereichen in den Bereichen Bogensport und therapeutisches Bogenschießen ausgebildet. Das sportliche Bogenschießen umfasst die intensive Auseinandersetzung mit dem Sportgerät und der Technik und bietet im Rahmen der Therapie Möglichkeiten ähnlich der Sporttherapie. Beim therapeutischen Bogenschießen liegt der Fokus der therapeutischen Arbeit mit einer Kleingruppe beziehungsweise mit einem einzelnen Rehabilitanden. Die zu bearbeitenden Themen kommen direkt aus der Diagnostik und der laufenden Therapie, es erfolgt ein Austausch zwischen allen Fachgruppen. Neben der Achtsamkeit und der Körperwahrnehmung können zum Beispiel Themen wie Verluste, Ungeduld, Selbstvertrauen oder Konfliktfähigkeit mit dieser Me-

thode aufgegriffen werden. Eine Vorerfahrung mit dem Bogensport ist nicht nötig, diese Methode steht also allen Rehabilitanden zur Verfügung.

◆ **Bogenbaukurs:** Ein Bindeglied zwischen dem Bogenschießen und der Ergo- und Arbeitstherapie stellt der Bogenbaukurs dar. Hier haben die Rehabilitanden die Möglichkeit ihren eigenen Bogen inklusive Sehne und Pfeilen unter Anleitung unseres Schreiners herzustellen und diesen dann auch im Rahmen des Bogenschießens zu nutzen.

◆ **Fahrerlaubnisgruppe:** Viele Rehabilitanden haben jedoch keinen Führerschein gemacht oder dieser wurde eingezogen. Ziel der Gruppe ist die Beratung zum Erwerb oder Wiedererwerb einer Fahrerlaubnis mit Informationen auf Basis der gesetzlichen Grundlage der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahrereignung der Bundesanstalt für Straßenwesen. Die Fahrerlaubnisgruppe kann intern oder von einem diesbezüglich erfahrenen externen Berater geleitet werden.

◆ **Musikgruppe:** In der Indikationsgruppe Musik soll Rehabilitanden ermöglicht werden, ihre eigene Kreativität zu entdecken. Dabei steht nicht nur die Möglichkeit sinnvoller Freizeitgestaltung im Mittelpunkt, vielmehr sollen auch Teamgeist, kognitive Fähigkeiten, Kreativität und soziale Kompetenz trainiert werden. Aus theoretischen Überlegungen heraus ist ein aktiver Umgang dem rezeptiven (konsumorientierten) Umgang mit Musik vorzuziehen. Ferner ist ein integrativer Umgang mit Musik anzustreben, um möglichst positive Effekte im Sinne der Behandlungsziele zu erreichen.

◆ **Bilanzvisiten:** Ziele und Behandlungsverlauf werden hinsichtlich aktuellem Stand und gewünschter





Zielerreichung skaliert und im Rahmen der vierwöchigen multidisziplinären Bilanzvisite gemeinsam mit dem Rehabilitanden überprüft. Hierbei können Ziele verworfen, verändert oder neu aufgenommen werden und es sollen Behandlungsschwerpunkte für den nächsten Abschnitt gelegt werden. Zudem werden Rückmeldungen des Rehabilitanden und aller Fachbereiche ausgetauscht und mögliche positive wie auch negative Veränderungen angesprochen. Auch medizinische Themen wie Medikamentenveränderungen können hier mit dem anwesenden Arzt besprochen werden.

◆ **Motivationscheckliste und Planungs- bzw. Disziplinarteam:** Bei Auffälligkeiten im Verlauf der Therapie werden diese gesammelt und in den täglich stattfindenden Teambesprechungen diskutiert. Bei gehäuftem Auftreten von Problemen, Konflikten, Regelverstößen oder einem wahrgenommenen Abfall der Therapiemotivation wird die im Haus erarbeitete „Motivationscheckliste“ im multidisziplinären Team ausgefüllt. Hieraus wird der Handlungsbedarf abgeleitet, dieser reicht von „keinem Handlungsbedarf“ bis hin zu einer Einladung in das Planungs- und Disziplinarteam. Hierbei werden mit dem Rehabilitanden die wahrgenommenen Problemlagen diskutiert und konkrete Verhaltensänderungen und benötigte Hilfestellungen besprochen. Ebenso kann eine Frist für die Umsetzung vereinbart werden. Falls eine Fortsetzung der Therapie nicht gewünscht ist oder nicht sinnvoll scheint, kann eine vorzeitige Beendigung der Therapie folgen.

◆ **Wandertag:** Einmal monatlich wird mit allen Rehabilitanden ein „Wandertag“ durchgeführt, an dem Ziele in der näheren Umgebung erwandert werden. Alle Berufsgruppen beteiligen sich an dieser Aktivität.

4.8.3 Beendigung der Leistung und medizinischen Rehabilitation

4.8.3.1 Regulärer Abschluss der Therapie

Bei Erreichung aller Therapieziele beginnt eine Woche vor Entlassungstermin die Entlassungswoche.

Hier werden die Abschlussdiagnostik und die Abschlussgespräche in allen Fachbereichen geführt und es erfolgt die ärztlichen Schlussuntersuchungen mit Laborkontrollen und sozialmedizinischer Einschätzung. Die sozialmedizinische Beurteilung enthält die qualitative und quantitative Beurteilung der letzten beruflichen Tätigkeit und ebensolche bezogen auf das positive und negative Leistungsbild. Berufsfördernde Maßnahmen, wenn erforderlich, werden mit dem Rehabilitanden geklärt und dem Kostenträger empfohlen.

Der Rehabilitand bekommt am Entlassungstag einen Kurzarztbrief ausgehändigt, der ausführliche Bericht wird entsprechend der Vorgaben der DRV innerhalb von 14 Tagen fertiggestellt. Die Entlassung des Rehabilitanden erfolgt dann nach konkreter Vorbereitung indizierter weiterführender Maßnahmen durch die Sozialpädagogen (zum Beispiel Adaption, ambulante Therapie, Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen, fachärztliche Weiterbehandlung, Terminvereinbarung bei Suchtberatungsstelle oder Bewährungshelfer).

4.8.3.2 Vorzeitige Beendigung der Therapie

Eine vorzeitige Beendigung kann aus gesundheitlichen, disziplinarischen oder anderen Gründen erfolgen (siehe „Hinweise für Rehabilitationseinrichtungen“, DRV). Eine vorzeitige Beendigung aus gesundheitlichen Gründen muss geprüft werden, wenn die Leistung aus gesundheitlichen Gründen für mehr als drei Tage unterbrochen werden muss und daher mit einem erfolgreichen Abschluss zum vorgesehenen Termin als nicht realisierbar erscheint. Disziplinarische Entlassungen erfolgen bei Gewaltanwendung, Verkauf von Suchtmitteln in der Klinik, anhaltenden oder schwerwiegenden Regelverstößen, nicht tragbaren Substanz- oder Verhaltensrückfällen, die die anderen Rehabilitandinnen gefährden oder deren Therapie nachhaltig stören.

Ein Abbruch aus anderen Gründen liegt bei einer vorzeitigen Beendigung der Behandlung durch den Rehabilitanden vor.

5. Personelle Ausstattung der Klinik

Berufsfeld	VK-Stellen
Ärztlicher Dienst	2,0
Psychologischer Dienst	4,5
Pflegedienst	7,25
Med.-techn. Dienst / Arzthelferinnen	1,5
Sozialpädagogischer Dienst	4,38
Ergotherapie	2,0
Sport- und Bewegungstherapie	0,92
Arbeits Therapie und Funktionsdienst	3,0

Neben den aufgeführten Berufsfeldern sind auch die Mitarbeiter im Wirtschafts- und Reinigungsdienst, das technische Personal und die Verwaltungskräfte für die Versorgung der Rehabilitanden zuständig und ins therapeutische Konzept integriert.

Unsere Mitarbeiter haben meist langjährige Erfahrung in der Behandlung von Abhängigen mit entsprechenden Qualifikationen. Etliche Mitarbeiter verfügen über kulturübergreifende Kompetenzen, das heißt, sie haben selbst einen Migrationshintergrund und/oder sind in kultursensibler therapeutischer Arbeit geschult. Die Behandlungs- und Umgangssprache ist dennoch Deutsch.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Klinik verfügt über 75 Planbetten, darunter Einzel- und Doppelzimmer. Bei gegebener Indikation belegen wir auch Doppelzimmer als Einzelzimmer.

Die Klinik verfügt über Einzelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von ca. 13 Quadratmetern sowie Doppelzimmer mit einer durchschnittlichen Größe von ca. 18 Quadratmetern. Nicht eingerechnet ist dabei die in 27 Zimmern vorhandene durchschnittlich ca. 3,2 Quadratmeter große Nasszelle. Die restlichen Zimmer nutzen gemeinschaftlich genutzte Dusche und Toiletten auf der Station.

Die Zimmer sind wohnlich eingerichtet, Fernseher befindet sich in den 3 Fernsehräumen. Die Klinik ist bedingt barrierefrei, alle Bereiche sind für Gehbehinderte erreichbar. Es gibt 1 Zimmer mit entsprechen-

den sanitären Einrichtungen für Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte. Die Klinik verfügt über 1 ärztliche Untersuchungsräume, 20 Therapeutenbüros sowie 4 Gruppentherapieräume. Lediglich in der Sporttherapie und der Pflege werden Büros zeitweise von zwei Therapeuten benutzt. Alle Büros sind mit Diensttelefon und Computern mit Intranet- und Internet-Zugang ausgestattet. Die Größe der Büros variiert zwischen 6,3 und 21,1 Quadratmetern. Zudem gibt es für die Rehabilitanden 6 Gemeinschaftsräume.

Der Pflegestützpunkt verfügt über alle in der Rehabilitation von Suchtkranken notwendigen geprüften Medizinprodukte. Im Arztzimmer befindet sich ein geeigneter Ort zur Möglichkeit der Notfallbehandlung. Die Sporttherapie verfügt über einen Kraftraum mit diversen Geräten zum Muskelaufbau und einen Fitnessraum mit Ergometer und Stepper. Sie kann zudem auf die umliegenden Schwimmbäder und entsprechend der Vereinbarung auf die Sporthalle der Gemeinde zugreifen. Im Sommer kann zudem auf den Grünflächen des Klinikgeländes sowie auf dem Beachvolleyballplatz trainiert werden. Die Arbeits Therapie verfügt über eine Schreinerei mit 3 Werkräumen sowie ein Gewächshaus. Die Ergotherapie hat einen Werkraum, einen Kreativraum, einen Buchbinderraum sowie einen Raum für Tonarbeiten. Die Musikgruppe nutzt einen mit verschiedenen Instrumenten ausgestatteten Musikraum. Im Haus befinden sich zudem ein Rehabilitandenbüro mit Druckmöglichkeit sowie eine Sauna und ein Bogenschießplatz.



7. Kooperation und Vernetzung



Oberarzt Dr. Valentin Tolstov

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Die Bezirksklinik Hochstadt sieht sich in ihrer Tradition als ein Teil des Behandlungsnetzes und legt hohen Wert auf die Kooperation mit anderen Hilfseinrichtungen, Fachstellen und der Suchtselbsthilfe.

Fachstellen: Abstimmungen und Austausche mit Kollegen aus den ambulanten und stationären Fachstellen sind essenziell für die Optimierung der Behandlung. Wir legen daher, wenn möglich, großen Wert auf ein persönliches Übergabegespräch. Austausch geschieht aber auch außerhalb der konkreten Arbeit mit Rehabilitanden im Rahmen von Fachtagen, Qualitätszirkeln in regionalen Verbünden und gemeinsamen Fortbildungsveranstaltungen.

Adaptionseinrichtungen: Wir pflegen mit ausgewählten Adaptionseinrichtungen guten Austausch und ermöglichen den Rehabilitanden das in der Regel von den Adaptionseinrichtungen geforderte Vorstellungsgespräch durch entsprechende Vorbereitung und ggfs. persönliche Begleitung.

Selbsthilfegruppen: Guter Kontakt zu lokalen Selbsthilfegruppen ist uns ein wichtiges Anliegen. Es besteht daher die Kooperation mit lokalen Selbsthilfegruppen (Narcotics Anonymus, Anonyme Alkoholiker und der Freundeskreis) welche jeweils zu einem Termin im Monat ein Treffen in der Klinik anbieten. Wo immer möglich versuchen wir unsere Rehabilitanden nachdringlich dazu anzuhalten, sich im Anschluss an die stationäre Behandlung einer Selbsthilfegruppe anzuschließen.

Jobcenter und Sozialämter: Es besteht eine intensive Zusammenarbeit mit den regionalen Jobcentern und Sozialämtern. Der Austausch erfolgt im direkten Kontakt oder über gemeinsame Treffen zu speziellen Fragestellungen und aktuellen Themen.

Praxen: Es bestehen seit Jahren gute Kooperationen mit den Facharztpraxen in der Umgebung der Klinik. Es besteht eine Kooperation mit der örtlichen Hausärztin (hier auch speziell zur Durchführung internistisch-sonografischer Diagnostik), regionalen Physiotherapiepraxen sowie dem örtlichen Zahnarzt.

Andere Kliniken: Der Träger GeBO ist mit seinen Kliniken mit verschiedenen Schwerpunkten an verschiedenen Standorten sehr gut aufgestellt. Diese Kliniken können durch Rehabilitanden z.B. im Rahmen des Entzugs oder der psychiatrischen Akutbehandlung aufgesucht werden. Die interkurrente Versorgung unserer Patienten erfolgt in der Regel ebenfalls dort, ansonsten durch Fachärzte oder andere Krankenhäuser in der näheren Region

Mitgliedschaften: Die Bezirksklinik ist Bestandteil der Suchtarbeitskreise Lichtenfels und der benachbarten Landkreise (Kronach und Kulmbach) sowie der Arbeitsgemeinschaft psychosozialer Dienste im Landkreis Lichtenfels. Darüber hinaus ist die Klinik Mitglied in folgenden Verbänden: Bayerische Krankenhausgesellschaft e.V., deQus e.V., Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V., sowie der Gesellschaft für Gehirntraining e.V. (GfG e.V.).



Gesamttherapeutischer Leiter Kay Adams
Psychologe M.Sc.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

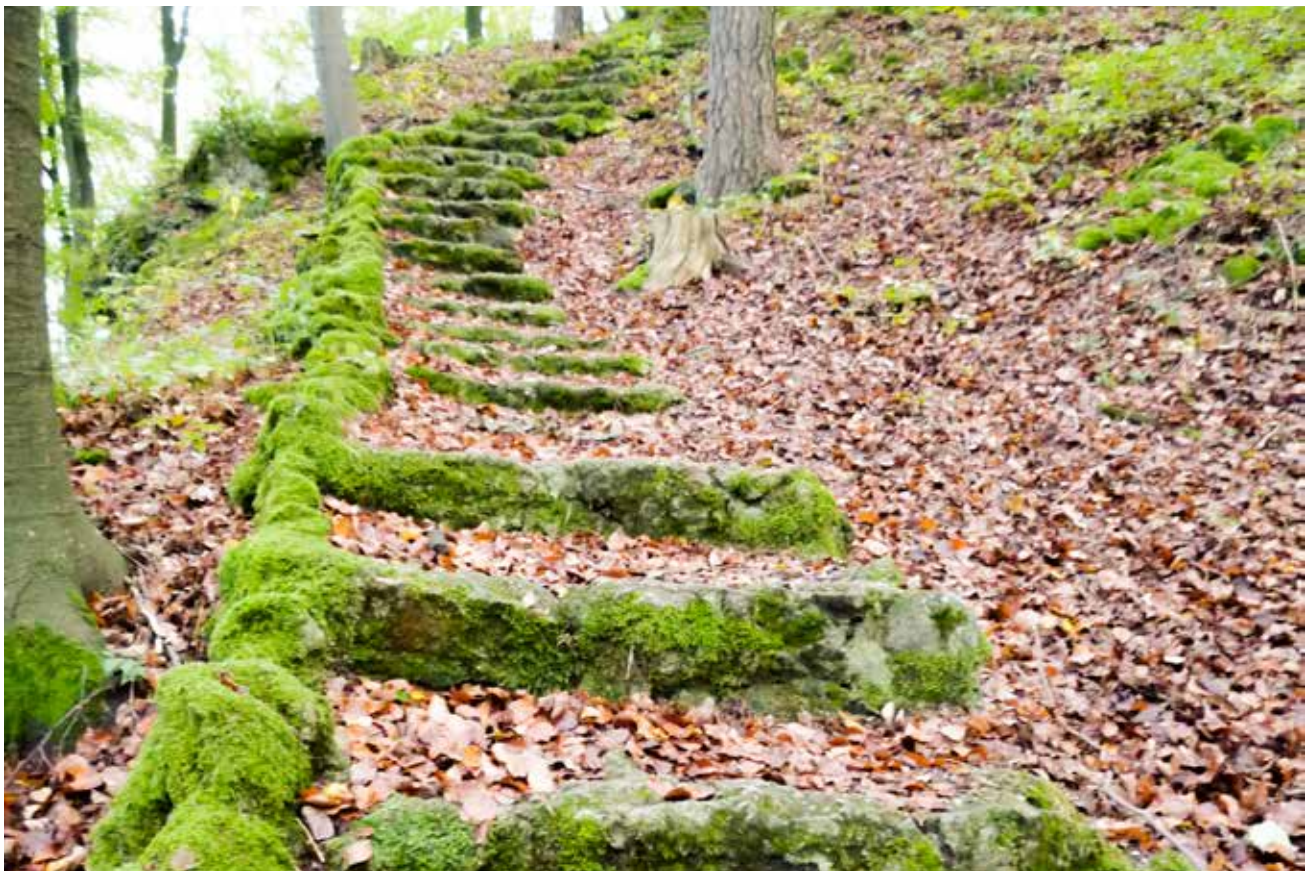
Die Bezirksklinik Hochstadt ist seit dem 16. Juli 2015 für die Bereiche Entwöhnungstherapie und Adaption nach deQus (Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie) und DIN EN ISO 9001:2015 zertifiziert.

Damit erfüllt sie die von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) definierten Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement und somit auch die gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches IX (§ 20 Abs. 2a SGB IX). Die Bezirksklinik Hochstadt beteiligt sich darüber hinaus an der Reha-Qualitätssicherung der Rehabilitations-träger. Das Qualitätsmanagement in der Bezirksklinik Hochstadt ist dem zentralen Qualitätsmanagement (zQM) des Trägers (GeBO) untergeordnet.

In regelmäßigen Überwachungs- und Rezertifizierungs- Audits muss die Klinik nachweisen, dass das Qualitätsmanagementsystem lebt und sich beständig weiterentwickelt. Die Qualitätsbeauftragten sowie die Leitung des Qualitätsmanagements sind speziell geschult und für die jeweiligen Fachbereiche zuständig. Interne Audits und ein gelebtes Ideen- und Fehler-

management sollen diese kontinuierliche Weiterentwicklung fördern und die Qualität der Behandlung sichern und verbessern. Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit sich im Rahmen eines formalisierten Beschwerdesystems zu beschweren und erhalten Rückmeldung über die aus der Beschwerde abgeleiteten Verbesserungsmaßnahmen. Die Rückmeldungen aus dem Reha-Qualitätssicherungsprogramms der Deutschen Rentenversicherung von Peer Review-Ergebnissen, Rehabilitandenbefragungen und Kooperationspartnern werden von der Klinikleitung ausgewertet und in den QM-Besprechungen auf Verbesserungsmöglichkeiten geprüft.

Die elektronische Rehabilitandenakte erleichtert die Sammlung und Bereitstellung von Rehabilitanden-daten und Therapieverläufen unter Berücksichtigung des Datenschutzes, der ärztliche Entlassungsbericht orientiert sich am jeweils aktuellen Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung und unterliegt der Verantwortung des Oberarztes. Dieser überwacht auch die rechtzeitige Erstellung sowie den rechtzeitigen Versand des fertigen Briefes.





9. Kommunikationsstruktur, Therapieorganisation

Die Therapieorganisation erfolgt durch den Gesamttherapeutischen Leiter in enger Rücksprache mit der ärztlichen Leitung, die die Gesamtverantwortung für den Prozess trägt. Das gesamte Leitungsteam setzt sich zusammen aus der ärztlichen Leitung, der Gesamttherapeutischen Leitung, der Gesamtstationsleitung und den Teamleitungen der Arbeits- und Ergotherapie sowie des Sozialdienstes. Das Leitungsteam trifft sich in 14-tägigen Abständen.

In täglichen multiprofessionellen Teamsitzungen in Anwesenheit der ärztlichen Leitung und unter Moderation der Gesamttherapeutischen Leitung werden therapierelevante Entscheidungen und Absprachen für die jeweiligen Rehabilitanden getroffen sowie tagesaktuelle Geschehnisse besprochen. Die Berufsgruppen treffen sich zudem in regelmäßigen Abständen (wöchentlich oder alle 2 Wochen) zu berufsgruppeninternen Besprechungen unter Moderation

der jeweiligen Leitung. Die Qualitätsbeauftragten und das zentrale Qualitätsmanagement treffen sich alle 4 Wochen. Je nach Bedarf werden weitere Besprechungen kurzfristig einberufen. Neben den wöchentlichen Visiten durch die ärztliche Leitung finden im Abstand von vier Wochen zudem die multiprofessionellen Bilanzvisiten mit dem Rehabilitanden statt.

Rehabilitandenbezogene Daten werden elektronisch dokumentiert. Dies ermöglicht den verschiedenen Berufsgruppen den nötigen Informationsaustausch. Sowohl physische Akten (z.B. Aufnahmeunterlagen) wie auch die elektronische Akte werden unter Beachtung des Datenschutzes aufbewahrt. Auch die externe Kommunikation (z.B. mit Angehörigen oder Arbeitgebern) erfolgt entsprechend jeglicher Vertraulichkeits- und Datenschutzbestimmungen. Die internen Besprechungen werden QM-Konform protokolliert und archiviert, es besteht eine Kenntnispflicht der jeweils involvierten Mitarbeiter.

10. Notfallmanagement

Es existieren QM-gesicherte Regelungen für medizinische und nichtmedizinische Notfälle. Diese sind im Anhang ausführlich erläutert und werden mit entsprechenden Ablaufdiagrammen dort abgebildet. Es wird hierbei unterschieden zwischen medizinischen Kriseninterventionen und technischen Notfällen. Das Sicherheits- und Risikomanagement ist in die Berei-

che Arbeitssicherheit, Gefahrenstoffe, Notfall- und Unfallmanagement, Brandschutz, Datenschutz und Hygiene unterteilt. Jährlich finden Pflichtschulungen für alle Mitarbeiter statt. Für die Bereiche Sicherheit, Brandschutz, Hygiene, Medizinprodukte, Datenschutz und Qualitätsmanagement sind verschiedene Beauftragte benannt und bestellt

11. Fortbildung

Das Feld der medizinischen und (psycho)therapeutischen Behandlung unterliegt einem steten Wechsel mit zunehmenden Erkenntnissen und Neuerungen. Daher wird auf eine moderne und umfassende Weiterbildung der an der Therapie beteiligten Kollegen großer Wert gelegt. Die Fortbildungen finden hierzu sowohl intern wie auch extern statt.

Die internen Fortbildungen finden entweder durch die Klinik oder durch die Akademie der Gesundheitseinrichtungen des Bezirks Oberfranken (GeBO-Akademie) vor Ort statt. Es werden außerdem für alle Berufsgruppen mit wechselnden Schwerpunkten hauseigene Fortbildung (Vorträge, Seminare, Journal Club, Falldemonstrationen) mit internen und externen Referenten durchgeführt. Externe Gäste können die Veranstaltungen auf der Homepage der Klinik einsehen und sich dazu anmelden. Zudem ist

jeder Mitarbeiter verpflichtet, die vom Kommunalunternehmen veranstalteten Pflichtschulungen zu besuchen. Die Themen dabei sind: Brandschutz, Notfallmanagement, Hygiene, Datenschutz, Deeskalationsmanagement und Arbeitssicherheit.

Die Mitarbeiter werden zudem ermuntert, sowohl die Angebote der Kliniken übergreifenden innerbetrieblichen Fortbildung der GeBO-Akademie an anderen Standorten, als auch auswärtige Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen. Im Haushaltsplan ist ein erheblicher Betrag für Fortbildungskosten veranschlagt. Absolvierte Aus-, Fort- und Weiterbildungen werden über die Personalabteilung dokumentiert. Der Qualifikationsstand der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wird in den jährlichen Mitarbeitergesprächen thematisiert und konkrete Fortbildungsziele erarbeitet.

12. Supervision

Neben der Fortbildung des therapeutischen Personals stellt auch die fallbezogene Beratung zwischen Kollegen (Intervision) und die Beratung durch einen externen erfahrenen Kollegen (Supervision) eine wichtige qualitätssichernde Ergänzung zum Therapieprogramm dar.

In täglichen Teamsitzungen, im Rahmen der vierwöchentlichen Bilanzvisiten und bei aktuellem Bedarf erfolgen gemeinsame **Intervisionen** innerhalb der Berufsgruppen oder als Gesamtteam. Geleitet wer-

den diese durch den Oberarzt und/oder die therapeutische Leitung.

Zudem findet in der Bezirksklinik Hochstadt einmal im Quartal je eine **zweistündige Team- und Fallsupervisionssitzung** als Gruppentermin durch qualifizierte externe Supervisoren (psychologische Psychotherapeuten mit Supervisionsausbildung) statt. Die Teilnahme ist für alle therapeutisch tätigen Mitarbeiter verpflichtend, stehen aber auch allen anderen Mitarbeitern des Behandlungsteams offen.

13. Hausordnung und Therapievertrag

Die Hausordnung sowie wichtige Therapiebausteine sind für die Rehabilitanden bereits vor Antritt der Behandlung im Internet abrufbar. Bei Bedarf bekommen Rehabilitanden diese Informationen bei Aufnahme auch in gedruckter Form ausgehändigt. Im sogenannten „O-Phase Treff“ werden dem Rehabilitanden zudem die wichtigsten Bestandteile der Hausordnung im Gespräch nähergebracht. Auch das Patensystem

soll den Einstieg und die Umsetzung der Hausordnung erleichtern. Das Lesen und Verstehen der Hausordnung muss durch den Rehabilitanden im Rahmen der Orientierungswoche mit Unterschrift bestätigt werden.

Alle Rehabilitanden (bzw. deren gesetzliche Vertreter) unterschreiben zu Beginn der Behandlung einen QM-konformen Behandlungsvertrag.

14. Anlagen

Literaturverzeichnis

- Bassler, M., Watzke, B., & Köllner, V. (2012). Diagnostik in der psychosomatischen Rehabilitation. *Psychotherapie im Dialog*, 72 - 76.
- Beaulieu, D. (2013). *Impact-Techniken für die Psychotherapie*. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1993). *Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen: Ein lösungsorientierter Ansatz*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, A. (2012). *Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit: Das MBRP-Programm*. Beltz.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation. (2006). *Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen*. In B. f. Rehabilitation, Schriftenreihe der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 12.
- de Shazer, S. (1989). *Wege der erfolgreichen Kurzzeittherapie*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Deutsche Rentenversicherung. (2001). *Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2008). *Gemeinsames Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2011). *Gemeinsamer Leitfaden der Deutschen Rentenversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstellung und Prüfung von Konzepten ambulanter, ganztägig ambulanter und stationärer Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2011). *Vereinbarung im Suchtbereich*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2012). *Arbeitshilfe für die Gliederungsstruktur von Rehabilitationskonzepten im Indikationsbereich Abhängigkeitserkrankungen*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2014). *Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker*.
- Deutsche Rentenversicherung. (2019). *Anforderungsprofils für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen*.
- Drexler, D. (2006). *Das integrierte Stress-Bewältigungs-Programm ISP*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Frick, R. A., & Frick Tanner, E. B. (2016). *Praxis der tiergestützten Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Hoch, E., Zimmermann, P., Henker, J., Rohrbacher, H., Noack, R., Bühringer, G., & Wittchen, H.-U. (2010). *Modulare Therapie von Cannabisstörungen Das CANDIS-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Hyman, S. E. (2005). Addiction: A Disease of Learning and Memory. *American Journal of Psychiatry* 162, 1414-1422.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (2011). *Selbstmanagement-Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Klos, H., & Görden, W. (2020). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry*, 760-773.
- Körkel, J., & Schindler, C. (2013). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: das strukturierte Trainingsprogramm STAR*. Springer-Verlag.
- Lutz, R. (2008). Genussgruppe: „Kleine Schule des Genießens“. In M. Linden, & M. Hautzinger, *Verhaltenstherapiemanual* (S. 352-355). Springer.
- Maisto, S. A., & Connors, G. J. (2006). Relapse in the addictive behaviors: Integration and future directions. *Clinical Psychology Review* 26, 229-231.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Müller, C., & Heinz, A. (2016). *Biologische Grundlagen der Suchtentwicklung*. In A. Batra, & O. Bilke-Hentsch, *Praxisbuch Sucht*. 2. überarbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Obert, J. (2016). *Das Matrix-Modell Ambulante Intensivbehandlung bei Störungen durch Stimulantienkonsum*. SuPraT – Suchtfragen in Praxis und Theorie e.V.
- Sandner, D. (1994). *So möge mich das Böse in Scharen verlassen – Eine psychologische Studie über Navajo Rituale*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- Schäfer, K.-H. (2018). *Therapeutisches Bogenschießen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schneider, W. (2019). *Wenn Worte fehlen - Symbole als Dolmetscher*. Innsbruck: StudienVerlag.
- Steinberg, K. (2005). *Brief counseling for marijuana dependence: a manual for treating adults*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Sutton, R. S., & Barto, A. G. (2018). *Reinforcement Learning: An Introduction*. Cambridge: MIT Press.
- Thomasius, R., Baldus, C., Moré, K., Eggers, M. A., Weymann, N., & Reis, O. (2022). *CAN Stop Ein Gruppenprogramm für junge Cannabiskonsumenten*. Göttingen: Hogrefe.
- Tretter, F. (2019). »Bio-psycho-soziales Modell« – Steckbrief und Perspektiven. In R. Gaßmann, & C. Rummel, *Sucht: bio-psycho-sozial* (S. 13 - 22). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Vogelgesang, M. (2020). *Gruppentherapie in der Suchtbehandlung*. *Psychotherapie im Dialog*, 62-65.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *Am Psychol*, 224-235.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Biopsychosoziales Krankheitsmodell (aus Bassler et. al, 2012):	S. 9
Abbildung 2: Erweitertes Bio-Psych-Soziales Modell (Tretter, 2019)	S. 9
Abbildung 3: Sieben Phasen des Selbstmanagementsmodells (nach Kanfer et al. 2011)	S. 10
Abbildung 4: Überblick Gesamtkonzept und BORA	S. 30, 47

Auf Nachfrage kann Einsicht in Prozessbeschreibungen und Grundrisspläne genommen werden.

Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag
07:30 - 08:00 Uhr Frühspport	07:30 - 08:00 Uhr Frühspport	07:30 - 08:00 Uhr Oberarztvisite	07:30 - 08:00 Uhr Einkaufszeit	–
Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
08:00 - 08:45 Uhr Sporttherapie	08:00 - 08:45 Uhr Walking	08:00 - 08:45 Uhr Sporttherapie	08:00 - 09:00 Uhr Rückfallprävention	Ab 08:00 Uhr Musikgruppe / Musikraum
10:00 - 11:30 Uhr Gruppentherapie	09:30 - 10:30 Uhr Therapiegruppe: Frauengruppe	09:00 - 10:00 Uhr Einzelgespräch Psychologie	10:00 - 11:30 Uhr Gruppentherapie	10:00 Uhr Stationsdurchgang
	11:00 - 11:30 Uhr Bewerbungstraining	10:00 - 11:30 Uhr Gruppentherapie		11:00 Uhr Plenum
Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Ab 11:30 Uhr Einzeltraining
13:00 - 15:45 Uhr Ergo- und Arbeitstherapie	13:00 - 15:45 Uhr Ergo- und Arbeitstherapie	13:00 - 14:00 Ergo- und Arbeitstherapie	13:00 - 15:45 Uhr Ergo- und Arbeitstherapie	Mittagessen
	14:00 - 15:00 Uhr Intuitives Bogenschießen/ Bogenplatz	14:15 - 16:00 Uhr Bilanzvisite nach Plan alle vier Wochen		13:00 - 13:30 Uhr Medizinische Info: Gesunde Ernährung
16:45 - 17:15 Uhr Entspannung	15:00 - 16:00 Uhr Stressbewältigung (inkl. Zusatzmodul Stress am Arbeitsplatz)	14:00 - 14:20 Uhr Stretching	16:45 - 17:15 Entspannung	13:00 - 14:30 Uhr Großeinkauf / Stationszimmer
	16:30 - 17:30 Uhr Walking	14:30 - 15:00 Uhr Ganzkörper Workout		
		15:30 - 16:00 Uhr Einzelgespräch Sozial- dienst		
		16:45 - 17:15 Uhr Entspannung		15:00 - 18:00 Uhr Schwimmen alle 14 Tage

Versand Würzburger Screening und Aufnahmeunterlagen vor Einbestellung

Auswertung der Unterlagen, Zuteilung zu BORA-Zielgruppe entsprechend der Vorgaben				
BORA 1	BORA 2	BORA 3	BORA 4	BORA 5
Schwerpunkt Ergotherapie Informationen zur beruflichen Wiedereingliederung Gespräch mit Arbeitgeber Zusatzmodul Stressbewältigung am Arbeitsplatz	<i>Zusätzlich zu BORA1 Angeboten:</i> Ergotherapie ergänzt durch berufsnahе Arbeitstherapie Diagnostik berufsbezogener Problemlagen Einzelgespräche zu beruflichen Problemlagen mit Sozialdienst/Psychologen Individuelle problembezogene Fördermaßnahmen Einzel oder Gruppe Sporttherapeutische Fördermaßnahmen	Arbeitstherapie ergänzt durch Ergotherapie Bewerbungstraining und abgeleitete individuelle Fördermaßnahmen (z.B.: EDV Kurs) Vor- und Nachbereitung von Bewerbungsgesprächen Kontaktaufnahme Arbeitsamt, Abstimmung von möglichen Fördermaßnahmen Interne/externe Berufsnahe Praktika	<i>Zusätzlich zu BORA 3 Angeboten:</i> Schwerpunkt Arbeitstherapie Praktikumsblock zu Beginn und Ende der Therapie Kontaktaufnahme Reha-Berater und Arbeitsamt Individuelle problembezogene Fördermaßnahmen (z.B. Kognitives Training) Klärung berufliche Perspektive erster Arbeitsmarkt/ Unterstützung bei Umorientierung Klärung Möglichkeit einer Adaption	<i>Zusätzlich zu BORA 4 Angeboten:</i> Auswahl einer geeigneten Nachsorgeform Aufbau einer geeigneten Tagesstruktur
Multidisziplinäre Teambesprechungen mit dem Rehabilitanden, Planung der Nachsorge				
Reha Maßnahmen Suchttherapie				
Störungsspezifische Diagnostik, Stressbewältigung, Bezugsgruppe, Einzelgespräche, Rückfallprävention, Tabakentwöhnung, Suchtspezifische Indikationsgruppe, Angehörigenarbeit,				
Übergreifende Sporttherapeutische Angebote				
Medizinische Behandlung körperlicher und psychischer Problemlagen nach Indikation				



Bezirksklinik Hochstadt

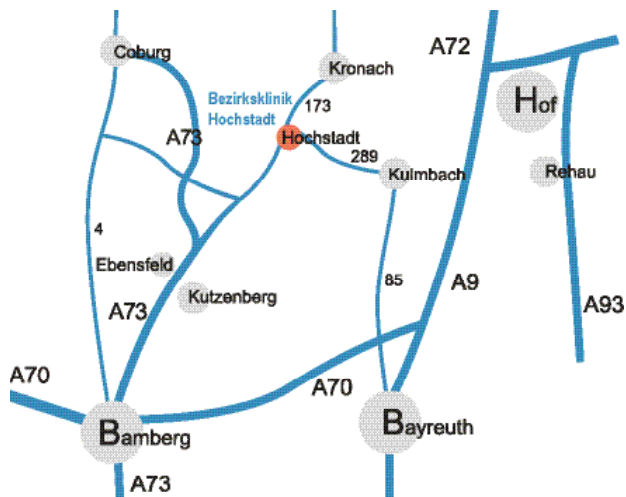
Anschrift:

Hauptstr. 13
96272 Hochstadt am Main
Bahnhofstation Hochstadt/Marktzeuln

Telefon 09574 6337-0
Fax 09574 6337-1366
hochstadt@gebo-med.de
www.gebo-med.de

Aufnahmeservice

Telefon 09574 6337-1445
Fax 09574 6337-1366



Kommunalunternehmen
Gesundheitseinrichtungen
des Bezirks Oberfranken

Nordring 2
95445 Bayreuth