



Konzeption

Fachklinik Weser-Ems

**Integrative Klinik für
Abhängigkeitserkrankungen**

Verfasser

Dipl.-Psych. Walter Behrens
Dr. med. Britta Fugmann
Dr. med. Wolfgang Schmidt
Dr. med. Manuel Seewald

in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Geschäftsbereiches "Suchthilfe" des Diakonischen Werkes Oldenburg.

Wir danken Frau PD Dr. med. Hessel (DRV OL/HB) und Herrn Siebert (DRV OL/HB) für die kompetente Begleitung und Beratung.

Stand: 27.03.2017 (Version 3.0)

Kontakt:

Fachklinik Weser-Ems

Schellenberg 13
26133 Oldenburg

Tel. 0441 - 350 62 0

Fax. 0441 - 350 62 94

E-Mail: fk.weser-ems@diakonie-ol.de

Web: www.fachklinik-weser-ems.de

Träger:

Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg

Kastanienallee 9-11
26121 Oldenburg

Telefon 0441 21001-0

Fax 0441 21001-99

E-Mail: lv@diakonie-ol.de

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
1. Einführung	7
2. Allgemeines	8
3. Die Einrichtung	8
4. Rehabilitationskonzept	11
4.1. Theoretische Grundlagen	11
4.1.1 Epidemiologie	11
4.1.2 Abhängigkeitserkrankungen - eine Einschränkung der funktionalen Gesundheit	12
4.1.3 Erklärungsmodelle und Wirkfaktoren der Behandlung.....	14
4.1.4 Genderansatz in der Suchttherapie	21
4.1.5 Voraussetzungen für das Andauern einer Suchtmittelabhängigkeit	22
4.1.6 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele	23
4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen	24
4.2.1. Indikation nach ICD	24
4.2.2 Rehabilitationsvoraussetzungen	24
4.2.3 Indikationen für eine stationäre Behandlung.....	25
4.2.4 Indikationen für eine ganztägig ambulante Behandlung	25
4.2.5 Kontraindikationen.....	25
4.2.6 Aufnahmevoraussetzungen.....	26
4.3 Rehabilitationsziele	26
4.4. Rehabilitationsdauer	26
4.4.1 Verlängerung der Behandlung	27
4.4.2 Verkürzung der Behandlung.....	27
4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung	27
4.6 Rehabilitationsprogramm	29
4.7 Rehabilitationselemente	30
4.7.1 Aufnahmeverfahren.....	30
4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik.....	30
4.7.3 Medizinische Therapie	32
4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote	33
4.7.5. Arbeits- und berufsbezogene Interventionen	36
4.7.6 Physio- und Sporttherapie, Entspannungstechniken	41
4.7.7 Freizeitangebote.....	42
4.7.8 Klinische Sozialarbeit (Sozialdienst)	43
4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung	43
4.7.10 Angehörigenarbeit	44
4.7.11 Rückfallmanagement.....	44
4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege.....	45
4.7.13 Nachgehende Leistungen	45
4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation	45
5. Personelle Ausstattung	46
6. Räumliche Gegebenheiten	46

7. Kooperation und Vernetzung	50
7.1. Suchthilfesystem.....	50
7.2. Medizinisches/psychosoziales Versorgungssystem	51
7.3. Arbeits-/berufsbezogene Strukturen	52
7.4. Selbsthilfe	52
8. Maßnahmen der Qualitätssicherung	52
8.1 Externe Qualitätssicherung.....	52
8.2 Internes Qualitätsmanagement.....	53
9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation	56
10. Notfallmanagement	57
11. Fortbildung	57
12. Supervision	58
13. Haus- und Therapieordnung	58
Literatur	59

Vorwort

Diese Konzeption orientiert sich an den Kernsätzen/Leitmotiven für die Gestaltung der Arbeit des Diakonischen Werkes der Ev.-Luth. Kirche in Oldenburg.

(a) Wir sind dem Menschen zugewandt und sehen uns als Teil unserer Kirche, in diesem Sinne arbeiten wir.

Im Zentrum unserer Arbeit steht der hilfebedürftige Mensch, ihn nehmen wir in allen persönlichen Bezügen und Ressourcen wahr. Die gleiche Sorgfalt sind wir uns und unseren Mitarbeitern¹ schuldig. Unsere Mitarbeiter arbeiten auf der Grundlage klarer Strukturen mit angemessenen Vorgaben. Unsere Institutionen stehen den Hilfebedürftigen offen, wir geben den Menschen die Hilfe, die sie in ihrer konkreten Situation benötigen.

(b) Wir sind immer auf dem Weg und dabei beständig.

Die Konzeptionen im Geschäftsbereich Suchthilfe beschreiben das Ergebnis unserer Suche nach Optimierung der Arbeit in unserem Helfefeld. Für unterschiedliche Anforderungen an unsere Hilfe gibt es ein differenziertes Hilfeangebot, das ständig weiterentwickelt wird.

(c) Wir bieten Modelle zukunftsweisender psychosozialer Hilfen an.

So wie sich die Gesellschaft ändert, ändern sich auch die Bedürfnisse der Menschen sowie die Strukturen, in denen Hilfeleistungen angeboten werden. Wir fördern eine ganzheitliche persönliche Entwicklung, die Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung. Was in der Vergangenheit gut war, muss nicht gut für Gegenwart und Zukunft sein. Wir haben Veränderungen sensibel wahrgenommen, Gutes bewahrt und neue Ideen entwickelt, die in die Zukunft tragen. Wir achten die Schöpfung und gestalten unsere Dienste unter dem Gesichtspunkt ökologischer Verträglichkeit. Wir liegen im Trend.

(d) Wir sind den Menschen im Oldenburger Land bekannt und in der Gesellschaft vernetzt.

Unsere Arbeit ist gerade dann nachhaltig, wenn sie die vorhandenen Ressourcen nutzt. Dadurch wird Nachhaltigkeit verbessert. Dies geht nur in guter Zusammenarbeit zwischen Kliniken, Fachstellen Sucht, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Ärzten, Leistungsträgern, und anderen Institutionen der Suchthilfe.

(e) Wir benennen Gefahren gesellschaftlicher Exklusion und verfolgen inklusive Konzepte.

Wir sind nicht nur für Menschen da, die in der Lage sind, zu uns zu kommen, sondern gehen auch auf die hilfebedürftigen Menschen zu (z. B. durch besondere Angebote für suchtkranke Hörgeschädigte, depravierte Menschen, Wohnungslose etc.).

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im Text die männliche Form von Rehabilitand oder Mitarbeiter gewählt. Selbstverständlich soll dies die weibliche Form miteinschließen.

(f) Wir pflegen einen ermutigenden, auf Selbständigkeit und Verantwortlichkeit setzenden Führungsstil.

Wir wissen, Menschen tun Gutes, die Gutes erlebt haben. Menschen handeln verantwortungsvoll, denen Verantwortung übertragen wird. Menschen vertrauen, denen Vertrauen entgegengebracht wird. Menschen handeln selbständig, denen Selbständigkeit zugetraut wird. Erfolgreiche Suchtkrankenarbeit kann nur von selbstbewussten und selbständig arbeitenden Menschen betrieben werden.

(g) Wir sind professionell.

Unsere Arbeit orientiert sich an den hohen beruflichen und fachlichen Standards unseres Hilfefeldes, an den Regeln verantwortlicher Verwaltung und sparsamer Betriebsführung. Unsere Mitarbeiter verfügen oft über eine wissenschaftliche Ausbildung und eine tiefe Menschenkenntnis.

(h) Wir sind in dem, was wir tun, verbindlich und zuverlässig.

Wir halten unsere Zusagen ein, erwarten dies auch von unseren Partnern. Dies gilt sowohl für unsere Geldgeber, als auch für unsere Rehabilitanden.

(i) Wir bleiben kreativ.

Öffentliche Mittel sind knapp. Wir lernen, mit Mangelsituationen umzugehen. Wir haben kreative Lösungen für die uns anvertrauten Menschen gefunden.

(j) Wir stehen wirtschaftlich auf sicheren Füßen.

Wir sind vor allem für die uns anvertrauten Menschen da. Damit das gelingt, muss unsere Arbeit wirtschaftlich gesichert sein und ein hohes Maß an Qualität aufweisen. Dies bedeutet, die Grenzen unserer Möglichkeiten deutlich zu benennen und auch Effektivität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit zu beachten. Dies erst ermöglicht den notwendigen Handlungsspielraum für unsere Arbeit und eine angemessene Bezahlung unserer Mitarbeiter.

(k) Wir arbeiten mit größtmöglicher Transparenz nach innen und außen; Grenzen zeigen wir hierbei offen auf und begründen sie.

Für alle unsere Mitarbeiter erarbeiten wir Stellenbeschreibungen, Stundenaufstellungen und Wochenpläne. Wir geben Auskunft über die von uns erbrachten Leistungen und über die Verwendung der uns zur Verfügung stehenden Mittel im Sinne der Wahrnehmung von Verantwortlichkeit für die Menschen in unserem Sozialraum, dem Oldenburger Land.

1. Einführung

In der Fachklinik Weser-Ems -Integrative Klinik für Abhängigkeitserkrankungen- werden Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit sowie nichtstoffgebundenen Süchten ab 18 Jahren behandelt. Die Klinik versteht sich als Kompetenzzentrum für die Rehabilitation Abhängigkeitskranker in Nordwestdeutschland.

Ziel unserer Behandlung ist es, die Erwerbsfähigkeit und Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend der Anforderungen des SGB VI und SGB IX sowie der Neigungen und Fähigkeiten des Rehabilitanden dauerhaft zu sichern. Es wird die persönliche Entwicklung des Rehabilitanden ganzheitlich gefördert und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung erarbeitet.

Abhängigkeitserkrankungen verstehen wir entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF; DIMDI 2005) als Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Alle Abhängigkeitserkrankungen führen zu vergleichbaren Folgen bezüglich Funktionsfähigkeit und Behinderung sowie zu Beeinträchtigungen im Bereich der Kontextfaktoren. Diese Folgen und Beeinträchtigungen können gemeinsam behandelt werden. Deshalb ersetzen wir die suchstoffzentrierte Behandlung der Abhängigkeitserkrankungen durch eine ICF-basierte, integrative Behandlungsweise.

Ein koordiniertes Zusammenwirken der individuell auf den Rehabilitanden zugeschnittenen Interventionen in unserer Klinik ergibt sich aus dem von uns ermittelten Bedarf. Ein koordiniertes Zusammenwirken unserer Interventionen mit denen anderer Behandler ermöglicht eine erfolgreiche Rehabilitation.

- Deshalb arbeiten in unserer Klinik die behandelnden Berufsgruppen multidisziplinär zusammen. Wir ermitteln den medizinischen, den psychischen und den sozialen Bedarf der Rehabilitanden. Hierzu dienen uns diagnostische Instrumente und Screeningverfahren. Die Ergebnisse unserer diagnostischen Bemühungen sind die Grundlage unserer auf den einzelnen Rehabilitanden abgestimmten Behandlung.
- Deshalb integrieren wir in die Behandlung unserer Rehabilitanden evidenzbasierte tiefen-psychologische, verhaltenstherapeutische, schematherapeutische, humanistische, systemische und neurobiologische Therapieverfahren und orientieren uns an vorhandenen Rehabilitationsstandards der DRV.
- Deshalb schließt die Therapie die Behandlung sowohl körperlicher als auch psychischer Begleiterkrankungen ein
- Deshalb ist unsere Klinik durch ihre Vernetzungen in die Region integriert. Wir kooperieren hinsichtlich Prävention, Behandlung, Krisenintervention und Notfallmanagement mit Akutkrankenhäusern, Arztpraxen, Fachstellen Sucht /Suchtberatungsstellen, Fachberatungsstellen, Selbsthilfegruppen, sozialpsychiatrischen Diensten, Jobcentern, BFW etc.

Die Perspektive unseres rehabilitativen Handelns berücksichtigt umwelt- und personbezogene Barriere- und/oder Förderfaktoren (SCHUNTERMANN 2007 und BAR 2004) und setzt therapeutische Akzente im Bereich von Aktivitäten und Teilhabe.

Im Auftrag der Rentenversicherungen, aber auch der Krankenkassen und Sozialhilfeträger führen wir stationäre und/oder ganztägig ambulante medizinische Rehabilitation durch.

Der Rehabilitand ist im Behandlungsprozess Partner und aktiv Handelnder. Mit ihm vereinbaren wir die Ziele seiner Behandlung.

Es gelten während der Rehabilitation die Richtlinien der zuständigen Kosten- und Leistungsträger, mit denen sich der Rehabilitand einverstanden erklärt.

2. Allgemeines

Träger der Fachklinik Weser-Ems ist das Diakonische Werk Oldenburg.

Anschrift: Am Schellenberg 13, 26133 Oldenburg

Telefon: 0441 350 620

E-Mail: fk.weser-ems@diakonie-ol.de

Internet: www.fachklinik-weser-ems.de

Das vorliegende Rehabilitationskonzept zur stationären und ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung wurde im Okt. 2016 erstellt von Dr. med. Manuel Seewald (Leitender Oberarzt der Fachklinik Oldenburger Land), Dr. med. Britta Fugmann (Fachärztin der Fachklinik Oldenburger Land), Dr. med. Wolfgang Schmidt (Chefarzt der Fachklinik Oldenburger Land) und Dipl.- Psych. Walter Behrens (Psychologe der Fachklinik Oldenburger Land) in Zusammenarbeit mit Mitarbeitern des Geschäftsbereiches „Suchthilfe“ des Diakonischen Werkes Oldenburg.

3. Die Einrichtung

Die Fachklinik Weser-Ems wurde neu erbaut und am 01.05.2017 in Betrieb genommen. Es werden seitdem Menschen mit Alkohol-, Medikamenten-, und Drogenabhängigkeit sowie nichtstoffgebundenen Süchten ab 18 Jahren behandelt.

Barrierefreiheit gemäß den Vorschriften des SGB I und IX sowie des Behindertengleichstellungsgesetzes (BGG) ist gewährleistet. Die Klinik verfügt über einen Fahrstuhl und schwellenfreie Türen. Sie ist für Menschen im Rollstuhl und mit einer Gehbehinderung geeignet. Für schwerhörige Menschen sind technische Anlagen zur Schallverstärkung (FM Anlage) vorhanden. Schwerhörigkeit muss im Vorfeld abgeklärt und entsprechend mit Hörhilfen versorgt sein. Gebärdenkompetente Mitarbeiter sind für gehörlose Rehabilitanden vorhanden ebenso wie Zimmer mit Lichtsignalanlage. Für Menschen mit hirnorganischen Beeinträchtigungen ist ein klares und einfaches Leitsystem vorhanden. Die baulichen Strukturen erleichtern die Orientierung im Gebäude und auf Station. Im individuellen Wochenplan werden Raumnummern ausgewiesen. Jeder neue Rehabilitand bekommt außerdem aus seiner Bezugsgruppe einen Paten zugewiesen, der ihn zu Beginn und bei Bedarf auch über einen längeren Zeitraum begleitet.

(a) Geographische Lage/Standort/Infrastruktur

Die Fachklinik Weser-Ems befindet sich im südlichen Teil einer Großstadt. Standort ist: Schellenberg 13, 26133 Oldenburg, (Stadtteil Kreyenbrück) im Gebiet des geplanten

„Weißen Campus“ der Stadt Oldenburg (Wissenschaftlicher Standort). In der Nähe befinden sich:

- Einkaufszentrum mit diversen Geschäften (Supermarkt, Drogerie, Baumarkt, Bäckerei, Textilgeschäft, Reisebüro, Textil-Reinigung, Schreibwarengeschäft etc.)
- Arzt-/Zahnarztpraxen
- Physiotherapiepraxen
- Apotheken
- Post- und Bankfiliale
- Fitnessstudio, Sportvereine, Schwimmbad

Es bestehen gute Busverbindungen in die Innenstadt sowie zum Hauptbahnhof (ca. 10-15 Minuten Fahrzeit). Mit dem Fahrrad sind sowohl die Innenstadt als auch verschiedene Ausflugsziele (Küstenkanal, Osternburger Kanal, Schlosspark und Naherholungsgebiete) in kurzer Zeit gut zu erreichen (Fahrradausleihe in der Klinik).

(b) Strukturelle und organisatorische Gegebenheiten

- Die Klinik ist in sechs Bereiche gegliedert (Medizin, Psychotherapie mit Sozialarbeit, Ergotherapie, Pflegedienst, Wirtschaftsdienst, Verwaltung). Jeder Bereich hat einen Bereichsleiter. Gesamtleiter der Klinik ist der Chefarzt.
- Die Rehabilitanden sind auf 4 Stationen mit jeweils 2 Bezugsgruppen im Einzelzimmer mit eigener Nasszelle untergebracht. Die Belegung der Bezugsgruppen erfolgt nach ICF orientierten Indikationskriterien (z.B. Hörschädigung, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, berufliche Problemlagen etc.) siehe auch 4.5.
- Die Zugangskontrolle zu den Stationen und den Räumlichkeiten der Klinik erfolgt über ein programmierbares elektronisches Schließsystem.
- Die Klinik verfügt über Alkoholmessgerät (Alkomat), EKG-Gerät, Notfallkoffer, Defibrillator und Überwachungs-raum. Akupunktur nach NADA wird angeboten.
- Videoüberwachung relevanter Bereiche der Klinik unter Berücksichtigung der entsprechenden datenschutzrechtlichen Vorgaben.
- Die therapeutischen Angebote finden auf dem Klinikgelände statt (Arbeitstherapie auch in der Werkhalle).
- Vollküche mit Speiseraum und Cafeteria.
- Fitness- und Kreativräume.
- Die Aufnahme von Begleitpersonen oder Kindern ist nicht möglich. Paare können aufgenommen werden.
- Die Anerkennung zur Durchführung von Behandlungen nach §35, 36 BtMG ist vorhanden
- Substituierte Rehabilitanden können nicht aufgenommen werden.

(c) Leistungsträger

Leistungsträger sind vorwiegend:

- die Deutsche Rentenversicherung (DRV)
- die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Federführender Leistungsträger der Fachklinik Weser-Ems ist die Deutsche Rentenversicherung Oldenburg-Bremen.

(d) Platzzahl

Die Fachklinik verfügt über insgesamt 100 Behandlungsplätze:

- 80 stationäre Plätze
- 20 ganztägig ambulante Plätze.

Die ganztägig ambulanten Rehabilitanden sind Montag bis Freitag von 8:00 Uhr – 17:00Uhr in der Klinik. Teilnahme an Workshops und Sport an Wochenenden (samstags) ist nach individuellem Wochenplan verpflichtend.

(e) Einzugsgebiet

Regionale und überregionale Aufnahmen sind möglich.

Ganztägig ambulante Rehabilitanden können aus Orten mit folgenden PLZ (erste drei Ziffern) aufgenommen werden:

261-; 262-; 263-; 266- Kreis Cloppenburg und Ammerland; 269- südliche Wesermarsch; 277- und 278- Landkreis Oldenburg; 493- und 494- nördlicher Kreis Vechta; 496- nördlicher Kreis Cloppenburg.

(f) Behandlungsdauer (vgl. Ziffer 4.4)

Die Gesamtbehandlungsdauer richtet sich nach dem notwendigen Therapiebedarf des Rehabilitanden, der Behandlungsform und den Diagnosen unter Berücksichtigung der Komorbiditäten (6 bis 26 Wochen möglich).

Innerhalb dieser Gesamtbehandlungsdauer können konzeptionell abgestimmt stationäre und ganztägig ambulante Interventionsformen je nach individuellem Verlauf des Therapieprozesses zielorientiert eingesetzt werden.

(g) Behandlungsangebote

Jeder Rehabilitand nimmt im Rahmen seiner Entwöhnungsbehandlung aktiv an der Basistherapie mit folgendem Inhalt teil:

- allgemeine Psychotherapie in Bedarfsgruppen
- spezielle Psychotherapie in Gruppen (edukative und indikative Angebote)
- ergo-/arbeitstherapeutische Angebote
- medizinische und körperbezogene (sport-, bewegungs-, physiotherapeutische) Angebote etc.

(h) Besonderheiten der Einrichtung

Die Fachklinik bietet eine modulare Therapie (Kombibehandlung) an. Sie ist Teil des regionalen Therapieverbands „Kombi-Nord“ (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord). Sie ist Mitglied eines Qualitätszirkels Kombi-Nord, in der sich regelmäßig verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen der Region treffen. (Erläuterungen siehe Kap. 7).

Das Klinikgebäude ist in überschaubare Wohneinheiten gegliedert, die um Innenhöfe gruppiert sind. Dadurch wird ein Großklinikcharakter vermieden. Die Zugehörigkeit zur Gruppe und die sozialen Fähigkeiten der Rehabilitanden werden gefördert.

Zimmer mit überlangen Betten und stabilem Lattenrost für große und adipöse Rehabilitanden sind vorhanden. Für Paartherapien gibt es Zimmer mit Verbindungstüren.

Auf dem Klinikgelände befindet sich eine moderne und großzügige Werkhalle mit Arbeitsplätzen zur Holz- und Metallverarbeitung, mit Fahrradwerkstatt sowie Schulungs- und Therapieräumen. Ein Brennofen ist vorhanden. Barrierefreiheit für Rehabilitanden mit Rollstuhl/Gehbehinderung ist gegeben. Umkleieräume mit Duschen stehen zur Verfügung.

Alleinstellungsmerkmal der Klinik ist das Angebot, auch suchtkranke Menschen mit Schwer- und Schwersthörigkeit (FM Anlage zur Schallverstärkung) und Menschen mit Gehörlosigkeit in Gebärdensprache (**Deutsche Gebärdensprache**) zu behandeln.

In indikativen Gruppen werden genderspezifische Themen bearbeitet.

Für leichte Entzugssymptomatiken, bei Stress, Hyperaktivität, Unruhe, Schlafstörungen und Ängste oder zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung bietet die Klinik Akupunktur nach NADA an.

Es besteht ein seelsorgerliches Angebot mit edukativen Gruppen zur Vermittlung von Werten und Normen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen

4.1.1 Epidemiologie

In Deutschland spielt der Konsum folgender Substanzen eine herausragende Rolle (BAR 2006):

(a) Alkohol

Eine Vielzahl von Menschen konsumiert in Deutschland alkoholische Getränke in einem Umfang, der als schädlich für die Gesundheit gilt. Bei 1,3 Millionen Menschen ist eine Alkoholabhängigkeit zu diagnostizieren. Davon stellen die Männer ca. 65 bis 75 % der Betroffenen (KRAUS et al. 2005). Untersuchungen zu alkoholbezogenen Todesfällen gehen von etwa 74.000 Todesfällen aus, die durch Alkoholkonsum oder den kombinierten Konsum von Alkohol und Tabak verursacht sind.

(b) Medikamente

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Medikamentenabhängigen wird in Deutschland auf 1,4 Mio. geschätzt, zwei Drittel davon sind Frauen (DHS 2008). Menschen mit behandlungsbedürftigem Medikamentenkonsum sehen ihren Konsum häufig nicht als problematisch an, weil sie die Medikamente wegen ihrer Beschwerden und oft ärztlich verordnet einnehmen. Der Konsum von Medikamenten erfolgt meist im Verborgenen.

(c) Illegale Drogen

Unter illegalen Drogen werden in der Regel die psychotrop wirkenden Substanzen verstanden, deren Verkehr durch das Betäubungsmittelgesetz BtmG eingeschränkt oder verboten ist.

Die mit Abstand am häufigsten konsumierte illegale Substanz ist Cannabis. Mehr als 1/3 der Bevölkerung hat im Laufe ihres Lebens Erfahrungen mit Cannabis-Produkten gemacht. Zu den illegalen Drogen gehören außerdem u. a. Kokainbasen, synthetische Cannabinoide und

weitere synthetische Drogen („legal highs“), deren Konsum zunehmend als problematisch anzusehen ist, sowie LSD und ähnliche Substanzen (KRAUS et al. 2005). Im Jahr 2014 wurden 1.032 Rauschgifttote registriert.

(d) Nikotin

Schätzungsweise 25,7% der erwachsenen Bevölkerung ab 15 Jahre rauchen Tabak, davon 85% regelmäßig und 15% gelegentlich. Im Jahr 2013 starben rund 121.000 Menschen an den Folgen des Rauchens.

(e) Pathologisches Glücksspiel

Zur Diagnose eines Pathologischen Glücksspiels dient das ICD 10 und das DSM IV. Das ICD 10 (WHO, 2011, S. 290) führt das Pathologische Glücksspiel unter dem Kapitel F 63.0 und wird dort wie folgt beschrieben: "Die Störung besteht in häufig wiederholtem episodenhaftem Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall der sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt."

4.1.2 Abhängigkeitserkrankungen - eine Einschränkung der funktionalen Gesundheit

Bei Abhängigkeitserkrankungen handelt es sich um eine bio-psycho-soziale Störung (ICF; DIMDI 2005) mit häufig zyklischem Verlauf, der oft eine lange Zeit des schädlichen Gebrauchs psychotroper Substanzen (Alkohol, illegale Drogen, Medikamente) vorausgeht.

Das bio-psycho-soziale Modell nach ICF beschreibt ein auch für Abhängigkeitserkrankungen gültiges Zusammenwirken folgender Komponenten funktionaler Gesundheit: Gesundheitsproblem, Körperfunktionen und -strukturen, umwelt- und personbezogene Faktoren sowie Aktivitäten und Teilhabe (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit der ICF (DIMDI 2005, S. 21)

Eine Person ist funktional gesund (BAR 2007), wenn –vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich der mentalen Funktionen) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzept der Körperfunktionen und -strukturen),

- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation/Teilhabe an Lebensbereichen).

(a) Gesundheitsproblem

Das Gesundheitsproblem wird in der ICF nach ICD 10 diagnostiziert. Eine stoffgebundene Abhängigkeit liegt vor, wenn ein Mensch über mindestens ein Jahr drei der folgenden Kriterien erfüllt:

- starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen und/oder Alkohol zu konsumieren
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanz- oder Alkoholkonsums
- Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern
- Körperliches Entzugssyndrom
- Toleranzentwicklung
- eingeengtes Verhaltensmuster im Umgang mit Alkohol oder der Substanz
- fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügungen oder Interessen zugunsten des Substanz- oder Alkoholkonsums sowie
- anhaltender Substanz- oder Alkoholkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

(b) Körperfunktionen und -strukturen

Im Bereich der Körperfunktionen und -strukturen ist bei Abhängigkeitserkrankten von einer primären psychischen Beeinträchtigung, wie zum Beispiel Unfähigkeit zu Abstinenz, emotionale Instabilität, negative Affekte, geringe Frustrationstoleranz und eingeschränkte Antizipationsfähigkeit auszugehen. Hinzu kommen eine eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, ein geringes Selbstwertgefühl sowie dysfunktionale Kognitionsmuster. Ebenfalls eingeschränkt sind die Objektwahrnehmung, die Steuerung und Abwehr, die Fähigkeit zur Kommunikation sowie die innere Bindung und äußere Beziehung.

Die Erkrankung kann zudem zu weiteren Schädigungen von Körperstrukturen und -funktionen führen.

(c) Person- und umweltbezogene Kontextfaktoren

Die Gegebenheiten des gesamten Lebenshintergrundes einer Person werden in der ICF Kontextfaktoren genannt und setzen sich zusammen aus Umweltfaktoren und Person bezogenen Faktoren. Das Konzept der funktionalen Gesundheit beantwortet die Frage, welche Kontextfaktoren sich positiv (Förderfaktoren) und welche sich negativ (Barrieren) auf die funktionale Gesundheit einer Person auswirken. Es sind dies zum Beispiel:

- (Nicht-)Vorhandensein persönlicher Unterstützung und tragfähiger Beziehungen
- individuelle Arbeitssituation
- Zugangs- und Nutzungsmöglichkeiten sozialer Einrichtungen
- sozioökonomische Situation
- soziokulturelle Strukturen und
- Einstellungs- und Wertesystem.

(d) Aktivitäten und Teilhabe

Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen, bedingt durch die Abhängigkeitserkrankung im beschriebenen Wechselspiel mit den person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren, führen häufig zu Beeinträchtigungen auf der Ebene der Aktivität, insbesondere hinsichtlich interpersoneller Interaktion und Kommunikation, psychischer und körperlicher Belastbarkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens sowie hinsichtlich Krankheitsakzeptanz und -bewältigung. Daraus können wiederum Beeinträchtigungen der Teilhabe resultieren, wie zum Beispiel in den Bereichen:

- Arbeit und Beschäftigung
- physische und psychische Unabhängigkeit
- Impuls- und Affektregulation
- Selbstversorgung
- häusliches und soziales Leben
- soziale Integration und
- Mobilität.

4.1.3 Erklärungsmodelle und Wirkfaktoren der Behandlung

Bei der Genese und auch als Folge von Abhängigkeitserkrankungen spielen Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, personen- und umweltbezogenen Kontextfaktoren und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe, wie beschrieben, eine Rolle. Die Genese der Abhängigkeitserkrankungen ist somit multifaktoriell.

In der Praxis hat sich erwiesen, dass ein interdisziplinärer Behandlungsansatz sowie ein Schulen übergreifender integrativer Ansatz der Psychotherapie abhängigkeitskranken Rehabilitanden am ehesten gerecht wird. Dieses Erfahrungswissen wird durch die Theorie der Selbstorganisation komplexer, dynamischer Systeme nach SCHIEPEK, therapeutische Wirkprinzipien nach GRAWE sowie Ergebnisse aktueller Hirnforschung gestützt: Erfolgreiche Psychotherapien führen zu Ordnungsübergängen und somit zu Phasen kritischer Instabilität (vgl. SCHIEPEK 1999 a, b).

GRAWE (1994) ist der Ansicht, dass die Verarbeitung von Emotionen nur ein möglicher therapeutischer Wirkmechanismus ist. Psychische Störungen sind vor allem Blockaden der Entwicklung und der Aktivität kognitiver Verhaltensschemata. In der therapeutischen Arbeit spielen die Identifizierung und Differenzierung der wirksamen Schemata eine zentrale Rolle. Bei abhängig erkrankten Menschen werden in Problemsituationen häufig nur wenige, aber dysfunktionale Schemata starr aktiviert. Ziel der Therapie ist hier die Aktivierung funktionaler Schemata.

Nach GRAWE (1994) lässt sich die Wirksamkeit von Psychotherapie auf vier Faktoren zurückführen:

1. Reflektierende Abstraktion
2. Informationsverarbeitung
3. Kompetenzerweiterung
4. Therapeutische Beziehung: Der Rehabilitand fühlt sich in seinen wichtigsten Zielen vom Therapeuten angenommen und verstanden.

GRAWE (2004) benennt vier therapeutische Wirkprinzipien:

1. „Ressourcenaktivierung“: Man kann den Rehabilitanden besonders gut helfen, indem man an ihre positiven Möglichkeiten, Eigenarten, Fähigkeiten und ihre Motivation anknüpft.
2. „Problemaktualisierung“: Das, was verändert werden soll, muss in der Therapie real erlebt werden. Hierzu sind am besten Settings geeignet, in denen der Rehabilitand diese Probleme real erfahren kann.
3. „Therapeutische Klärung“: Hierbei geht es darum, dass der Therapeut dem Rehabilitanden dabei hilft, sich über die Bedeutung seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine unbewussten und bewussten Ziele klarer zu werden.
4. „Aktive Hilfe zur Problembewältigung“: Hierbei unterstützt der Therapeut den Rehabilitanden aktiv darin, mit einem bestimmten Problem besser fertig zu werden.

GRAWE (2004) ist der Ansicht, dass die Zukunft der Psychotherapie in der therapieschulübergreifenden Nutzung schon bekannter Erkenntnisse liegt. Als Grund für diese Aussage führt er an, dass keine der existierenden Therapieschulen mit ihren theoretischen Konzepten in der Lage sei, die Gesamtheit der heute gesicherten Fakten auf dem Gebiet der Psychotherapie vollständig zu erklären. So betrachtet nimmt jede Therapieschule immer nur einen Bruchteil ihrer Möglichkeiten wahr.

Der von uns vertretene Rehabilitationsansatz verbindet deshalb interdisziplinär Medizin, Psychotherapie, Psychologie, Ergotherapie und Sozialarbeit. Er integriert zudem schulenübergreifend verschiedene Theorien des Suchtgeschehens (siehe Abb. 2).

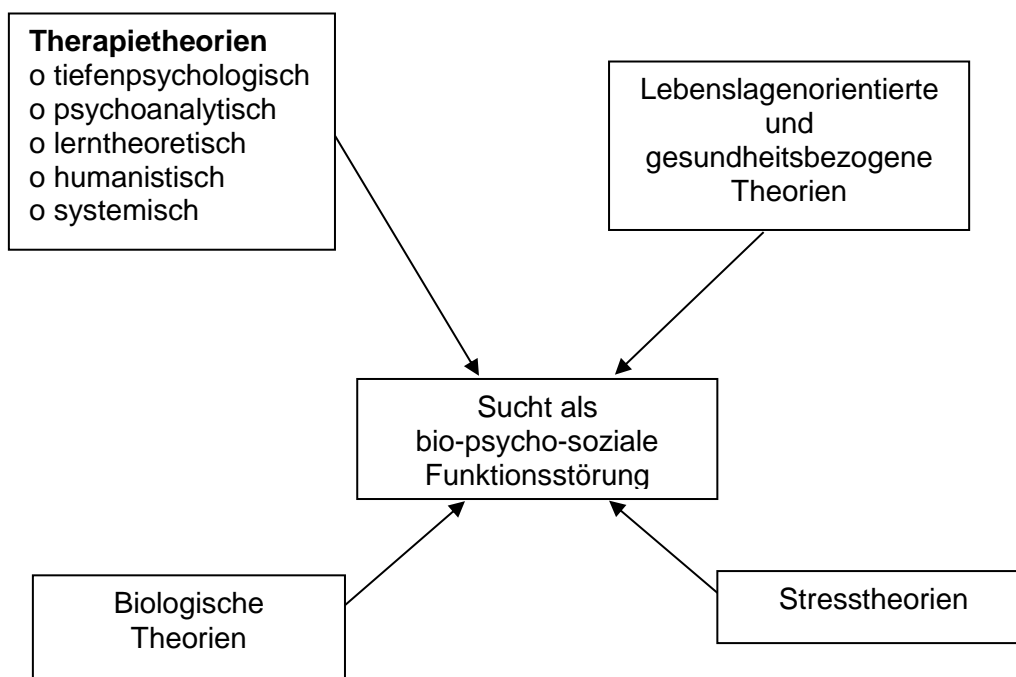


Abb. 2: Multiperspektivität des Suchtgeschehens

4.1.3.1 Therapietheorien

Wir arbeiten psychotherapeutisch integrativ d. h. wir integrieren evidenzbasiert alle wissenschaftlich begründeten Verfahren.

Wir verbinden z.B. psychodynamische Therapie und Schematherapie. In der praktischen Arbeit ergänzen sich diese beiden Verfahren hervorragend. Psychodynamische Psychotherapie imponiert durch tiefe theoretische Begründetheit, die Schematherapie durch ihre vielfältigen therapeutischen Möglichkeiten (Stuhlarbeit, Aufstellungsarbeit, Verbildlichung, Imagination, Einsatz von Puppen, Medien, etc.).

A. Tiefenpsychologisch-psychoanalytische Ansätze

Tiefenpsychologisch-psychoanalytische Ansätze haben mehrere bedeutsame Erklärungsmodelle der Suchtmittelabhängigkeit hervorgebracht:

1. Das triebpsychologische Konzept

Das triebpsychologische Konzept geht davon aus, dass der abhängig erkrankte Mensch ständiger Genusssucht unterliegt. Dies hat gelegentlich Bedeutung in der klinischen Suchtkrankenarbeit.

2. Das Ich-psychologische Konzept

Das Ich-psychologische Konzept betrachtet Abhängigkeit als Ausdruck eines strukturellen Defektes der Persönlichkeit. Es geht dabei um

- die kognitive Ebene (Selbst- und Objektwahrnehmung)
- die regulative Ebene (Steuerung und Abwehr)
- die emotionale Ebene
- die Fähigkeit zur Kommunikation nach innen und außen
- die Bindungsebene (innere Bindung und äußere Beziehung; OPD-II, 2009).

Das Suchtmittel soll die strukturelle Schwäche kompensieren. Die Substanzabhängigkeit ist ein von vornherein zum Scheitern verurteilter Selbstheilungsversuch.

Für die Therapie hat dieser Ansatz weitreichende Konsequenzen. Wenn die Einnahme des Suchtmittels ein Selbstheilungsversuch ist muss die Funktion des Suchtmittels für das Individuum beachtet und respektiert werden.

Therapeutisch ist es bedeutsam, die stützenden Aspekte des Suchtmittels zu identifizieren. Hier gilt es, attraktive und realistische Alternativen zum Suchtmittelkonsum in Kooperation mit dem Rehabilitanden zu entwickeln.

3. Das selbstpsychologische Konzept

Das selbstpsychologische Konzept sieht die Sucht als einen Versuch, „das zerbrochene und abhanden gekommene Selbst wieder aufzurichten und zwar in einer Art und Weise, die Unabhängigkeit vom versagenden Selbstobjekt gewährleistet.“ (PASSETT, 1981 Seite 175)

Die Selbstpsychologie betrachtet die Suchtmittelabhängigkeit als einen Versuch der Selbstheilung, betont jedoch, das Suchtmittel vermittele das Gefühl, akzeptiert zu sein und Selbstvertrauen zu haben. Es ermögliche das weiteren Grandiositätsfantasien (ROST 2001).

4. Das objektpsychologische Konzept

Unter dem Begriff „Objektbeziehungstheorie“ werden unterschiedliche Ansätze zusammengefasst. Diesen ist gemeinsam, dass sie die zentrale Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehung und der Vorstellung des Kindes über sich und seine Bezugsperson für die spätere Beziehungsgestaltung und für die Persönlichkeitsentwicklung herausstellen. Ein weiteres gemeinsames Merkmal ist die Hervorhebung von Übertragung und Gegenübertragung in der Anwendung des psychotherapeutischen Konzeptes.

Die Entwicklung psychischer Strukturen wird als Folge und als Ergebnis von Internalisierungsprozessen verstanden (KERNBERG 2006). Den „Objekten der Außenwelt“, beispielsweise relevanten Bezugspersonen der frühen Kindheit, entsprechen die Objektrepräsentanzen in der inneren Welt (KERNBERG 1988). Die Beziehungserfahrungen mit den Objekten wirken auch auf die Entwicklung der Selbstrepräsentanzen ein. Als Selbstrepräsentanz wird hier das Selbst in Beziehung zu einem Objekt verstanden, sprich das Selbst in Relation zu einer anderen Person. Analog des realen Beziehungsschicksals bilden die Selbstrepräsentanzen mit den entsprechenden Objektrepräsentanzen die eigentlichen Objekt-/Beziehungsrepräsentanzen (Repräsentanzen von Selbst- und Objektkonstellation).

Der destruktive Hass ist die eigentliche Triebkraft der Sucht (GLUVER 1933; zitiert nach ROST 2001). Das Suchtmittel wird als eine Substanz mit sadistischen Eigenschaften erlebt, als ein ambivalent geliebtes, aber im Kern destruktives mütterliches Objekt¹. Je nach Ausprägung der sadistischen bzw. libidinösen Strebungen wird das Suchtmittel ausgewählt. Bei besonders intensiven Strebungen werden beispielsweise Harddrogen konsumiert. Durch die Einnahme des Suchtmittels kann der Erkrankte die inneren bösen Objekte (innere böse Bilder, welche neben den guten Objekten getrennt stehengeblieben sind) strafen oder „töten“. Er kann durch den Konsum auch sich selbst und seinen Körper „töten“ und so seine Spannungen beseitigen.

Auf der anderen Seite kann der Süchtige sein „gutes Selbst“ und die „guten Objekte“ auf die Außenwelt projizieren, sie dort isolieren und sie so vor seinem Hass und der Zerstörung schützen. Diese zweiseitige Wirkung erklärt auch den intensiven Zwang, immer wieder zum Suchtmittel zu greifen.

In der Objektbeziehungstheorie werden der Droge mütterliche Eigenschaften zugeschrieben. Sie ist quasi Ersatz für das erste Liebesobjekt. In dieser Beziehung zeigt sich die Ambivalenz der frühen Mutter-Kind-Beziehung.

Wir erarbeiten in Anlehnung an die OPD-2 (2009) das Integrationsniveau der Persönlichkeitsstruktur (gut, mäßig, gering integriert, desintegriert), das unabhängig von Diagnosen (Neurose, Borderline-Störung, Psychose) ist und qualitativ unterschiedliche psychische Funktionsniveaus beschreibt.

Wir leiten aus dem Strukturkonzept eine psychotherapeutische Vorgehensweise ab, die spezielle Formen der therapeutischen Intervention in den Vordergrund stellt. Die bisher vorrangige Intervention der Deutung wird weitgehend vermieden und z.B. die spiegelnde

¹ Objekte sind hier die bedeutendsten Personen der Umwelt für das Individuum.

Beschreibung oder die emotionale Antwort als Interventionsmöglichkeit genutzt. Entscheidend hierfür ist das Verständnis der spezifischen therapeutischen Beziehung, die sich auf der Grundlage der strukturellen Störung des Rehabilitanden entwickelt, und das Einnehmen einer therapeutischen Haltung, die dieser besonderen Beziehungssituation gerecht wird.

Unser strukturbezogenes Vorgehen kann in Stichworten definiert werden (nach RUDOLF 2013, Seite 3 – 5):

- **Grundorientierung und Verfahren:** Bei strukturbezogener Psychotherapie handelt es sich um eine modifizierte Form psychodynamischer (d. h. psychoanalytisch fundierter) Therapie.
- **Therapiegegenstand:** Als zentrale therapeutisch zu bearbeitenden Dysfunktion gilt die eingeschränkt verfügbare strukturelle Fähigkeit.
- **Struktur und strukturelle Funktionen:** Als Struktur im psychodynamischen Sinne gelten die Struktur des Selbst und das Selbst in der Beziehung zu den Objekten.
- **Ätiologie:** Das ätiopathogenetische Verständnis struktureller Störungen begründet sich u.a. auf die empirische Entwicklungspsychologie als auch auf die Säuglings- und Kleinkindforschung.
- **Diagnostik der strukturellen Störung und des Funktionsniveaus:** Die eingeschränkten strukturellen Funktionen werden durch die Diagnostik im Sinne der OPD-II (2009) identifiziert. Sie können durch schematherapeutische Mittel verbildlicht werden.
- **Therapeutische Fokusbestimmung:** Die für die aktuelle Störung maßgeblichen strukturellen Einschränkungen werden als therapeutische Foki definiert.
- **Therapeutische Zielbestimmung:** Für die strukturellen Störungen werden konkrete Ziele, u.a. die Verantwortungsübernahme durch den Rehabilitanden, der bewältigende Umgang und die Verbesserung der Ich-Funktionen formuliert.
- **Outcome-Evaluierung:** Der Fokus und die Zielformulierung erlauben eine Einschätzung der Zielerreichung.
- **Verfahrensspezifische Kohärenz:** Das Verständnis für das dysfunktionale Verhalten, dessen Ätiologie, die therapeutische Zielsetzung und das therapeutische Vorgehen ist begründet durch die Psychodynamik der Selbst- und Beziehungsregulation. Es bezieht sich auf Konzepte der frühen Persönlichkeitsentwicklung und Emotionsregulierung.
- **Strukturbezogene Psychotherapie als eigenes oder ergänzendes Verfahren:** Bei strukturellen Störungen ist die strukturbezogene Psychotherapie das Verfahren der Wahl. Ergänzend kann auch konfliktaufdeckend gearbeitet werden.

B. Humanistische Ansätze

Humanistische Verfahren in der Psychotherapie gehen von einem ganzheitlichen und sinnhaften Streben in Richtung existenzieller Freiheit und Selbstverwirklichung aus. Der Blick wird von der Defizitorientiertheit weggeführt und auf gesundheitsfördernde Kräfte gerichtet.

Ziel ist die Integration abgespaltener Anteile, die Entfaltung von Potenzialen, die Förderung der Freiheit zur Wahl sowie die Orientierung an sinnstiftenden Werten (EBERWEIN, 2009). Zu den humanistischen Verfahren in der Psychotherapie gehören unter anderen die Gesprächspsychotherapie, die Transaktionsanalyse, das Psychodrama sowie die Integrative Therapie (früher: Gestalttherapie).

C. Systemische Ansätze

Systemische Ansätze beschreiben das Zusammenwirken von Personen und sozialer Umgebung. Ein System definiert sich hier als eine aus bestimmten Elementen zusammengesetzte, geordnete Ganzheit. Die Elemente sind in einem Netzwerk von Wechselbeziehungen miteinander verbunden, so dass jedes Element jedes andere beeinflusst (SIMON 2001).

Die Suchtkrankheit wird im Rahmen der Familientherapie in Bezug auf ihre Bedeutung und Funktion für die ganze Familie betrachtet. Der identifizierte Rehabilitand stellt den Schnittpunkt eines sozialen Beziehungsnetzes dar. Es geht in der Therapie darum, die Funktionen der Familie so zu stärken, dass sie ohne ein krankes und/oder auffälliges Individuum auskommt (KNOLL, 2002).

D. Lern- und verhaltenstheoretische Ansätze

Lern- und verhaltenstheoretische Modelle beziehen sich auf lerntheoretische Überlegungen wie klassisches und operantes Konditionieren sowie soziales Lernen. In der Verhaltenstheorie können vier Ebenen unterschieden werden:

- die kognitiv-emotionale Ebene
- die verhaltensbeobachtende Ebene
- die biologische Beobachtungsebene
- die soziale Betrachtungsebene.

Zwischen diesen verschiedenen Ebenen gibt es komplexe Beziehungen. Sucht wird in verhaltenstheoretischen Modellen als multifaktorielles Geschehen aufgefasst. Ein spezifisches lerntheoretisches Modell für die Entwicklung von Alkohol- bzw. Drogenabhängigkeit gibt es bisher nicht.

E. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Konzept über Störungen durch psychoaktive Substanzen geht nach BÜHRINGER (2000) von einem fließenden Übergang zwischen problemlosem Substanzgebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit aus. BÜHRINGER benennt folgende Bedingungsfaktoren für einen Erstkonsum:

Zunächst einmal muss die Substanz verfügbar sein. Weitere Risikofaktoren für einen ersten Konsum sind die Einbindung in eine soziale Gruppe, die den Gebrauch der jeweiligen Substanz positiv bewertet und der soziale Gruppendruck. Der weitere Substanzkonsum wird dann durch positive Verstärkung im Sinne von Zuwendung durch Bezugspersonen und anhand von Modelllernen im Sinne der Beobachtung positiver Konsequenzen bei anderen durch die Substanzeinnahme veranlasst.

Durch ein entwickeltes Konsummuster erlebt die Person die Substanzwirkung physisch und emotional als positiv verstärkend. Es kommt zu Rauscherfahrungen, Bewusstseinsveränderung, Glück- oder Entspannungserleben. Da durch den Konsum das Erleben unangenehmer bzw. belastender Emotionen und Situationen vermieden bzw. reduziert werden kann, wird der weitere Substanzgebrauch auch negativ verstärkt.

Im weiteren Verlauf entwickelt sich bei regelmäßigem Gebrauch zunächst eine psychische aber auch körperliche Abhängigkeit. Nun bilden die Entzugssymptome weitere Reize für den Substanzgebrauch, welcher wiederum in Folge des sofortigen Nachlassens der unangenehmen Entzugssymptome negativ verstärkt wird. Zunehmend rückt der Substanzkonsum in den Mittelpunkt des Betroffenen. Der alltägliche Ablauf wird bestimmt von Erwerb und Konsum der Substanz, die soziale und berufliche Teilhabe verschlechtert sich zusehends.

F. Schematherapie

Zur Erklärung und Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen findet der schematherapeutische Ansatz zunehmend Anwendung. Die **Schematherapie** ist die sog. dritte Welle der kognitiven Verhaltenstherapie.

Es handelt sich hierbei um einen integrativen Ansatz – Objektbeziehungstheorie, Transaktionsanalyse und Integrative Therapie etc. finden Berücksichtigung im Sinne evidenzbasierter Medizin.

Wir gehen davon aus, dass jeder Mensch Grundbedürfnisse hat:

- Bindungsbedürfnis
- Selbstwerterhöhung
- Lustgewinn/Unlustvermeidung
- Kontrollbedürfnis

Dysfunktionale Modi entstehen durch belastende Erfahrungen in der Kindheit und Jugend (nach YOUNG, 2008): z.B. Vernachlässigung emotionaler Grundbedürfnisse, traumatische Erfahrungen, Spitzenaffekte, psychische Verletzungen/Kränkungen. Dies repräsentiert sich im psychischen Apparat und kann bildhaft als realitätsbasierte Repräsentation der früheren Umgebung dargestellt werden. Auch alte Beziehungserfahrungen finden hier ihren Niederschlag. Der Rehabilitand entwickelt einen „Bewältigungsmodus“, es entwickeln sich entsprechende dysfunktionale Verhaltensschemata, die oft stabil und rigide sind. Der Rehabilitand neigt zur Reinszenierung trotz des daraus resultierenden Leids, weil er über keine alternativen Bewältigungsmechanismen verfügt. Die dysfunktionalen Schemata begründen sein Denken, Fühlen und Handeln, begründen sein Beziehungsverhalten. Dies kann sowohl verbal wie bildhaft bewusst gemacht werden. Imagination dient als Brücke zwischen aktuellen und vergangenen Ereignissen, fördert die Affektwahrnehmung und dient der Stabilisierung.

ROEDIGER (2009) weist in seinem schematherapeutischen Modell des Bedingungsgefüges der Sucht auf erbliche Belastung und neurobiologische Komponenten der Verhaltenssteuerung hin. Beispiel ist hier die direkte Aktivierung von Rezeptoren im Belohnungssystem durch Suchtmittel. Eine weitere wesentliche Bedingung bei der Entwicklung einer Abhängigkeitsstörung liegt im Umfeld der Herkunftsfamilie des Betroffenen, das oft traumatisierend im Sinne von belastenden Beziehungserfahrungen gewesen ist. Dies führt zur Ausbildung von strengen Introjekten wie fordernden und

strafenden inneren Eltern-Modi, was die Entwicklung von bedürftigen, verletzlichen und impulsiven inneren Kind-Modi fördern kann.

4.1.3.2 Biologische Grundlagen

Eine Gemeinsamkeit psychotroper Substanzen ist die Erhöhung dopaminerger Aktivität im mesolimbischen-mesokortikalen System.

Heute unterscheidet man für Belohnung und Abhängigkeit zwei unterschiedliche neuroanatomische Regelkreise, die sich nur zum Teil überlappen (ADINOFF, 2004).

Der zwanghafte Trieb, ein Suchtmittel (wieder) zu gebrauchen, lässt sich in einem Konzept zusammenfassen, das vier überlappende Gehirnregionen oder Funktionskreise umfasst (KOOB et al. 2001).

Die vier Gehirnregionen induzieren mit Mechanismen Drogenrückfälle über:

- Priming (biologische Aktivierung, d.h. erneute Einnahme eines Suchtmittels, die einen längeren Rückfall auslöst)
- Cues (Suchtmittelassoziierte Reize wie Werbung, Orte, Personen oder Situationen)
- Craving (Unstillbares Verlangen unabhängig von äußeren Reizen)
- Stress (aller Art)

4.1.3.3 Stresstheorien

Nach SELYE (1988), wird Stress allgemein als eine physiologisch-psychologische Reaktion des Körpers auf Stressoren gesehen. Stressoren sind äußere Reize (z.B. Hitze, Lärm, Verletzungen) und innere Ursachen (z.B. Ermüdung, Konflikte, Zukunftssorgen). Das subjektive Erleben und die subjektive Beurteilung einer Stresssituation sind zusätzlich wirksam. Die Belastung durch Stress hat sich in den letzten vierzig Jahren erhöht (NUBER 2006). Je mehr Stress der Mensch erlebt, desto anfälliger ist er, körperlich oder psychisch zu erkranken. Das Erkrankungsrisiko steigt um das Drei- bis Fünffache (ERNST 2000).

Stressreaktionen sind am ehesten zu befürchten, wenn lang andauernde, chronische Rollenbelastungen und/oder Überforderungen durch die Lebens- und Arbeitsbedingungen gegeben sind, wie es bei vielen Suchtkranken der Fall ist. Stress wird besonders dann zu einem Problem, wenn das Gefühl auftritt, nicht mehr „Herr der Situation zu sein“ und wenn kritische Lebenssituationen wiederholt auftreten. Besonders Dauerbelastungen fördern gesundheitsschädliche Lebensweisen, psychische Leiden, körperliche Beeinträchtigungen und Abhängigkeiten.

4.1.4 Genderansatz in der Suchttherapie

Die Suchterkrankung wird auch durch die Geschlechtsrolle beeinflusst. Männer zeigen häufiger aggressive Phantasien bzw. Verhaltensweisen. Von Frauen wird häufiger die Rolle des wehrlosen Opfers eingenommen. „Doing gender with drugs“ heißt, dass das Geschlechtsrollenverhalten mit Alkohol und Drogen gestaltet und inszeniert und in der Interaktion mit anderen (...) entwickelt wird.“ (VOSSHAGEN, A (2010): Männlichkeiten, Gender, Sucht und Arbeit). Oftmals wird das Suchtmittel bzw. süchtige Verhalten bereits in der Pubertät in die rollenspezifische Identität integriert. Beispiele sind hier das „Kampftrinken“ unter männlichen Jugendlichen oder exzessives Shoppen bei weiblichen Jugendlichen.

Zwischen Männern und Frauen gibt es Unterschiede im Hinblick auf Suchtmittelkonsum, Konsumverhalten und komorbide Störungen. So sind Männer mehr als dreimal so häufig alkoholabhängig als Frauen und doppelt so häufig drogenabhängig. Auch in Bezug auf pathologisches Glücksspiel und Medienabhängigkeit stellen Frauen die Ausnahme dar. Der

männliche Konsumstil ist hart, sozial auffällig und besonders gesundheitsgefährdend (vgl. ebd.). Von Medikamentenabhängigkeit sind wiederum deutlich mehr Frauen als Männer betroffen. Essstörungen kommen bei Männern selten vor (DHS-Fachausschuss „Geschlechterspezifische Suchtarbeit“ 05.10.2004; VOSSHAGEN 2010, a.a.O.).

„Biologische, psychische und soziale Ursachen und Folgen der Suchterkrankung sind bei Männern und Frauen oft unterschiedlich. (...) Eine notwendige, qualitative Weiterentwicklung zielt daher auf die Berücksichtigung geschlechtersensibler Perspektiven in den Strukturen und Angeboten der Suchthilfe“ (DHS 2004, a.a.O.). In geschlechtsspezifischen edukativen/indikativen Gruppen und in der Psychotherapiegruppe werden bisherige Rollenmuster kritisch hinterfragt. Die Entwicklung der eigenen Geschlechterrolle kann im Rahmen der Förderung funktionaler Rollen Aspekte („Das ist typisch und gut an mir als Frau/Mann“) gelingen. Dies ist allerdings nur möglich, wenn dysfunktionale Stereotype („Als Mann/Frau kann ich gar nicht anders“) aufgegeben werden.

4.1.5 Voraussetzungen für das Andauern einer Suchtmittelabhängigkeit

Es sind vor allem drei Bereiche zu beschreiben, welche für das Andauern einer Suchtmittelabhängigkeit ausschlaggebend sind (CHRISTIAN u. RUSKIN; zitiert nach ROST 2001):

- Affekte können nicht genügend differenziert und bewältigt werden. Das Suchtmittel dient der Entlastung, schützt vor überflutenden Gefühlen.
- Bei Suchtkranken besteht oft die Überzeugung, nicht genügend Unterstützung durch die ersten Liebesobjekte erhalten zu haben. Dadurch kommt es zur Bildung eines schwachen, instabilen und oft negativ gefärbten oder kompensatorisch mit Omnipotenzphantasien besetzten Selbst.
- Suchtkranke sind nicht fähig, positive und negative Aspekte der Selbst- und Objektpräsentanzen zu integrieren. Diese Spaltung lässt das Individuum in einer ständigen Angst vor Objektverlust verharren.

Die so belasteten Beziehungen sind durch hohe Ambivalenz sowie narzisstische und orale Wünsche gekennzeichnet. Dadurch wird das Objekt durch Aggression in Form oraler Vereinnahmung bedroht. Dies ist jedoch mit Schuldgefühlen belastet, so dass die Aggression verleugnet und externalisiert werden muss. So werden/bleiben Selbst- und Objektpräsentanzen voneinander getrennt und können nicht integriert werden.

Durch den Prozess der Externalisierung werden aber auch die guten Anteile der Selbst- und Objektpräsentanzen nach außen verlegt, und das Individuum verliert dadurch lebensnotwendige Fähigkeiten. Damit ist das Dilemma des Abhängigen perfekt, es gelingt ihm nicht, die ersehnte Integration von Gut und Böse wegen der Enttäuschung durch das Versagen des Objekts herzustellen. Gleichzeitig ist der Suchtkranke jedoch permanent auf die Präsenz des realen Objektes angewiesen, da die Trennung alte Traumata heraufbeschwört und als Verlust des Objektes erlebt wird. Hier bietet sich das Suchtmittel als ideales Ersatzobjekt an. Es lässt sich inkorporieren, es scheint kontrollierbar und ermöglicht, wenn auch zeitlich begrenzt, die gewünschte symbiotische Verschmelzung, und nimmt die Angst vor dem Verlust des Liebesobjektes.

Das Suchtmittel wirkt bewusstseinsverändernd, das heißt, durch das Suchtmittel können unangenehme und schmerzhaft erlebte Gefühle gemindert und erträglich gemacht werden. Diagnostisch ist es wichtig, hier quantitative und qualitative Unterschiede zu berücksichtigen.

4.1.6 Behandlung unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele

In den ersten Wochen des Aufenthaltes werden auf der Grundlage der Anamnese und der Diagnostik auf ICF-Basis die Rehabilitationsziele herausgearbeitet. Unter Berücksichtigung möglicher Ansatzstellen für Veränderung und der motivationalen Bereitschaft verhandeln Arzt und Therapeut mit dem Rehabilitanden Rehabilitationsziele für alle relevanten Behandlungsbereiche (Rehabilitationszielvereinbarung). Grundlage sind die Zielvorschläge des Rehabilitanden und des Arztes/Therapeuten.

Auf der Grundlage der Rehabilitationszielvereinbarungen werden dann individualisiert und modular die therapeutischen Interventionen geplant und fortgeschrieben. Um die rehabilitative Behandlung von Rehabilitanden auf eine wissenschaftliche und evidenzbasierte Grundlage zu stellen, berücksichtigen wir bei der Therapie die Vorgaben der deutschen Rentenversicherung zu den Reha-Therapiestandards (KTL, ETM) (DRV Bund 2007). Außerdem erfüllen wir die Vorgaben des BORA-Konzeptes (Beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker) der DRV.

„Ziel der medizinischen Rehabilitation ist, die drohenden oder bereits manifesten Beeinträchtigungen der Teilhabe am Arbeitsleben und am Leben in der Gesellschaft durch frühzeitige Einleitung der gebotenen Rehabilitationsmaßnahmen abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. Der Rehabilitand soll durch die Rehabilitation (wieder) befähigt werden, eine Erwerbstätigkeit oder bestimmte Aktivitäten des täglichen Lebens möglichst in der Art und in dem Ausmaß auszuüben, die für diesen Menschen als normal (für seinen persönlichen Lebenskontext typisch) erachtet werden“ (BAR 2004, S. 19).

Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel zur Lebensbewältigung und zur Kompensation psychischer Defizite, sozialer Schwierigkeiten oder körperlicher Störungen. Suchttherapie ist deshalb ohne die Behandlung körperlicher, psychischer oder sozialer Probleme nicht möglich. Neben der Beendigung des Suchtmittelkonsums geht es also darum, dass sich der Rehabilitand auch ohne Suchtmittel besser fühlt, geeignete Fähigkeiten zur Lebensbewältigung entwickelt, tragfähige und befriedigende Beziehungen zu anderen Menschen unterhalten kann und, soweit vorhanden, von quälenden psychischen Symptomen befreit wird (DRV-BUND 2006 a).

Um diesem Anspruch gerecht zu werden, entsprechend dem bio-psycho-sozialen Modell von Krankheit und Behinderung, das Gesundheit und Krankheit als Ineinandergreifen physiologischer, psychischer und sozialer Vorgänge beschreibt, müssen Behandlungsziele grundsätzlich auf verschiedenen Ebenen erarbeitet werden. (BAR 2007)

In der Behandlung von abhängigkeitskranken Menschen in unserer Klinik bedeutet dies, dass die Rehabilitanden (wieder) zur aktiven Teilhabe am Leben und in der Gesellschaft befähigt werden. Um dies zu erreichen müssen im Wesentlichen folgende Ziele berücksichtigt werden (BAR 2006):

- Aktive Einbeziehung des Rehabilitanden in den Prozess der Zieldefinition
- Weiterentwicklung und Vertiefung von Krankheitseinsicht und Förderung der Änderungsmotivation

- Behebung oder Ausgleich von körperlichen, seelischen oder sozialen Störungen (sowohl Ursache als auch Folge vom Suchtmittelkonsum)
- Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit
- Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft
- Erkennung, Vermeidung und Bewältigung von Rückfallsituationen
- Erreichen und Erhaltung einer dauerhaften Abstinenz
- Konflikt- und Krisenbewältigung
- Selbstmanagement
- Erarbeitung einer gesunden Lebensführung

4.2 Rehabilitationsindikationen und –kontraindikationen

4.2.1. Indikation nach ICD

Die Fachklinik Weser-Ems behandelt Frauen und Männer ab 18 Jahren bei folgenden Suchterkrankungen (nach ICD-10; DIMDI 2005):

- Abhängigkeit von Alkohol F10.2
- Abhängigkeit von Opiaten F11.2
- Abhängigkeit von Cannabinoiden F12.2
- Abhängigkeit von Sedativa oder Hypnotika F13.2
- Abhängigkeit von Kokain F14.2
- Abhängigkeit von anderen Stimulanzien F15.2
- Abhängigkeit von Halluzinogenen F 16.2
- Abhängigkeit von Nikotin F 17.2
- Abhängigkeit von multiplem Substanzgebrauch F19.2
- Pathologisches Spielen F63.0.

Es werden auch Rehabilitanden behandelt, die neben der Suchterkrankung noch eine oder mehrere spezielle Störungen aufweisen (nach ICD-10; DIMDI 2014). z.B.:

- Hörschädigung (H90)
- Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6)
- Affektive Störungen (F3)
- Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)
- Störungen des Sozialverhaltens/der sozialen Funktionen (F9)
- Beginnendes HOPS/Korsakow (F07)
- Anfallsleiden (G40)
- Pathologisches Glücksspiel (F63.0)
- Mediensucht (noch nicht im ICD-10 aufgenommen)

Die Mediensucht ist ein neues gesellschaftliches und klinisch zu beschreibendes Problem, das noch nicht als behandlungsbedürftige Störung in die internationalen Klassifikationssysteme aufgenommen wurde, aber zunehmend an Bedeutung gewinnt.

4.2.2 Rehabilitationsvoraussetzungen

Weitere Voraussetzungen für die Rehabilitation über die der ICD-10 hinaus sind neben der Rehabilitationsfähigkeit, der Rehabilitationsmotivation und der positiven Rehabilitationsprognose:

- Krankheitseinsicht
- Bereitschaft, suchtmittelfrei zu leben
- Fähigkeit und Bereitschaft, den Therapieplan einzuhalten.

4.2.3 Indikationen für eine stationäre Behandlung

Eine stationäre Behandlung ist indiziert bei mittel- bis höhergradigen Schädigungen der Körperfunktionen oder -strukturen und bei mittel- bis höhergradigen Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe sowie bei besonders belastenden Kontextfaktoren.

Konkret bedeutet das:

- Bedeutsame Multimorbidität und/oder Komorbidität, die unterschiedliche Indikationen betreffen
- Drohender oder bereits erfolgter Arbeitsplatzverlust/ berufliche Desintegration
- Drohender oder bereits erfolgter Verlust der Wohnung
- Soziale Desintegration (Verlust von Partnerschaft und Freundschaften)
- Notwendigkeit der Entlastung und der Distanzierung vom sozialen Umfeld (BAR 2004)
- Geringe und abnehmende Alltagsbewältigungskompetenz
- Keine tragfähige Abstinenz im ambulanten Setting
- Mangelnde und zunehmende Verschlechterung der psychischen/sozialen Belastbarkeit, etc.
- Erfüllt Voraussetzungen für eine Ganztägig Ambulante Therapie aber keine Möglichkeit die Klinik in angemessener Zeit zu erreichen.

4.2.4 Indikationen für eine ganztägig ambulante Behandlung

Mit dem ganztägig ambulanten Behandlungsangebot sollen suchtkranke Personen erreicht werden, deren soziales und/oder berufliches Umfeld weitgehend intakt ist, für die eine stationäre Therapie aufgrund ihrer Fähigkeiten und Ressourcen nicht angezeigt ist und für die eine ambulante Therapie nicht die notwendige Behandlungsdichte aufweist. Konkret bedeutet dies z.B.:

- Anreise bis zu 45 Minuten (öffentliche Verkehrsmittel oder mit PKW)
- Fester Wohnsitz
- Soziale Verpflichtungen (z.B. Kinder, pflegebedürftige Angehörige etc.)
- Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit und regelmäßigen Teilnahme an den vorgesehenen Behandlungsmaßnahmen
- Einhaltung des Therapieplanes in Bezug auf die Anforderung einer ganztägig ambulanten Entwöhnungsbehandlung
- Fähigkeit zur Abstinenz und Alltagsstrukturierung im Rahmen einer ganztägig ambulanten Entwöhnung
- Keine schweren körperlichen Beeinträchtigungen
- Kombibehandlung durch Verkürzung der stationären Therapie und Wechsel in die ganztägig-ambulante Entlassungsform.

4.2.5 Kontraindikationen

Rehabilitanden mit nachfolgenden Störungsbildern können in unserer Klinik nicht behandelt werden:

- akute oder schwerwiegende chronische Psychosen
- akute Suizidalität
- akute schwere körperliche Erkrankungen
- schwere antisoziale Persönlichkeitsstörungen.

4.2.6 Aufnahmevoraussetzungen

- Leistungszusage des Leistungsträgers
- Sozialbericht
- Motivation und Mitwirkungsbereitschaft an der Rehabilitation
- körperliche Entgiftung (leichte Entzugserscheinungen können im Einzelfall in unserer Klinik behandelt werden)
- Ausstattung mit funktionstüchtigen technischen Hilfsmitteln, z.B. Brille, Hörgerät, etc. (wenn notwendig)
- Bei Straftätern ggf. Bereitstellung der entsprechenden Urteile
- Vorstellungsgespräch und/oder Therapieversuch bei Notwendigkeit.

4.3 Rehabilitationsziele

Wir haben den Anspruch, individuelle Rehabilitationsziele aufgrund der bestehenden Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen zu erarbeiten, die den betroffenen Rehabilitanden eine selbständige Bewältigung und Gestaltung ihrer Lebensbereiche ermöglichen. Dies bedeutet, dass der Rehabilitand vorhandene Fähigkeiten optimal nutzt, beeinträchtigte Fähigkeiten wieder oder kompensatorische Fertigkeiten neu entwickelt sowie soziale Benachteiligungen ausgleicht.

Der Rehabilitand erarbeitet eigene Behandlungsziele. Der Bezugstherapeut als „Case-Manager“ steuert und begleitet die Erarbeitung der Rehabilitationsziele in allen Bereichen. Er verhandelt mit dem Rehabilitanden die Rehabilitationszielvereinbarung. Die vom Case Manager ausgehandelten Behandlungsziele werden zusammen mit dem Arzt und Arbeitstherapeuten in einer Gesamtschau kontinuierlich fortgeschrieben. Sie stellen somit im Zusammenhang mit dem Wochenplan des Rehabilitanden die Grundlage der Therapieplanung dar.

Die individuellen Behandlungsziele, die den oben genannten allgemeinen Rehabilitationsauftrag erfüllen, werden durch die Diagnostik auf Basis der ICF und OPD festgelegt. Dabei müssen sich die Ziele an den individuellen und sozialen Ressourcen des Rehabilitanden ausrichten. „Auch die Wirkungsweise der einzelnen Therapie- bzw. Behandlungselemente muss inhaltlich und sprachlich verständlich dargestellt werden. Zur Entwicklung und Stärkung von Selbstbestimmung und Partizipation ist grundsätzlich eine partnerschaftliche Therapeuten-Rehabilitanden-Kommunikation zu verwirklichen“ (DRV-BUND 2007 b, S. 32).

4.4. Rehabilitationsdauer

Die Behandlungszeit für Alkohol- und Medikamentenabhängige beträgt, abhängig von der Komorbidität, 12 – 16 Wochen, für illegal Drogenabhängige bis zu 26 Wochen.

Verkürzte Behandlungszeiten (6-10 Wochen) sind Rehabilitanden mit Vorbehandlungen (Wiederholungsbehandlung) in den letzten 2 Jahren, ohne längeren, erneuten Suchtmittelkonsum und ohne wesentliche Teilhabeeinschränkungen vorbehalten.

Bei Kombi-Behandlungen richten wir uns nach den Vorgaben der Leistungsträger, beispielsweise bei Kombi-Nord derzeit 12-15 Wochen.

Der Behandlungsbedarf im Rahmen des Verweildauerbudgets richtet sich nach dem Erreichungsgrad der Rehabilitationsziele.

Die Rehabilitanden werden in die Planung der Rehabilitationsdauer einbezogen.

4.4.1 Verlängerung der Behandlung

Kriterien für eine Verlängerung einer Reha-Maßnahme sind erhöhter Zeitbedarf für das Erreichen der Reha-Ziele, interkurrente Erkrankung des Rehabilitanden, zu frühe Verlegung aus Akut-Behandlung, während der Reha-Phase auftretende akute Ereignisse, akute Gefährdung des Arbeitsplatzes (siehe Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001).

4.4.2 Verkürzung der Behandlung

Wenn erkennbar ist, dass ein Rehabilitand seine Rehabilitationsziele vorzeitig erreicht und ambulante Weiterbehandlung/Nachsorge ausreichend ist, kann eine Verkürzung der Behandlungsdauer vereinbart werden.

Vorzeitige Entlassung erfolgt auch bei:

- Interkurrenter Erkrankung, welche die Rehafähigkeit aufhebt
- Schwerwiegenden Ereignissen, die eine konstruktive Mitarbeit ausschließen

Aber auch:

- Wenn der Rehabilitand den Behandlungsplan nicht mehr anerkennt
- Wenn er wesentlich gegen die Hausordnung verstößt (Gewalt, kriminelle Handlung, wiederholte Rückfälle etc.).

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung

Es handelt sich um eine bio-psycho-soziale Rehabilitationsleistung. Somit erfasst die Klinik die

- somatisch/psychiatrischen Bedarfe
- psychischen Bedarfe und
- sozialen Bedarfe der Rehabilitanden.

Die Bedarfe werden durch verschiedene Instrumente, Screeningverfahren und technische Maßnahmen im weitesten Sinne erfasst. Die individuelle Bedarfslage jedes Rehabilitanden ermöglicht die Zuordnung zu einer teilhabeorientierten Bedarfsgruppe.

Auf der einen Seite ergibt sich für den Rehabilitanden ein individueller

- somatischer Bedarf, ausgedrückt in Diagnosen nach ICD und der Aktivitätsbeeinträchtigung und Teilhabebeeinträchtigung nach ICF, ein
- psychischer Bedarf ausgedrückt im psychodynamischen Befund mit Strukturniveau und den Behandlungsfoki sowie ein
- sozialer Bedarf, ausgedrückt durch die BORA-Gruppe einschließlich der Barrieren bezüglich der beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe. Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen werden beachtet.

Genderaspekte und die Bedürfnisse älterer Menschen werden berücksichtigt.

Auf der anderen Seite begründen sich die Bedarfsgruppen durch den sich ständig verändernden „kumulierten Bedarf“.

Dieser „kumulierte Bedarf“ ermöglicht es der Klinik, ihre Leistungen den sich ständig ändernden Bedarfen anzupassen. Auf diese Weise stellt die Klinik den jeweiligen Behandlungsbedarf der Rehabilitanden sicher. (Siehe Anlage 1)

Konkret und handlungsleitend heißt das für die Weser-Ems-Klinik mit ihren acht Gruppen, dass folgende Kriterien besonders beachtet werden.

Somatisch:

1. Hörschädigung
2. Hirnorganische Beeinträchtigung
3. Somatisch/psychiatrische Beeinträchtigung.

Psychisch:

1. Krankheitserleben und Krankheitsdarstellung des Rehabilitanden, OPD-Achse I
2. Psychisches Strukturniveau, OPD-Achse IV

Sozial:

1. BORA 1-5
2. Genderaspekte

Es gibt in der Klinik eine Hörgeschädigtengruppe, bei der die somatische Einschränkung die Zuordnung bestimmt. Bei der weiteren Zuteilung in die Bedarfsgruppen hat das Strukturniveau eine besondere Bedeutung. Hier wird noch unterschieden zwischen externalisierendem und internalisierendem Verhalten.

Der Bedarf drückt sich auch in Einschränkungen der Aktivität und Teilhabe aus, z.B.:

Aktivitätsbeeinträchtigungen:

- Beeinträchtigungen beim Lernen, bei der Wissensanwendung, der Kommunikation, der Konversation und Diskussion (z.B. Lesen, Schreiben, Probleme lösen, Entscheidungen treffen)
- Beeinträchtigungen bei allgemeinen Aufgaben und Anforderungen (z.B. Einzel- und Mehrfachaufgaben übernehmen, die tägliche Routine planen und durchführen, Konzentration, mit Stress, Krisensituationen und anderen psychischen Anforderungen umgehen)
- Beeinträchtigungen der Mobilität (beispielsweise Gehen und sich fortbewegen, Treppensteigen, die Fähigkeit eine Körperposition einzunehmen oder aufrecht zu halten, Gegenstände heben und tragen zu können)

Teilhabebeeinträchtigungen:

- Beeinträchtigungen der adäquaten Gestaltung interpersoneller Interaktionen und Beziehungen (z.B. Teamfähigkeit, Umgang mit Kunden, Familie, Freundeskreis und intime Beziehungen)
- Beeinträchtigungen der berufsbezogenen Teilhabe (z.B. Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit, Absprachefähigkeit, Zuverlässigkeit aber auch Selbstständigkeit und eigenverantwortliches Handeln, sauberes Arbeiten, Fleiß, Arbeitstempo und Arbeits-sorgfalt)
- Beeinträchtigungen bei der Bewältigung des häuslichen Lebens (z.B. Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs beschaffen, Bewältigung von Haushaltsaufgaben, Mahlzeiten zubereiten, sich waschen, die Toilette benutzen, sich kleiden, essen, trinken)
- Beeinträchtigungen der Teilhabe am sozialen und staatsbürgerlichen Leben (Beteiligung am organisierten sozialen Leben außerhalb der Familie, z.B. Teilnahme am Vereinsleben.

Es wird geprüft, ob eine Kompensation vorhandener Beeinträchtigungen möglich ist (z.B. Hörhilfe).

Darüber hinaus wird der individuelle Bedarf des Rehabilitanden auch befriedigt durch die Zuordnung zu Indikativen Gruppen (s. 4.4.6).

Insgesamt ergibt sich so für den Rehabilitanden ein individueller Wochenplan mit fester Teilnahme an seiner Bedarfsgruppe sowie der individuell festgelegten Teilnahme an bestimmten Veranstaltungen (s. bsp. Wochenplan in der Anlage 2).

4.6 Rehabilitationsprogramm

Das Rehabilitationsprogramm der Fachklinik Weser-Ems verfolgt einen umfassenden Rehabilitationsansatz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit und orientiert sich an vorhandenen Rehabilitationsstandards (z.B. Reha-Therapiestandards bei Alkoholabhängigkeit der DRV). Unter sozialmedizinischer Leitung beinhaltet dies:

- Medizinische Therapie
- Psychotherapie
- Ergotherapie
- Edukative Angebote
- Indikative Angebote
- Selbsthilfegruppen

Während der Eingewöhnungsphase findet die im weiteren Verlauf beschriebene Diagnostik statt. Außerdem erarbeiteten die Rehabilitanden in ihrer Bezugsgruppe ihre biographische Anamnese und klären gemeinsam mit Arzt und Therapeuten ihre Rehabilitationsziele.

In der Hauptbehandlungsphase verstehen die Rehabilitanden ihr psychisches Funktionieren immer besser und erarbeiten sich eine immer realistischere Selbstwahrnehmung und Objektwahrnehmung. Ihre Steuerungsfähigkeiten sowie ihre Fähigkeiten zur Kommunikation verbessern sich, innere Bindungen und äußere Beziehungen werden klarer. Die Rehabilitanden nutzen ihre Fortschritte zur Entwicklung eines alltagstauglichen, stabilen und selbstwirksamen Lebensstils (in ihrem Rahmen), erweitern ihre Kompetenzen, auch durch Erfolgserlebnisse in praktischen Bereichen wie Arbeitstherapie, EDV-Kurse, Sporttherapie, etc. Die Rehabilitanden gewinnen Vertrauen in die eigene Kraft und übernehmen Verantwortung.

In der Wiedereingliederungsphase, die spätestens einige Wochen vor Behandlungsende beginnt und nachdem die Aufgaben in der Hauptbehandlungsphase hinreichend erfüllt sind, stehen die Ablösung von der Klinik und die nahtlose Wiedereingliederung in den Alltag im Vordergrund. Es bestehen strukturierte Beziehungen zu Nachbehandlern, z.B. schriftliche Kooperationsverträge mit Jobcentern. Dies bedeutet u.a.:

- Bearbeitung der bevorstehenden Trennung von der Klinik
- Förderung von Selbständigkeit, Eigeninitiative und Selbstverantwortung
- Kontaktaufnahme zum sozialen Umfeld, zum Arbeitgeber, zur Fachstelle Sucht sowie zur Selbsthilfegruppe
- Planung weiterer notwendiger Leistungen

4.7 Rehabilitationselemente

4.7.1 Aufnahmeverfahren

Der Sozialbericht ist nicht nur Grundlage der Entscheidung des Kosten-/Leistungssträgers, sondern auch eine wichtige Informationsquelle für die Behandlung. Auf Wunsch werden Möglichkeiten, die Klinik und ihre Arbeit vorab kennenzulernen und sich vor Ort zu informieren, gegeben. Eine Informationsgruppe mit festem Termin ist etabliert. Im Rahmen dieser Angebote sind Gespräche, die sich auf die Suchtkrankenrehabilitation beziehen, möglich und können der Vorbereitung auf die stationäre Therapie dienen. Wir nehmen Teil an dem in der hiesigen Region installierten effizienten Verbundsystem (**Kombi-Nord**), welches zudem Sozialberichte und medizinische Informationen auf hohem Niveau liefert.

Der Aufnahmetermin wird mit der Entsendestelle und/oder dem Versicherten zunächst telefonisch verbindlich besprochen. Notwendige Entgiftungsbehandlungen werden in diesem Zusammenhang geplant und durchgeführt. Der individuellen Situation des Versicherten (z.B. Vorgaben des Leistungssträgers, nahtlose Aufnahme aus der klinischen Entgiftung, Abschluss von sonstigen ärztlichen Behandlungen, aktuelle Bedingungen am Arbeitsplatz usw.) wird entsprochen. Der Versicherte erhält eine schriftliche Einladung, der Leistungssträger und die Entsendestelle werden zeitgleich informiert (per Fax, email, postalisch) Die Einladung beinhaltet neben der vereinbarten Terminplanung, einen Klinikflyer mit Anreiseinformationen, eine Packliste sowie Hinweise zur Aufnahme.

Die (fach-)ärztliche Untersuchung und die Erstdiagnostik einschließlich der Dokumentation sind am Aufnahmetag abgeschlossen. Die Grundzüge des Therapieplanes werden dem Rehabilitanden am Aufnahmetag mitgeteilt. Andere Berufsgruppen führen in den ersten Behandlungstagen ebenfalls ihre Anamnese und Erstdiagnostik durch. Konkret erheben wir gemäß des SGB VI und IX und gemäß der ICF rehabilitationsdiagnostische Befunde, wobei Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen einschl. der psychischen Funktionen berücksichtigt werden.

Der Rehabilitand wird in den ersten Tagen durch einen anderen Rehabilitanden als Paten unterstützt und durch Mitarbeitende systematisch in den Rehabilitationsablauf eingeführt.

4.7.2 Rehabilitationsdiagnostik

Die mehrdimensionale Diagnostik umfasst verschiedene bio-psycho-soziale Ebenen und wird als Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik wie folgt durchgeführt:

Was	Wann	Wer
(a) Somatische Diagnostik		
- Aufnahme- und Abschlussinterview zur somatischen und psychiatrischen Basisdiagnostik	Aufnahmetag und letzte 3 Behandlungstage	Arzt
- Körperliche Aufnahme- und Abschlussuntersuchung, als Basisdiagnostik	Aufnahmetag und letzte 3 Behandlungstage	Arzt
- Konsile und weitere Untersuchungen, als spezifische Funktionsdiagnostik	im Behandlungsverlauf, bei Bedarf	Arzt
- EKG, Laboruntersuchungen	1. Behandlungswoche und im Behandlungsverlauf	Arzt Arzt
- Ärztliche Visite	wöchentlich	Arzt
- Chefarztvisite	14-tägig	Chefarzt
- Ärztliche Sprechstunde	werktätlich	Arzt
- Pflegerische Sprechstunde	werktätlich	Gesundheits- und Krankenpfleger

(b) Psychosoziale, entwicklungs- und ursachenbezogene Diagnostik

- Aufnahmeinterview zur entwicklungs- und ursachenbezogenen Diagnostik (OPD2) als Basisdiagnostik	erste 3 Behandlungstage	Psycho-/Suchttherapeut
- Anamnese der Kontextfaktoren als spezifische Funktionsdiagnostik	erste 3 Behandlungstage	Psycho-/Suchttherapeut
Was	Wann	Wer
- Weitere Interviews in der Psycho-/Suchttherapiegruppe und im psycho-/suchttherapeutischen Einzelgespräch, als spezifische Funktionsdiagnostik	im Behandlungsverlauf	Psycho-/Suchttherapeut
- Psychosoziale ressourcenorientierte Diagnostik (z. B. PREDI)	erste 4 Behandlungswochen	Psycho-/Suchttherapeut
- Erarbeitung eines individuellen Moduskonzepts gemäß Schematherapie, als Basisdiagnostik	1. Therapiedrittel	Psycho-/Suchttherapeut
- Fokusableitung und Therapieplanung nach OPD2	1. Therapiedrittel	Psycho-/Suchttherapeut
- Strukturbezogener Fragebogen nach RUDOLF (2013), als Basisdiagnostik	1. Therapiedrittel	Psycho-/Suchttherapeut
- Sozialarbeiterisches Screening/Sozialarbeitsplan, arbeits- und sozialrechtliche Beratung	erste 14 Behandlungstage	Sozialarbeiter (Diplom/BA/MA)
- Sozialarbeiterische Sprechstunde, Sozialberatung	im Behandlungsverlauf, bei Bedarf	Sozialarbeiter (Diplom/BA/MA)
- Testpsychologische Untersuchung als Basis- und spezifische Funktionsdiagnostik (Intelligenztest, Benton/SKT, SKID II u.a.)	1. Therapiedrittel und bei Bedarf	Psychologin (Diplom/BA/MA)

(c) arbeits-, erwerbs- und berufsbezogene Diagnostik (und Diagnostik der Förderfaktoren und Barrieren) unter Einschluss von BORA

- Sozialmedizinische Anamnese und Beurteilung	Aufnahmetag und letzte 3 Tage	Arzt
- Strukturiertes Aufnahmeinterview (Schul-, Berufs- und Arbeitsanamnese) als Basisdiagnostik	erste 3 Behandlungstage	Arbeits-/Ergotherapeut
- MELBA-basierte Selbst- und Fremdbeurteilung als Basisdiagnostik	1. Behandlungswoche und im Reha-Verlauf	Arbeits-/Ergotherapeut
- Würzburger Screening zur Ermittlung der beruflichen Problemlagen als Basisdiagnostik	erste 3 Behandlungstage	Arbeits-/Ergotherapeut
- FCE-Systeme (functional capacity evaluation) zur Objektivierung individueller Fähigkeiten als spezifische Diagnostik	im Behandlungsverlauf bei Bedarf	Arbeits-/Ergotherapeut
- Mini-ICF App	ersten 2 Behandlungswochen	Psycho-/Suchttherapeut

Die mehrdimensionale Diagnostik fließt über Team- und Fallbesprechungen in Planung und Umsetzung der Rehabilitation ein. Sie ist Grundlage für die Entwicklung eines individuellen Rehabilitations- und Behandlungsplans sowie individueller Rehabilitationsziele, in Absprache mit dem Rehabilitanden. Die Psycho-/Suchttherapeuten steuern die Behandlung als Case Manager unter der Gesamtschau des Arztes. Die Diagnostik und Analyse der berufs- und arbeitsplatzbezogenen Probleme ist ein Schwerpunkt der Rehabilitation und wird in Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen sichergestellt.

Wesentliches Merkmal und Voraussetzung für eine integrierte medizinische Rehabilitation ist die Zusammenschau aller diagnostischen Ergebnisse der beteiligten Berufsgruppen. Sie wird

daher in Form wöchentlicher Fallbesprechungen institutionalisiert und liegt in der Verantwortung der zuständigen Ärzte. Nach Durchführung der wöchentlichen ärztlichen Visite in einem Wohnbereich (2 Bezugsgruppen) findet anschließend eine Fallbesprechung unter Einbezug der beiden Bezugsgruppentherapeuten (Casemanager), dem Arzt und einem Arbeitstherapeuten statt. Diese Zusammenschau ermöglicht bei Notwendigkeit weitere Diagnostik durchzuführen sowie eine kontinuierliche Prüfung und ggf. Korrektur der Rehabilitationsziele und des Rehabilitationsplanes, insbesondere im Hinblick auf sozialmedizinische Problemstellungen. Dies ist Voraussetzung für die sozialmedizinische Beurteilung. Unter Berücksichtigung der daraus abgeleiteten ärztlichen Vorgaben macht der Psychotherapeut in der Funktion des Case Managers seinerseits Vorgaben an beteiligte Berufsgruppen für die Umsetzung des Rehabilitationsplanes. So steuert er unter Gesamtschau des Arztes den Behandlungsprozess des Rehabilitanden, bei dem auch indikative Therapieangebote geplant und durchgeführt werden.

4.7.3 Medizinische Therapie

Angesichts gravierender Folgeerkrankungen und einer zunehmenden Multimorbidität sowie einer Vielzahl psychiatrischer, somatischer und psychosomatischer Störungen, aber auch wegen der oft gesundheitsschädlichen Lebensweise der Suchtkranken, gibt es in unserer Klinik eine qualifizierte medizinische Betreuung. Die nötigen räumlichen, apparativen und personellen Voraussetzungen sind vorhanden. Psychiatrische, neurologische und allgemeinmedizinische Behandlung kann durchgeführt werden, soweit keine intensive Beobachtung notwendig ist.

Am Aufnahmetag wird jeder Rehabilitand ärztlich untersucht und die Rehabilitationsfähigkeit überprüft. Bei Bedarf wird eine Entgiftungsbehandlung eingeleitet. Ziel der Aufnahmeuntersuchung ist die Erstellung einer vollständigen Krankenanamnese und eines somatischen und psychischen Untersuchungsbefundes. Erste Diagnosen bzw. Verdachtsdiagnosen werden gestellt und im weiteren Verlauf differentialdiagnostisch geklärt. Notwendige Pharmaka/Psychopharmaka werden verordnet. Die medikamentöse Behandlung wird auf das Notwendigste beschränkt. Suchtpotente Stoffe werden vermieden, und es werden Verhaltensmaßregeln gegeben. Über den Umgang mit Medikamenten und vor allem abhängigkeiterzeugenden Stoffen werden die Rehabilitanden im Laufe der Therapie aufgeklärt. Der Arzt entscheidet über aktive Maßnahmen wie Krankengymnastik, Sport, Bewegungstherapie sowie passive Maßnahmen wie Bäder und Massagen. Zusätzlich erfolgen ein pflegerisches Aufnahmegespräch mit Prüfung von Blutdruck, Herzfrequenz, Körpergröße, Gewicht, Visus und Hörfähigkeit.

Der Chefarzt führt gemäß Wochenplan zweiwöchentlich Chefarztvisiten in Kooperation mit einem anderen Facharzt durch. Wöchentliche Arztvisiten werden sichergestellt. Zudem gibt es werktäglich sowohl eine pflegerische als auch eine ärztliche Sprechstunde, in der chronische Erkrankungen aber auch akut während der Rehabilitation auftretende Erkrankungen versorgt werden. Die Rufbereitschaft eines Arztes ist gewährleistet. Der Chefarzt ist zur vertragsärztlichen Versorgung der Rehabilitanden durch die KV ermächtigt. Den Rehabilitanden stehen damit alle Hilfen der modernen ambulanten und stationären Krankenbehandlung zur Verfügung (fachärztliche Konsile, technische Untersuchungen wie Röntgen, Sonographie, Belastungs-EKG, MRT etc.).

Der Chefarzt bzw. seine Vertretung leitet unter sozialmedizinischen Aspekten die wöchentlichen Team- und Fallbesprechungen in denen Ärzte, Bezugstherapeuten und Arbeitstherapeuten Ergebnisse der Diagnostik besprechen, fachliche Rehabilitationsziele für

Rehabilitanden formulieren, einen individuellen Rehabilitationsplan erstellen, überprüfen und ggf. fortschreiben. Die Ärzte führen die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin (bzw. sind in Weiterbildung). Die Weiterbildungsermächtigung für den Zusatztitel Sozialmedizin ist beantragt. Ein sozialmedizinischer Qualitätszirkel wurde vor Ort initiiert.

Suchtkranke Menschen unterschätzen häufig die von Alkohol und anderen Suchtstoffen ausgehenden Gesundheitsgefahren. Aufklärung über die toxischen Wirkungen einzelner Suchtstoffe sowie Beratungsgespräche über Hepatitis, HIV-Infektionen etc. sind ärztliche Aufgaben und finden bei der Visite und in der Sprechstunde statt. Medizinische und gesundheitsbezogene Themen werden in edukativen Gruppen vermittelt. Die Rehabilitanden werden im Hinblick auf Raucherentwöhnung, Sexualität, Ernährung, Sport etc. medizinisch beraten. Vertiefung erfolgt bei individueller Notwendigkeit in indikativen Gruppen. Zusammenhänge zwischen Fitness, Bodybuilding, Kondition und körperlicher Belastbarkeit werden erklärt und zum Teil im Rahmen der Sporttherapie unter Anleitung umgesetzt, ggf. erfolgt physiotherapeutische Mitbehandlung.

Vor Entlassung findet bei jedem Rehabilitanden eine ärztliche Abschlussuntersuchung statt. Hier werden der Reha-Verlauf sowie die erhobenen Befunde besprochen und bewertet. Über notwendige Entlassungsmedikation und weitere Behandlungsnotwendigkeiten wird der Rehabilitand informiert. Die berufliche Leistungsbeurteilung wird erstellt und mit dem Rehabilitanden besprochen ebenso wie weitere notwendige medizinische Maßnahmen (z.B. Physiotherapie, weiterführende Kontrollen und Diagnostik beim Haus- oder Facharzt, Rehasport etc.).

Außerhalb der regulären Therapiezeiten ist neben dem Präsenzdienst des Pflegepersonals ein fachärztlicher Hintergrunddienst sichergestellt.

Verantwortlich für den Ablauf des gesamten Rehabilitationsprozesses ist die ärztliche Leitung.

Angebote:

- Somatische Diagnostik und Behandlung (Arzt)
- Psychiatrische und psychosomatische Diagnostik und Behandlung (Arzt)
- Pharmakotherapie (Arzt)
- Ernährung (Arzt, Diätassistent, Gesundheits- und Krankenpfleger)
- Edukative Gruppen, Hygieneschulungen (Arzt, Gesundheits- und Krankenpfleger)
- Physiotherapie (Physiotherapeut)
- Sporttherapie (Sporttherapeut)
- Akupunktur nach NADA (Gesundheits- und Krankenpfleger)

4.7.4 Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppenangebote und andere Gruppenangebote

(a) Einzel- und Gruppenpsychotherapie

Das Angebot in der Klinik ist mit seinen baulichen Strukturen, gruppen- und einzelpsychotherapeutischen Maßnahmen sowie dem strukturierten Tagesablauf darauf ausgerichtet, Ich-Funktionen mit dem Ziel zu stärken, die Teilhabe am beruflichen und gesellschaftlichen Leben durch eine gesundheitsfördernde und krankheitsbewältigende Lebensweise zu verbessern.

Die Psychotherapie ist ein essentieller Teil der Suchttherapie. In der Anfangsphase wird das Ziel verfolgt, mit dem Rehabilitanden ein Verständnis für seinen psychischen Innenraum zu erarbeiten, was ihm ermöglicht, sein inneres Erleben zu beeinflussen und letztlich zu

verändern und damit auch Abstinenzwillen und Abstinenzfähigkeit zu erreichen. Danach steht die Frage im Mittelpunkt, welche Funktion die Einnahme des Suchtmittels bei der Regulierung innerseelischer Konflikte, beim Ausgleich seelischer Defizite und bei der Regulierung von Beziehungen hatte. Diese Konflikte, Defizite und Beziehungsaspekte werden mit psychotherapeutischen Mitteln bearbeitet, um die vorhandenen Störungen soweit wie möglich zu beseitigen und alternative Bewältigungsmechanismen zu erarbeiten.

Die in der Psychotherapie erarbeiteten Kenntnisse werden in der Arbeitstherapie und der Kunsttherapie verdeutlicht, anschaulich gemacht, umgesetzt und eingeübt. Auch systemische und verhaltenstherapeutische Ansätze werden in das Geschehen integriert. Dem Rehabilitanden wird ein Verständnis für sein inneres Funktionieren ermöglicht.

Gruppenpsychotherapie findet in der Regel mindestens dreimal wöchentlich in den Bedarfsgruppen statt. Die bei allen Rehabilitanden bestehende Suchtproblematik bietet Möglichkeiten der gegenseitigen Identifikation und erleichtert den Erwerb einer Gruppenidentität. Jede Therapiegruppe wird von einem Bezugstherapeuten geleitet. Über einen Co-Therapeuten ist sichere Vertretung gewährleistet.

Die Gruppengröße beträgt 8-12 Rehabilitanden (je nach Indikation). Es handelt sich um halboffene Gruppen. Die Einteilung in die am besten geeignete Bezugsgruppe erfolgt Teilhabe orientiert. Der Schwerpunkt liegt in der Gruppenarbeit. Die regelmäßig stattfindende Einzeltherapie von mindestens jeweils 25 Minuten Dauer pro Woche dient u.a. der Intensivierung der Therapieplanung (Erarbeitung der Foki, Erarbeitung des Moduskonzepts, Weiterentwicklung der Therapieplanung etc.). Für besondere Problembereiche werden Indikative Gruppen angeboten.

Angehörige werden soweit wie möglich in die Therapie einbezogen. Hierzu dienen die Angehörigenseminare, aber auch Paar- und Familiengespräche.

Bei Rückfällen wird unter klaren Auflagen mit dem Rehabilitanden weitergearbeitet. Es besteht ein spezielles Rückfallkonzept (s. Anlage 3). Der Rückfall wird als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses verstanden und individuell behandelt. Der Rückfall wird stets aufgearbeitet und für die Therapie nutzbar gemacht.

Weitere Aufgaben der Psychotherapie sind die Vorbereitung der ambulanten Nachsorge oder Weiterbehandlung und der Kontakt zu Selbsthilfegruppen.

Die Bezugstherapeuten auf jeder Station vertreten sich in Urlaubs- oder Krankheitszeiten gegenseitig, so das eine durchgängige Gruppenpsychotherapie gewährleistet ist.

Angebote:

- Gruppenpsychotherapie (Arzt, Dipl./M.A. Psychologie/Dipl./M.A./B.A. Soziale Arbeit)
- Einzelpsychotherapie (Arzt, Dipl./M.A. Psychologie/Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Sozialarbeit (Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Angehörigenarbeit (Dipl./B.A./M.A. Soziale Arbeit/Dipl./M.A. Psychologie)

(b) Edukative Gruppen

Die Rehabilitanden der Fachklinik nehmen an Edukativen Angeboten gemäß Wochenplan teil. Edukative Maßnahmen haben das Ziel, alltagstaugliche, stabile Lebensstiländerungen der Rehabilitanden zu initiieren, die auf deren individuellen Voraussetzungen, Fähigkeiten und Möglichkeiten basieren. Wir bieten auf der Grundlage der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (2015) Seminare zur Gesundheits-

information und –förderung (45 Minuten) mit folgenden Themen an: Bewegung und körperliches Training, Schutzfaktoren, Stress und Stressbewältigung, gesunde Ernährung, Training sozialer Kompetenzen, Alltagsdrogen sowie weitere Krankheitsspezifische Informationen. Die Seminare sind manualisiert, curricular verknüpft und werden laufend evaluiert. Außerdem findet wöchentlich (mind. 30 Minuten) eine Vollversammlung für alle Rehabilitanden sowie bei Bedarf eine Bereichsversammlung auf den Stationen statt.

Angebote:

- Gesundheitsbildung (Arzt, Gesundheits- und Krankenpfleger, Diätassistent)
- Psychische Gesundheit (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Alltagsbewältigung (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit, Arzt)
- Workshop Ergo-/Kunsttherapie (Ergotherapeut, Kunsttherapeut)
- Berufliche Fragen (Arbeitstherapeut)
- Entspannungstraining (Sporttherapeut, Physiotherapeut)
- Ernährungsberatung (Diätassistent)
- Lehrküche (Diätassistent)
- Voll-/Bereichsversammlung der Rehabilitanden und Mitarbeiter (alle Berufsgruppen)
- Normen und Werte (Seelsorger)

(c) Indikative Angebote

An den Indikativen Angeboten gemäß individuellem Wochenplan nehmen Rehabilitanden teil, die aufgrund einer speziellen Indikation besondere Behandlung bzw. Förderung benötigen. In der Psychotherapie gibt es Gruppenangebote für affektive Störungen und Ängste sowie für Persönlichkeitsstörungen. Rehabilitanden mit Berufserfahrung und Problemen am Arbeitsplatz werden z.B. der Indikativen Gruppe Stressbewältigung zugeordnet. Rehabilitanden mit Teilhabedefiziten im EDV-Anwenderbereich werden der Indikativen Gruppe EDV-Schulung als berufsintegrierende Maßnahme zugeordnet. Arbeitslose Rehabilitanden oder Rehabilitanden, deren Arbeitsplatz gefährdet ist, nehmen am Bewerbungstraining (45 Minuten) und der Gruppe Berufsbezogene Qualifizierungsangebote (45 Minuten) teil. Rehabilitanden mit Problemen in der Haushaltsführung werden im Behandlungsverlauf der Arbeitstherapie in der Kleingruppe Hauswirtschaft eingesetzt. Zusätzlich bieten wir Tabakentwöhnung, Hirnleistungstraining, Entspannungsverfahren und Ernährungsberatung in Gruppen- oder ggf. Einzelsetting an. Die Indikativen Angebote werden in Krankheits- und Urlaubszeiten vertreten.

Angebote:

- Depression/Angst (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Stress und Stressbewältigung (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Psychische Komorbidität (Arzt, M.A. Psychologie)
- Rückfallprophylaxe (M.A. Psychologie, B.A./M.A. Soziale Arbeit)
- Raucherentwöhnung (Gesundheits- und Krankenpfleger)
- Rückenschule (Sporttherapeut, Physiotherapeut)
- Hirnleistungstraining (Ergotherapeut)
- EDV-Schulung (EDV-Dozent).

4.7.5. Arbeits- und berufsbezogene Interventionen

Ein großer Teil der Rehabilitanden der Fachklinik Weser-Ems hat Probleme am Arbeitsplatz, ist arbeitslos, von Arbeitslosigkeit bedroht oder aufgrund der Suchterkrankung und/oder Folgekrankheiten arbeitsunfähig. In Einzelfällen ist auch ein Rentenanspruch gestellt worden. Im Arbeitsleben bestehen oft psychosoziale Belastungen, Angst vor Arbeitsplatzverlust und/oder ein work-family-conflict (BYRON 2005). Eine berufliche Perspektive und die Aussicht auf Rückkehr ins Erwerbsleben verbessern den Rehabilitationserfolg. Primäres Ziel der medizinischen Leistung zur Rehabilitation ist die wesentliche Verbesserung oder Wiederherstellung der Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit.

Das Konzept der beruflichen Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA; DRV BUND 2015) hat als grundlegende Zielsetzung, die Rehabilitation an den Anforderungen der Arbeitswelt, insbesondere des aktuellen beziehungsweise des angestrebten Arbeitsplatzes, auszurichten. Das Konzept (BORA) wird für die Rehabilitanden der Fachklinik umgesetzt und ist in das medizinische Dokumentationswesen und das Reha-Qualitätsmanagement der Klinik integriert.

4.7.5.1. Ergotherapeutische Therapie- und Teilhabeplanung

Das Leistungsvermögen des Rehabilitanden wird unter sozialmedizinischen Aspekten im arbeitstherapeutischen Prozess kontinuierlich entwickelt. In diesem Prozess werden die Anforderungen an den Rehabilitanden zunehmend erhöht (auch mit Hilfe Interner und Externer Belastungserprobungen) und den Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes angeglichen. Ein gelungener arbeits- und berufsbezogener Rehabilitationsprozess schafft so die Grundlagen für eine verbesserte Arbeitsfähigkeit und führt zur angemessenen Teilhabe des Rehabilitanden am Arbeitsleben.

Rehabilitanden der Weser-Ems-Klinik werden nach dem strukturierten Aufnahmeinterview und Screening in den ersten drei Behandlungstagen einer der 5 BORA-Zielgruppen zugeordnet:

- **Bora-Zielgruppe 1:** Rehabilitanden in Arbeit ohne besondere erwerbsbezogene Problemlagen
- **Bora-Zielgruppe 2:** Rehabilitanden in Arbeit mit besonderen erwerbsbezogenen Problemlagen
- **Bora-Zielgruppe 3:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB III (ALG I). Dieser Zielgruppe werden auch Erwerbstätige zugeordnet, die während einer Krankschreibung arbeitslos geworden sind, und Erwerbstätige, die langzeitarbeitsunfähig sind und nach 18 Monaten von der Krankenkasse ausgesteuert werden (Arbeitsplatz noch vorhanden, Bezug von ALG I oder II).
- **Bora- Zielgruppe 4:** Arbeitslose Rehabilitanden nach SGB II (ALG II)
- **Bora- Zielgruppe 5:** Schüler, Studenten, Hausfrauen, Zeitrentner und sonstige nicht-erwerbstätige Rehabilitanden.

Die ausführliche Bildung-, Berufs- und Arbeitsanamnese sowie die Eingangsdiagnostik (siehe 4.7.2.) dienen der Einschätzung der Leistungsfähigkeit und des Förderbedarfs des Rehabilitanden. Seine Fähigkeiten, Fertigkeiten und Belastbarkeit werden abgeklärt und die individuellen Vermittlungsmöglichkeiten eingeschätzt. Auf dieser Grundlage und ausgehend von den, mit dem Rehabilitanden vereinbarten Rehabilitationszielen, entwickeln Arbeitstherapeuten einen Therapieplan für arbeits- und berufsbezogene Leistungen und berücksichtigen dabei

- den individuellen Rehabilitationsbedarf,
- das Integrationspotential des Rehabilitanden,
- somatische, psychische, psychomentale und soziale Teilhabebehindernisse sowie
- die Dimensionen Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe der ICF. (vgl. DRV Bund 2015).

Es soll die Motivation, sich mit erwerbsbezogenen Themen auseinanderzusetzen gefördert, es sollen Barrieren im beruflichen Verhalten und Erleben abgebaut, erwerbsbezogene Förderfaktoren gestärkt und Perspektiven zur beruflichen (Re-)Integration entwickelt werden.

Mit Einverständnis des Rehabilitanden wird Kontakt zur Bundesagentur für Arbeit, zum zuständigen Jobcenter oder zum Arbeitgeber aufgenommen, um ein konkretes Bild der Situation zu gewinnen. In diesem Zusammenhang kooperieren wir auch mit Mitarbeitern der Integrationsfachdienste, Betriebsräten, Mitarbeitern der Betrieblichen Suchtkrankenhilfe sowie betriebliche Sozialberatern, Bildungsträgern, Rehafachberater, Sozialmedizinischer Dienst der DRV, Werks- und Betriebsärzten, BFW's etc., um für den Rehabilitanden bezüglich seiner beruflichen Entwicklung hilfreich sein zu können. Die Datenschutzbestimmungen werden dabei beachtet.

Bei der diagnosegesteuerten Zuweisung der Rehabilitanden zu einer BORA-Gruppe und zu bestimmten Arbeitstherapiebereichen sind drei Kriterien entscheidend:

- die Fördermöglichkeiten der einzelnen Arbeitstherapiebereiche,
- die Entwicklung von Fähigkeiten/Fertigkeiten in jenem Arbeitstherapiebereich, der dem Berufswunsch des Rehabilitanden am nächsten liegt,
- die Interessen, Ressourcen sowie der Wille des Rehabilitanden.

Grundsätzlich wird versucht, eine Tätigkeit zu finden, die

- in Absprache mit anderen Behandlungsbereichen dem Rehabilitanden zuzumuten ist,
- dem Interesse/Berufswunsch und der beruflichen Vorerfahrung des Rehabilitanden entgegenkommt und
- aufgrund der Therapiezielvereinbarung sinnvoll ist.

In der Klinik gibt es folgende Therapieeinheiten für die verschiedenen BORA-Zielgruppen:

BORA-Angebot	BORA-Zielgruppen				
	1	2	3	4	5
Arbeitstherapie	f	x	x	x	i 1
Interne Belastungserprobung	f	f/i	x	x	i
Externe Belastungserprobung	f	f/i	i	i	i
Edukative Gruppe „Berufliche Fragen“	i	x	x	x	i
Edukative Gruppe „Freizeitgestaltung“	x	x	x	x	x
Edukative Gruppe „Workshop Kunsttherapie“	x	x	x	x	x
Edukative Gruppe „Workshop Ergotherapie“	x	x	x	x	x
Indikative Gruppe „Alltagsbewältigung“	i	i	x	x	i

Indikative Gruppe „Stress und Stressbewältigung“	i	x	i	i	i
Indikative Gruppe „Training sozialer Kompetenzen“	i	i	i	x	i
Indikative Gruppe „Bewerbungstraining“	f	i	x	x	i
Indikative Gruppe „EDV-Schulung“	i	i	i	i	i
Indikative Gruppe „Hirnleistungstraining“	i	i	i	i	i
Sozialberatung	i	i	i	i	i
Besuch beim Jobcenter/ARGE			x	x	i
Kontakt zum Reha-Berater	i	i	i	i	i
Besuch beim Arbeitgeber	x	x			
Kunsttherapie	x	x	i	i	i

Legende

i = indikatives Angebot (nach individueller Sachlage)

x = allgemeine Teilnahmepflicht

f = freiwillige Teilnahme

1 = nicht für Altersrentner

Kontakte zum Rehabilitationsberater, Integrationsfachdienst oder Betriebsrat werden unter Berücksichtigung der individuellen Sachlage gefördert. Heimfahrten sind notwendige Bestandteile der Rehabilitation gemäß Reisekostenvorschriften der DRV.

4.7.5.2 Ergotherapeutische Behandlung

Folgende Behandlungsmodulare werden in der Ergotherapie der Fachklinik Weser-Ems angeboten:

- Arbeitstherapie
- Interne/Externe Belastungserprobung
- Kunsttherapie
- Indikative/Edukative Angebote.

(a) Arbeitstherapie

In der Arbeitstherapie werden dem Rehabilitanden realistische und erreichbare Aufgaben gestellt, um ihn für die Anforderungen des Arbeitsmarktes zu trainieren. Die Arbeitstherapie ist das wichtigste Instrument, um die beruflichen Fähigkeiten zu testen, zu entwickeln und zu erproben. Sie fördert und fordert den Rehabilitanden und unterstützt ihn bei der Entwicklung einer tragfähigen Arbeitsmotivation. Arbeitstugenden wie Pünktlichkeit, Ausdauer, Zuverlässigkeit, Durchhaltevermögen, Genauigkeit, etc. sollen entwickelt werden. Der Rehabilitand verbessert sein Steuerungs- und Regulierungsvermögen.

Im Hinblick auf sozialmedizinische Fragestellungen gibt es eine enge Verzahnung des arbeitstherapeutischen und des medizinischen Bereiches.

Rehabilitanden der BORA Gruppen 1-5 sind in den ersten drei Wochen während der sogenannten Diagnosephase, bis zur endgültigen Zuordnung, in der Arbeitstherapie beschäftigt. Während dieser Zeit wird ein individuell zugeschnittenes arbeits- und ergotherapeutisches Programm erstellt, wobei ggf. gleichzeitig die Teilnahme an speziellen indikativen Gruppen festgelegt wird.

Rehabilitanden, die einen festen Arbeitsplatz haben und deren Arbeitsplatz nicht gefährdet ist, erhalten ebenso wie Altersrentner anschließend keine Arbeitstherapie. Die anderen Rehabilitanden nehmen regelmäßig an der Arbeitstherapie teil.

In der Klinik Weser Ems stehen für die Rehabilitanden PC-Arbeitsplätze zur Verfügung, die auch in der Freizeit genutzt werden können. Es geht um den Abbau von Zugangsschwellen und das Erlernen von Grundfertigkeiten im Umgang mit elektronisch gestützter Bürotechnik (z.B. Bewerbungsunterlagen erstellen; Briefschreibung, usw.).

Folgende Bereiche der Arbeitstherapie stehen für das Training der Basisfähigkeiten und -fertigkeiten, für Projektarbeiten und für die Interne Belastungserprobung zur Verfügung:

- Werkstatt (Holz/Metall/Fahrrad/Haustechnik)
- Küche und Cafeteria
- Hauswirtschaft
- Außengelände/Gartenpflege
- Übungsfirma für Büroarbeitsplätze (2-5) (geplant)

Die Rehabilitanden betreiben die Cafeteria in Selbstverwaltung unter Aufsicht eines Arbeitstherapeuten. Hier können Planung, Umsetzung, Buchhaltung, Materialwirtschaft, Personaleinsatzpläne, Kalkulation und Verkaufstraining, Service- und Dienstleistungen trainiert werden.

(b) Interne/Externe Belastungserprobung

Rehabilitanden der BORA Gruppen 3, 4 und teilweise auch 5 benötigen über das Angebot der Arbeitstherapie hinaus konkrete Aufgaben zur Erreichung ihrer Ziele. Nach einigen Wochen der Arbeitstherapie nehmen diese Rehabilitanden an einer Belastungserprobung teil. Hier werden Stärken und Schwächen oft noch deutlicher als in der Arbeitstherapie sichtbar und können gezielter gefördert bzw. abgebaut werden.

Die interne Belastungserprobung kann in der Küche, Cafeteria, Haustechnik, Fahrradwerkstatt oder Hauswirtschaft stattfinden. Sie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von vier Wochen und ist gegen Zeitausgleich zum Teil auch am Wochenende zu verrichten. Es werden Anforderungen an Teamarbeit, Pünktlichkeit und Merkfähigkeit gestellt. Zum Teil wird unter Zeitdruck gearbeitet. Körperliche, geistige und seelische Leistungsbereitschaft, soziale Anpassungsfähigkeit und realitätsnahe Konfliktbewältigung werden überprüft und trainiert sowie berufliche Eingliederungschancen erarbeitet. Auf Wunsch erhält der Rehabilitand zum Ende der internen Belastungserprobung ein qualifiziertes Arbeitszeugnis.

Nach sorgfältiger Einzelfallentscheidung und Indikationsstellung wird statt einer internen Belastungserprobung eine berufsbezogene (unentgeltliche) externe Belastungserprobung als spezifische Maßnahme geplant und durchgeführt. Die externe Belastungserprobung dient der Überprüfung der beruflichen Belastbarkeit, der Ausdauer und des Durchhaltevermögens, der Fremd- und Selbsteinschätzung, sowie wichtiger Arbeitstugenden und ggf. der Berufsorientierung. Sie findet in örtlichen Betrieben, mit denen eine Kooperation besteht statt, und wird von den Ergo-/Arbeitstherapeuten eng begleitet sowie vor- und nachbesprochen. Der Erfolg der externen Belastungserprobung wird durch ein

Arbeitszeugnis dokumentiert. Konkrete Kooperationen für externe Belastungsproben bestehen.

Das Diakonische Werk Oldenburg ist Träger unterschiedlicher sozialer Einrichtungen in Oldenburg und Umgebung, insbesondere auch im Stadtteil. Hier bieten sich für die Rehabilitanden vielfältige Einsatzmöglichkeiten (Pflege, Küche, Hausmeister usw.). Individuelle Wünsche werden berücksichtigt.

(c) Kunsttherapie

Die Kunst-, Kreativ- und Beschäftigungstherapie hat in unserer Klinik die Funktion, die in der Psychotherapie erarbeiteten Kenntnisse zu vertiefen, zu visualisieren und Selbsterfahrung des Rehabilitanden mit nonverbalen Verfahren zu ermöglichen. Themen aus der Psychotherapie können hier mit anderen Mitteln sichtbar gemacht werden (hauptsächlich wird gemalt). Daher findet ein kontinuierlicher Austausch mit der Psychotherapie statt. Kreativität, Phantasie, Ausdauer- und Konzentrationsfähigkeit werden gefördert. Brachliegende Fähigkeiten werden entfaltet. Oft sind Rehabilitanden erstaunt, welche Kraft, Stärke und Lebendigkeit in ihren Bildern zum Ausdruck kommen. Dies stärkt ihr Interesse an der weiteren Arbeit mit ihrem inneren Zustandsraum, aber auch ihr Selbstvertrauen und ihre technischen Fähigkeiten. Insgesamt wird die Selbstwahrnehmung verbessert, es werden Fähigkeiten und Fertigkeiten erworben, die auch in ein Hobby führen können.

Die Kunst-, Kreativ- und Beschäftigungstherapie ist ein Mittel, um spontan und im freien Fluss der inneren und äußeren Kräfte Ganzheit zu erleben. Kreative Techniken vermitteln (indirekte) Möglichkeiten, Teilhabestörungen abzubauen. Es ergeben sich Wege, unbewusste Inhalte unter Umgehung psychischer Widerstände bewusstseinsfähig zu machen und einen Zugang zur Innenwelt und zum Charakter zu bekommen.

Die Rehabilitanden haben die Möglichkeit, ihre Bilder in der Klinik auszustellen. Insbesondere ist gewünscht, eigene Bilder im Zimmer aufzuhängen.

(d) Indikative/Edukative Angebote

Indikative Gruppen, wie EDV-Kurse, Stressbewältigung oder Lehrküche werden angeboten, um Rehabilitanden in speziellen Bereichen zu fördern und so noch effektiver auf das Erwerbsleben vorzubereiten. Z.B. werden EDV-Kurse in der Klinik auf unterschiedlichem Niveau als berufsintegrierende Maßnahme angeboten. Im Umgang mit dem Internet werden die Stellensuche und das Bewerbungsverfahren geübt. Rehabilitanden erhalten zum Ende des Lehrgangs bei Erfolg ein Zertifikat. Einige indikative Veranstaltungen sind auf Untergruppen von Rehabilitanden wie Berufstätige, von Arbeitslosigkeit Bedrohte, Arbeitslose etc. zugeschnitten.

Edukative Angebote runden das System arbeitsbezogener Interventionen der Klinik ab. Es werden Themen wie berufliche Fragen, Arbeitsplatzsuche, Alltagsbewältigung, soziales Verhalten im Berufsleben, aktive Freizeitgestaltung, verkehrsmedizinische Fragen etc. behandelt.

4.7.5.3 Rehabilitationsergebnis

Als Ergebnis wird am Ende des Klinikaufenthaltes (im Rahmen des Entlassungsberichtes) eine detaillierte sozialmedizinisch-berufliche Beurteilung und, wenn nötig, ein Wiedereingliederungsplan für den Rehabilitanden erstellt (z.B. stufenweise

Wiedereingliederung, LTA, Eingliederungsempfehlung für eine WfbM etc.). Die Ergebnisse der berufsbezogenen Maßnahmen werden beschrieben und bewertet.

Ergebnisse und Empfehlungen können, nach Einholen einer schriftlichen Schweigepflichtsentbindung des Rehabilitanden, an die weiterbehandelnden Institutionen weitergeben werden.

4.7.6 Physio- und Sporttherapie, Entspannungstechniken

(a) Physiotherapie

Störungen des Bewegungsapparates sind häufig. Deshalb besteht ein Angebot an physiotherapeutischer Behandlung wie Krankengymnastik, Rückenschule, Massage, lokale Wärme- und Kältebehandlung oder Elektrotherapie. In vielen Fällen ist die ärztliche Verordnung physiotherapeutischer Anwendungen eine Alternative oder eine Ergänzung zur medikamentösen Behandlung. Hinweise zum eigenständigen Üben werden gegeben.

(b) Sporttherapie

Die Sporttherapie verfolgt verschiedene Ziele, z. B. die Wiederherstellung und Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Ausdauer, Koordination, Kraft), Freude am Spielen und Bewegen, Training sozialer Fertigkeiten (Teamfähigkeit, Fairness) und sinnvolle Freizeitgestaltung. Die Sporttherapie unterstützt die Rehabilitanden mit einem Angebot aus vielen Bereichen der Bewegungs- und Funktionstherapie, wie Kleinhantel- und Ausdauertraining, Ganzkörpertraining an Fitnessgeräten im Fitnessraum der Klinik konditionelle und koordinative Gymnastik, Zirkeltraining, sowie „Kleine Spiele/Teamsport“ (Völkerball usw.) zur Sinneswahrnehmung in der Turnhalle der Klinik. Es werden Übungen für den Bewegungsapparat angeleitet, die von den Rehabilitanden auch nach der Therapie selbständig durchgeführt werden können. Sie zielen auf die Verbesserung der Körperwahrnehmung und Körperfunktion und auf eine sinnvolle Freizeitgestaltung. Sie tragen dazu bei, gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu stärken, zu kompensieren und wiederherzustellen. Bei Rehabilitanden mit körperlichen Einschränkungen oder Behinderungen ist die Bewegungstherapie auf Funktionsverbesserung ausgerichtet. Der Rehabilitand wird für die Zeit nach Beendigung der Rehabilitationsmaßnahme zur Teilhabe am Vereinssport angeregt. Noch während der Rehabilitation werden Rehabilitanden ermutigt sich einem Sportverein anzuschließen und z.B. im Rahmen einer Heimfahrt Kontakt aufzunehmen. Sport und physiotherapeutische Gruppenangebote werden vertreten.

(c) Entspannungstechniken

Über angeleitete und leicht erlernbare Entspannungstechniken wie z.B. Autogenes Training, die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR), Phantasiereisen und Atemübungen werden folgende Prozesse in der Körper- und Selbstwahrnehmung des Rehabilitanden gefördert:

- Entwickeln des Körperbewusstseins
- Erleben positiver Körpererfahrungen
- Wahrnehmen von Spannungs- und Entspannungszuständen
- Verbesserung der Affektregulierung

Die regelmäßig wöchentlich stattfindenden angeleiteten Entspannungsangebote bieten zudem die Möglichkeit der Stressreduktion und Stressbewältigung und können später u.a. als selbst einzusetzende Einschlafhilfe genutzt werden.

4.7.7 Freizeitangebote

Suchtkranke Menschen erleben häufig durch ihre Abhängigkeitserkrankung einen Teufelskreis aus dysfunktionalen Flucht- oder Lösungsversuchen und ständigem Scheitern. Bei Abwesenheit des Suchtmittels verbinden daher viele Rehabilitanden mit Freizeit vor allem Gefühle der Leere und des Unerfüllt-Seins. Suchtmittelfreie und sinnvolle Freizeitgestaltung stellt daher eine wichtige Zielsetzung in der Rehabilitation Suchtkranker dar. Häufig brauchen sie Unterstützung, um ihre Freizeit sinnvoll und regenerativ zu gestalten. Von den eigenen Bedürfnissen ausgehend können sie dann Ideen entwickeln und diese in Handeln umsetzen. Therapeutische Ziele sind u.a. eine verbesserte Freizeitkompetenz, eine verbesserte Kulturfähigkeit, eine verbesserte Fähigkeit zur Gestaltung von Objektbeziehungen und eine verbesserte Teilhabe an der Gesellschaft. Die Rehabilitanden werden ermutigt sich ehrenamtlich zu betätigen.

Oldenburg bietet ein umfangreiches Kultur- und Freizeitangebot mit Theater, Kino, Konzerten, Ausstellungen, Museen, themenzentrierten Messen, etc.

Im Einzelnen gibt es in der Fachklinik Weser-Ems folgende Freizeitangebote:

- **Sport und Bewegung** - Einführung unter Berücksichtigung körperlicher Einschränkungen in den Fitnessräumen durch Sport- oder Physiotherapeuten. Bei körperlichen Einschränkungen Erlernen von spezifischen Übungen und Fortführung in Eigenregie. Aufbau von Muskelkraft und Kondition.
- **Kunsttherapie und Gestaltungsarbeiten** – Workshops an Wochenenden. Es wird ein spielerisch-kreativer Umgang mit Materialien vermittelt.
- **Aktive Freizeitgestaltung** –Es werden den Rehabilitanden Möglichkeiten aufgezeigt, ihren Tag sinnvoll, angemessen, kreativ und mit Freude zu gestalten. Gemeinsame Aktivitäten innerhalb von Kleingruppen werden in Absprache unternommen. Berührungängste werden abgebaut, kostenlose Freizeitmöglichkeiten werden vorgestellt.
- **Sichtung der kulturellen Angebote der Stadt Oldenburg** - u.a. mittels moderner Medien (Kostenloses W-LAN in der Cafeteria). Aushänge am Info-Brett.
- **Kulturelle Aktivitäten** - wie Lesungen (unter Aspekten der Abhängigkeitserkrankung) werden ermöglicht. Besuche von Museen und Kunstgalerien im Rahmen der Kunsttherapie sowie Exkursionen/Stadtführungen werden durchgeführt.
- **Die Klinik verfügt über:** Tischtennis, Billard, Dart, Kicker, Fernsehräume, PC-Labor mit Internetanschluss und zahlreiche Gesellschaftsspiele. Des Weiteren können die Fitnessräume, die Cafeteria, Räume für Gestaltungsarbeiten, die Rehabilitandenbücherei sowie die Aufenthaltsräume auf den Stationen zur Freizeitgestaltung genutzt werden. Die Rehabilitanden werden angehalten, Wettbewerbe und Turniere innerhalb der Rehabilitandengemeinschaft zu organisieren.

4.7.8 Klinische Sozialarbeit (Sozialdienst)

Der Sozialdienst der Klinik wird von Sozialpädagogen/Sozialarbeitern (Dipl./BA) durchgeführt. Unterstützung bei der Klärung der sozialen Situation sowie bei der Regelung behördlicher und finanzieller Angelegenheiten wird gegeben. Dem Rehabilitanden wird außerdem bei der Erarbeitung einer Perspektive zur beruflichen Wiedereingliederung geholfen, um Teilhabemöglichkeiten zu erschließen.

Zu den sozialarbeiterischen Zielen zählen u.a. die (weitgehend) selbständige Beantragung von Sozialleistungen, das Erstellen von Bewerbungsunterlagen, die selbstverantwortliche (aktive) Planung sozialer Regelungen und die Befähigung zur aktiven Inanspruchnahme professioneller Beratung. Gefördert werden außerdem die aktive Suche von Ausbildungs-, Weiterbildungs- und Beschäftigungsmöglichkeiten, die Organisation weiterer Hilfen sowie die Nachsorgeplanung.

Der Rehabilitand soll am Ende der Behandlungszeit in der Lage sein, sich selbständig (aktiv) um seine sozialen Belange zu kümmern und sich geeignete professionelle Hilfe selbstverantwortlich zu suchen.

Regelmäßig wird eine sozialarbeiterische Sprechstunde angeboten (individuelle Termine können jederzeit vereinbart werden). Falls erforderlich, werden auch Angehörige oder andere Bezugspersonen der Rehabilitanden in die Sozialberatung einbezogen, oder es wird in ergänzende Hilfeangebote, z. B. Schuldenberatung, vermittelt.

4.7.9 Gesundheitsbildung/Gesundheitstraining und Ernährung

(a) Gesundheitsbildung

In unserer Klinik ist die Hinführung zu einer gesunden Lebensweise integraler Bestandteil der auf die Sucht ausgerichteten Informationsveranstaltungen und Gruppendiskussionen. Darüber hinaus werden spezielle Themen und Trainingsprogramme angeboten. So finden beispielsweise Veranstaltungen zur körperlichen und psychischen Gesundheit, zur Ernährung, zur Raucherentwöhnung sowie zum Erlernen von Entspannungstechniken statt. Auch die Gewöhnung an eine regelmäßige Lebensweise kann als eine unspezifische Maßnahme zur Gesundheitsbildung angesehen werden.

(b) Diätetische Therapie/Lehrküche

Es wird Wert auf eine gesunde, ausgewogene und natürliche Ernährung gelegt. Die Verpflegung der Rehabilitanden findet durch die hauseigene Vollküche statt. Bei Bedarf werden bestimmte Diäten zubereitet (Vollkost, leichte Vollkost, kohlenhydratarm, laktosefrei, glutenfrei, cholesterinarm, purinarm, passierte Kost). Diese Diäten berücksichtigen wissenschaftliche Erkenntnisse. Lebensmittelallergien (Nüsse, Zitrusfrüchte, Kernobst etc.) werden berücksichtigt. Eine vegane Ernährung kann nicht vorgehalten werden. Eine Diätassistentin sowie eine diätetisch geschulte Köchin stehen den Rehabilitanden zur Verfügung. Die Rehabilitanden werden im Rahmen der medizinischen Edukation über eine ausgewogene Vollwerternährung und besondere Kostformen informiert und mit den Vorschlägen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bekanntgemacht. Für viele Abhängigkeitskranke ist es ein bedeutsames Therapieziel, sich wieder an eine regelmäßige Einnahme der Mahlzeiten zu gewöhnen. Für Rehabilitanden mit hohem Körpergewicht gibt es eine indikative Beratung. Religionsspezifische Ernährung kann berücksichtigt werden.

In der Lehrküche werden Rehabilitanden, denen basale Fähigkeiten in der Haushaltsführung fehlen, die entsprechenden Fähigkeiten durch eine Diätassistentin vermittelt. Die Lehrküche stellt einen Teil des in der Klinik vermittelten lebenspraktischen Trainings dar.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die Arbeit mit Angehörigen und/oder Bezugspersonen wird in ihrer Bedeutung von uns hoch eingeschätzt und ist ein wichtiger Therapiebaustein, der zum Standardangebot der Behandlung gehört. Angehörigenarbeit ist Teil der Psychotherapie, berücksichtigt systemische Gesichtspunkte, verfolgt aber auch soziale Ziele. Dazu gehören:

- Angehörigenseminare, die durchschnittlich für jede Therapiegruppe alle 6 Wochen stattfinden und an denen alle Gruppenmitglieder sowie eingeladene Angehörige teilnehmen. Dazu gehören nahe Bezugspersonen, z.B. aus Familie, Freundeskreis, Kollegenkreis und Betreuer. Auch wenn keine Angehörigen kommen, wird das Seminar durchgeführt.
- Nach Bedarf werden Einzelgespräche mit Angehörigen oder wichtigen Bezugspersonen angeboten.
- Heimfahrten können nach vorheriger Planung und festen Vereinbarungen zwischen Rehabilitand und Therapeut zur Angehörigenarbeit genutzt werden. Es gelten dabei die Reisekostenrichtlinien der Leistungsträger.

4.7.11 Rückfallmanagement

Als Rückfall wird jeglicher Konsum sowie Besitz von Alkohol, Drogen und Medikamenten gewertet. Die Einnahme verordneter Medikamente ist hiervon nicht betroffen. Bei nicht stoffgebundener Sucht gelten das Glücksspiel an Automaten, das Online-Glücksspiel und das Abschließen von Sportwetten als Rückfall.

Rückfälle bzw. drohende Rückfälligkeit werden als Teil des Krankheits- und Genesungsprozesses bei Abhängigkeitserkrankung verstanden und können auch im Verlauf des therapeutischen Prozesses auftreten. Rehabilitanden werden nicht erst nach Beendigung ihrer Therapie, sondern manchmal auch während der stationären Entwöhnungsbehandlung rückfällig. Ein Rückfall sollte in der Therapiegruppe aufgearbeitet und für die Therapie nutzbar gemacht werden.

Als Maßnahme zur Rückfallerkennung und -prävention werden unangekündigte Atemalkoholkontrollen sowie Urinkontrollen auf Alkohol (ETG, Ethylglucoronid), Medikamente und Drogen vorgenommen.

Das Thema Rückfall wird regelmäßig sowohl in den Psychotherapiegruppen als auch in den Edukativen/Indikativen Gruppen behandelt.

Bei Rückfälligkeit ist ein geregelter Ablauf der Rückfallbehandlung vorgesehen. Dieser ist im Rückfallkonzept beschrieben (s. Anlage 3).

Das Rückfallkonzept enthält außerdem konkrete Kriterien, die für eine Fortführung oder Beendigung der Entwöhnungsbehandlung sprechen.

4.7.12 Gesundheits- und Krankenpflege

In der Rehabilitation Abhängigkeitskranker kommt den Gesundheits- und Krankenpflegern eine ergänzende Funktion bei der Gestaltung des rehabilitativen Milieus zu. Besondere Kenntnisse der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sind vorhanden.

Die Pflege (Umsetzung ärztlicher Anordnungen und Verschreibungen, Ausgabe von Medikamenten, Anlegen von Verbänden etc.), die Mitgestaltung des Gesundheitstrainings und der Dokumentation sowie die Kontrolle der Suchtmittelfreiheit gehören zu den Aufgaben dieser Berufsgruppe. Insbesondere bei der Behandlung der auftretenden Begleit- und Folgeerkrankungen wirken die Gesundheits- und Krankenpfleger mit. Suchtdruck, Unruhezustände und Schlafstörungen können durch Akupunktur nach NADA behandelt werden. Eine 24-stündige Anwesenheit des Pflegedienstes ist gewährleistet.

4.7.13 Nachgehende Leistungen

Um das Rehabilitationsziel zu erreichen bzw. den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren, können im Anschluss an die Rehabilitation weitere Leistungen erforderlich sein (z.B. Nachsorge). Diese werden von der Fachklinik Weser-Ems so angebahnt und mit dem zuständigen Rehabilitationsträger abgestimmt, dass ein nahtloser Übergang ohne Verzögerung möglich ist.

Auf die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen wird hingearbeitet. Wir erwarten von den Rehabilitanden während des Aufenthaltes den mehrfachen Besuch von Selbsthilfveranstaltungen, um ihnen die abstinente Lebenskultur nahe zu bringen.

Sollten Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben erforderlich werden, werden diese während der Rehabilitation rechtzeitig unter Einschaltung der Reha-Fachberater der Rentenversicherung oder der zuständigen Agentur für Arbeit auf den Weg gebracht.

Es geht dabei um folgende Leistungen:

- Stufenweise Wiedereingliederung/Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben.
- Ambulante Nachsorge
- Ambulante Weiterbehandlung
- Adaptionenmaßnahmen
- Vermittlung in die Selbsthilfe
- Sozialtherapeutische Maßnahmen (z.B. Wohnheim, betreutes Wohnen)
- Somatische Rehabilitation
- Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung
- Verlegung in ein Krankenhaus bei entsprechender Indikation.

4.7.14 Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

In der letzten Phase der stationären Rehabilitation (in der Regel in den letzten 3 Wochen) wird der Rehabilitand auf die Entlassung vorbereitet. Dies bedeutet im Einzelnen:

- Kontaktaufnahme mit Entsende- und nachbehandelnden Stellen
- Heimfahrten als Belastungserprobung (u.a. Besuch der zuständigen Suchtberatungsstelle, des Arbeitsgebers bzw. der Agentur für Arbeit/des Jobcenters, der örtlichen Selbsthilfegruppe, etc.)
- bei Bedarf Vorstellung bei der nachstationären Einrichtung
- Anregung, Einleitung und Verknüpfung der stationären Rehabilitationsleistung mit medizinischen Nachsorgeleistungen bzw. weiteren Maßnahmen
- Entlassungsuntersuchung
- Zeitnahe Erstellung des Entlassungsberichtes nach den Vorgaben der DRV.

5. Personelle Ausstattung

Medizin	1,00	Leitender Arzt (Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, Sozialmedizin)
	2,00	Fachärzte (FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Innere Medizin)
	2,00	Physiotherapeuten/Sporttherapeuten (Physiotherapeut/Sport und Gymnastiklehrer)
	0,40	Diätassistenten (Ökotrophologe (BA/MA/Diplom, Diätassistent)
Pflegedienst	1,00	Leitung Pflegedienst (Exam. Gesundheits- und Krankenpfleger)
	4,50	Examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger
Psychotherapie	1,00	Leitung Psychotherapie (FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychologischer Psychotherapeut)
	1,00	Psychologen (MA/Diplom mit DRV anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation)
	6,60	Dipl.-Sozialpädagogen (BA/MA/Diplom mit DRV anerkannter suchttherapeutischer Zusatzqualifikation)
	0,80	Sozialarbeiter (BA/MA/Diplom)
Arbeitstherapie	1,00	Leitung Arbeitstherapie (Diplom Sozialpädagoge/Ergotherapeut /Arbeitstherapeut)
	2,60	Arbeitstherapeuten/Kunsttherapeuten (Ergotherapeut/Arbeitstherapeut, Kunsttherapeut(BA/MA/Diplom))

6. Räumliche Gegebenheiten

Die räumlich-technische Ausstattung muss einen positiven Zusammenhang zwischen den Behandlungsmethoden bzw. Behandlungsmaßnahmen und den ICF-Komponenten ermöglichen.

Die Architektur der Suchtklinik erlaubt die Einrichtung von Wohnbereichen. Diese bestehen aus Rehabilitandenzimmern, einem dazugehörigen Aufenthaltsraum mit Teeküche und dem Gruppenraum. Dort bilden etwa zehn bis zwölf Rehabilitanden eine Gemeinschaft, in der sie für alle Belange ihres Zusammenlebens selbst Verantwortung übernehmen. Dadurch gliedert sich die Klinik in überschaubare Einheiten, es entstehen vielfältige, auch therapeutisch nutzbare soziale Bezüge. Für die Unterbringung der Rehabilitanden stehen modern ausgestattete Einbettzimmer mit Nasszelle zur Verfügung. Für Paartherapien gibt es Zimmer mit Verbindungstür.

Fernsehen ist in den Aufenthaltsräumen möglich. Es existiert eine ausreichende Zahl von Gruppentherapieräumen. Hinzu kommen Räume für größere Gruppen und Veranstaltungen der Gesamtklinik. Die größeren Räume sind für Unterrichtszwecke ausgestattet und haben die technische Ausstattung zur Arbeit mit Medien.

Es sind Sportanlagen und Freizeiteinrichtungen vorhanden. Eine Sporthalle mit Saunabereich ist geplant. Geschlechtertrennung wird aufgrund der hohen Koinzidenzrate traumatisierter Rehabilitanden mit Missbrauchserfahrungen für erforderlich gehalten.

Die Klinik verfügt über Räume und Werkstatt mit einer breiten Ausstattung für die ergotherapeutischen Maßnahmen. Auf die Gestaltung des Außenbereiches der Klinik wird Wert gelegt.

Die medizinische Abteilung verfügt über die üblichen Räume für Ärzte, Physiotherapeut und Pflegepersonal. Es besteht der Zugriff auf alle derzeit in der ambulanten und stationären Versorgung zur Verfügung stehenden Geräte (auch zu medizinischen Großgeräten) sowie das entsprechende Fachwissen. Eine Notfallausstattung (Notarztkoffer, AED) und ein Überwachungsraum mit höhenverstellbaren Pflegebett sind vorhanden.

Es existiert eine gute Verkehrsanbindung bzw. ein Fahrdienst. Die Rehabilitationseinrichtung ist damit auch für die Rehabilitation im ganztägig ambulanten Modus geeignet.

Die Lage der Klinik fördert die Vernetzung mit anderen Angebotsformen des Suchthilfesystems.

Barrierefreiheit ist gegeben. Die Klinik ist rollstuhlfähig und zur Behandlung von Rollstuhlfahrern geeignet. Für große oder adipöse Rehabilitanden gibt es 10 Zimmer mit überlangen Betten und stabilem Lattenrost.

Im Besonderen sind vorhanden:

- Raum für Labordiagnostik mit überwachter Urinabgabe
- Raum für Injektionen, Blutentnahme, Wundversorgung und EKG
- Vortragsräume
- Seminar- und Gruppenräume für Gruppentherapie und Entspannungstraining
- Raum für Einzelkrankengymnastik
- Raum für Gruppengymnastik, Rücken- und Gelenkschulung
- Räume für gerätegestützte Trainingstherapie
- Räume für Belastungserprobung und Arbeitsplatzberatung
- Räume für Masseur, Medizinische Bäder, Elektrotherapie
- Räume für Ergotherapie
- Räume für Sozialarbeiter und Reha-Fachberater
- Raum für Diätassistenten und Lehrküche
- Ruheräume für ganztägig ambulante Rehabilitanden mit Ruhesessel
- Aufenthaltsräume mit Fernseher und Teeküche
- Speisesaal
- PC-Raum mit Internetzugang
- Ausstattung mit Notrufanlage
- Dienstzimmer (Ärzte, Psychologen, Therapeuten)
- Besprechungsräume
- Gemeinschaftsräume für die Freizeitgestaltung (Billard, Kicker, Dart, Tischtennis)
- Möglichkeiten für Sporttherapie im Freien
- Sporthalle und Saunabereich (geplant)
- Cafeteria mit kostenlosem W-LAN
- Möglichkeiten zur Arbeit im Außenbereich

Die technische Ausstattung ermöglicht eine funktionsbezogene Leistungsfeststellung gemäß individueller Situation des Rehabilitanden (Fallbezug und ICF-Bedarfsfeststellung).
Im Einzelnen sind folgende Räumlichkeiten vorgesehen:

**(a) Gebäudeteil „Wohnen“
(80 stationär + 20 ganztägig ambulant)**

4 Abteilungen zu je 25 Rehabilitanden (20 stationär/5 ganztägig ambulant).

Für jede Abteilung:

- 20 Einzelzimmer (jeweils mit Nasszelle/je 20 qm)
- 2 Gruppenräume (je 30 qm)
- 2 Ruheräume mit Nasszelle für ganztägig ambulante Rehabilitanden (20 qm)
- 1 Aufenthaltsraum mit Teeküche (30 qm)
- 1 Hauswirtschaftsraum für Reinigungsmaterial, Wäsche, Bügelbrett etc. (10 qm)
- 3 Lagerräume (4 qm)
- 1 Außenbereich/Balkon (25-60 qm).

(b) Gebäudeteil „Medizin/Pflegedienst/Psychotherapie“

- 1 Chefarztzimmer (22 qm)
- 1 Untersuchungsraum (12 qm)
- 3 Arztzimmer mit Untersuchung (je 20 qm)
- 1 Pflegedienstzimmer (46 qm)
- 1 Überwachungsraum mit 2 Betten und Nasszelle (30 qm)
- 1 Sekretariat (15 qm)
- 1 Funktionsraum (16 qm)
- 1 Labor (13 qm)
- 1 WC zur kontrollierten Urinabgabe (6 qm)
- 1 Beratungszimmer (17 qm)
- 1 Besucherraum (20 qm)
- 1 Sozialraum mit Teeküche (21 qm)
- 1 Behandlungsraum Physiotherapie (16 qm)
- 2 Bäder (je 11 qm)
- 1 Lagerraum (18 qm)
- 1 Bürotechnik (7 qm)
- 1 Ruheraum für Nachtwachen mit Umkleide und Nasszelle (20 qm)
- 6 Mitarbeiterzimmer für Psychotherapeuten (je 16 qm)
- 2 Mitarbeiterzimmer für Psychotherapeuten (je 20 qm)
- 1 Mitarbeiter WC-Anlage (18 qm)
- 1 Konferenzraum mit Teeküche (58 qm)
- Wartezone in den Flurbereichen.

(c) Gebäudeteil „Verwaltung“

- 1 Mitarbeiterzimmer (14 qm)
- 1 Geschäftszimmer (26 qm)
- 1 Schreibbüro (17 qm)
- 1 Raum für FSJ/BFD/Praktikanten (17 qm)
- 1 Raum Bürotechnik (14 qm)

- 1 Archiv (6 qm)
- 1 Postraum (5 qm)
- 1 Raum EDV-Anlage/Videoüberwachung (16 qm)
- 1 Foyer (mit Empfang und Postverteilungsanlage; 110 qm)
- 1 Kofferraum (4 qm)
- 1 Sozialraum (25 qm)
- 1 WC-Anlage (20 qm).

(d) Gebäudeteil „Ergotherapie/Wirtschaftsdienst/Haustechnik“

(1) Ergotherapie (im Hauptgebäude)

- 1 Mitarbeiterzimmer (13 qm)
- 1 Lehrküche (46 qm)
- 1 Raum für Kunsttherapie/Gestaltungsarbeit mit Büro (53qm)
- 1 Lagerraum für Material (10 qm)
- 1 Raum für Gestaltungsarbeiten (30 qm)
- 1 PC-Labor (21 qm)

(2) Ergotherapie/Haustechnik (außerhalb des Hauptgebäudes)

- 1 Werkhalle mit Fahrradwerkstatt (115 qm)
- 1 Werkzeug- und Materiallager (39 qm)
- 1 Materiallager (15 qm)
- 1 Schweißraum (11 qm)
- 1 Schleifraum (11 qm)
- 2 Umkleiden je mit Dusche und WC sowie Behinderten WC (45 qm)
- 1 Merzweckraum Arbeitstherapie/Hauswirtschaft mit Trennwand (40 qm)
- 3 Mitarbeiterbüros/Hausmeister (je 15 qm)
- 1 Mitarbeiterbüro (21 qm)
- 1 Lagerraum (4 qm)
- 1 WC-Anlage mit Garderobe (20 qm)
- 1 Lagerraum für sonstige Gartengeräte (16 qm)
- 1 Abstellraum (6 qm)

(3) Wirtschaftsdienst

- 1 Vollküche (64 qm)
- 1 Spülküche (20 qm)
- 1 Speiseraum (140 qm) mit Essensausgabe (35 qm)
- 1 Trockenlager (14 qm)
- 1 Kühllager (30 qm)
- 1 Lagerraum (15 qm)
- 1 Sozialraum (14 qm)
- 1 Mitarbeiterzimmer (12 qm)
- 1 Raum für Waschmaschinen/Trockner der Rehabilitanden (21 qm)
- 1 Raum für Hauswäsche (12 qm)
- 1 Raum für Wäscheanlieferung (15 qm)
- 1 Raum für Schmutzwäsche (13 qm)
- 2 Umkleideräume mit WC und Dusche (je 14 qm)

(e) Gebäudeteil Sport und Freizeitbereich

- 2 Fitness-/Gymnastikräume (je 31 qm)
- 2 Umkleieräume mit Nasszelle (je 12 qm)
- 1 WC-Anlage (20 qm)
- 1 Lagerraum (10 qm)
- 1 Sporthalle mit Sauna (geplant)
- 1 Außen-Sportanlage (geplant)
- 1 Cafeteria (80 qm) mit Nebenraum (8 qm)
- 1 Lagerraum Cafeteria (14 qm)
- 2 Freizeiträume (je 30 qm)
- 1 WC-Anlage mit Behinderten WC (14 qm)

7. Kooperation und Vernetzung

Kooperationen und Vernetzungen sind bei den langwierigen Behandlungsprozessen von Suchtkranken von entscheidender Bedeutung. Isolierte Therapiemaßnahmen würden den komplexen Störungsbildern und der besonderen sozialen Situation der Rehabilitanden nicht gerecht werden.

7.1. Suchthilfesystem

Die Kooperation der Fachklinik erfolgt in folgenden regionalen und überregionalen Systemen:

- Regionaler Therapieverbund „Kombi-Nord“ (DRV Oldenburg-Bremen, DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord,).
- Suchtkrankenhilfesysteme des Diakonischen Werkes Oldenburg.

Kombi-Nord strebt eine Optimierung der Rehabilitation von Suchtkranken an, indem die Erreichbarkeit der Rehabilitanden verbessert und eine engere Zusammenarbeit der in der Entwöhnungsbehandlung tätigen Institutionen und Personen gefördert wird. Besonders die Übergänge zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen sowie der Ausbau und die Vernetzung ambulant-stationärer Therapieangebote stehen dabei im Vordergrund. Hierzu dienen u.a. Übergabegespräche in Form einer Dreierkonferenz (Rehabilitand, bisheriger Behandler, zukünftiger Behandler) sowie der regelmäßige Kontakt der Behandler mit dem Ablauf-Controller (Fallmanager).

Eine wohnortnahe Versorgung innerhalb eines regionalen Netzwerkes ist dem Therapieverbund wichtig.

Herzstücke der Verbundarbeit bei Kombi-Nord sind die sogenannten (regionalen) Qualitätszirkel, die die Funktion von Steuerungsgruppen haben (Tielking et al. 2003). Die Fachklinik ist Mitglied eines Qualitätszirkels Kombi-Nord, in der sich regelmäßig verschiedene ambulante und stationäre Einrichtungen einer Region im norddeutschen Raum treffen.

Kombi-Nord als Verbundsystem strebt an, die Entwöhnungsbehandlung in Modulen durchzuführen. Die Kombination verschiedener Therapieintervalle (ambulant, ganztägig ambulant, stationär, Adaption) nimmt Rücksicht auf die Motivationslage und die Bedürfnisse

der Rehabilitanden. Die Art und die zeitliche Länge der Module sowie ihre Reihenfolge können individuell abgestimmt werden. Während der Behandlung kann flexibel und kurzfristig auf die verschiedenen Notwendigkeiten im Therapieprozess reagiert werden. Der Rehabilitand wird durch die Mitarbeiter der einzelnen Verbundeinrichtungen in den verschiedenen Phasen seiner Rehabilitation begleitet.

Kombi-Nord hat das Ziel, sich über unterschiedliche Behandlungsmodelle auszutauschen, sich über fachliche Notwendigkeiten abzustimmen und geeignete Kooperationsmodelle zu entwickeln. Zu diesem Zweck finden in der Klinik auch Fachtagungen und Weiterbildungsveranstaltungen zu bestimmten Themen statt, die den Kooperationspartnern offenstehen.

Unabhängig davon, ob die zuweisende Stelle eines Rehabilitanden Kooperationspartner der Fachklinik Weser-Ems im Therapieverbund „Kombi-Nord“ ist oder nicht, finden regelmäßig zu Beginn, in der Mitte sowie am Ende der Therapie Gespräche zwischen den Mitarbeitern der zuweisenden Stelle und der Klinik statt (auch telefonisch). Die Klinik verfügt über ein entsprechendes Videokonferenzsystem. In diesen Gesprächen wird gemeinsam eine Standortbestimmung zusammen mit dem Rehabilitanden erarbeitet. Die geltenden Datenschutzbestimmungen werden berücksichtigt.

Es wird auch abgestimmt, inwieweit Angehörige, Betreuer oder Mitarbeiter des Betriebes, in dem der Rehabilitand tätig ist, in den therapeutischen Prozess einzubeziehen sind. Des Weiteren wird die Zukunftsplanung besprochen (einschließlich der Behandlungsstrategie in der nachstationären Behandlung bzw. Betreuung z.B. Adaptionenmaßnahme).

Im Geschäftsbereich Suchthilfe des Diakonischen Werkes Oldenburg befindet sich ein Wohnheim für chronisch mehrfachbeeinträchtigte Abhängige (CMA-Wohnheim am Friedensplatz, Brake).

7.2. Medizinisches/psychosoziales Versorgungssystem

Zusätzlich besteht auch eine enge Kooperation mit medizinischen oder psychosozialen Hilfeeinrichtungen außerhalb des Suchtbereiches:

- ambulante und stationäre medizinische Facheinrichtungen (niedergelassene Ärzte, Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten, MVZ, Akutkliniken)
- Einrichtungen zur beruflichen Förderung
- spezielle Beratungsstellen.

Die Klinik arbeitet eng mit den Entzugsabteilungen der regionalen Kliniken zusammen.

Ebenfalls unabhängig vom Verbundsystem ist die Zusammenarbeit mit komplementären Einrichtungen (sozialtherapeutische Übergangswohnheime, Betreutes Wohnen, Werkstätten für Menschen mit einer Behinderung, Pflegeheime, etc.) von Bedeutung. Gerade für Rehabilitanden mit schwereren Störungsbildern kann die Unterbringung in einer - der stationären Therapie - folgenden Einrichtung notwendig sein, da ihnen eine nahtlose Integration in das gesellschaftliche Leben (noch) nicht ohne Hilfestellung möglich ist.

7.3. Arbeits-/berufsbezogene Strukturen

Um arbeitslosen Rehabilitanden während der Entwöhnungsbehandlung die Möglichkeit einer Belastungserprobung in externen Betrieben zu geben, bestehen mit verschiedenen Firmen der Region Kooperationsvereinbarungen. Die Klinik kooperiert mit der Bundesagentur für Arbeit und mit dem Berufsförderungswerk Bookholzberg. Zudem bestehen Kooperationsverträge mit regionalen Jobcentern.

7.4. Selbsthilfe

Selbsthilfegruppen sind ein unverzichtbarer Bestandteil jeder Suchtkrankenbehandlung. Aus diesem Grund besteht zwischen der Fachklinik und verschiedenen Selbsthilfeverbänden der Region eine enge Kooperation. Die Selbsthilfegruppen präsentieren sich regelmäßig in der Klinik und führen Veranstaltungen durch.

8. Maßnahmen der Qualitätssicherung

Qualitätsmanagement (QM) und Qualitätssicherung (QS) sind unverzichtbare Bestandteile der Rehabilitationsbehandlung der Fachklinik Weser-Ems. Erst das Zusammenspiel von externer Qualitätssicherung und internem Qualitätsmanagement ermöglicht eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung.

8.1 Externe Qualitätssicherung

Die Teilnahme an den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Deutschen Rentenversicherung ergibt sich unmittelbar aus den Vorgaben des SGB. Zu den Pfeilern der externen QS gehören:

- Erhebung der Strukturqualität
- Peer Review-Verfahren
- Rehabilitandenbefragung
- Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)
- Therapiestandards für die medizinische Rehabilitation (ETM)
- Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation
- Laufzeit der ärztlichen Entlassungsberichte
- Rehabilitandenstruktur
- Visitationen.

(a) Strukturqualität

Die Einrichtung beteiligt sich an den Programmen zur Strukturhebung für stationäre Reha-Einrichtungen. Ziel der Strukturhebung ist die Abbildung der personellen, technischen, baulichen, diagnostischen und therapeutischen Ressourcen sowie prozessnaher Strukturmerkmale in den Rehabilitationseinrichtungen. Unter den Strukturmerkmalen wird berichtet, welche Leistungen in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt werden.

(b) Peer-Review-Verfahren

Im Peer Review wird der individuelle Rehabilitationsprozess anhand von zufällig ausgewählten ärztlichen Entlassungsberichten und individuellen Therapieplänen durch erfahrene Ärztinnen und Ärzte der entsprechenden Fachrichtung (Peers) bewertet. Für die Begutachtung des Einzelfalls wurde eine Checkliste qualitätsrelevanter Prozessmerkmale

entwickelt, deren Bewertungskriterien in einem Manual dargelegt sind. Auch eine zusammenfassende Bewertung des gesamten Rehabilitationsprozesses wird vorgenommen. Die Rückmeldungen aus den Reviews werden genutzt, um die Qualität der Behandlung zu steigern.

(c) Rehabilitandenbefragung

Befragungen zur Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot und dem Erfolg der Rehabilitation geben den Rehabilitanden die Möglichkeit, ihre Einschätzung zu verschiedenen Aspekten ihrer Rehabilitation zu äußern und sich damit an der Qualitätssicherung zu beteiligen.

(d) Dokumentation therapeutischer Leistungen (KTL)

Art und Umfang von Rehabilitationsleistungen werden mit Hilfe der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL; DRV BUND 2014) kodiert.

(e) Reha-Therapie-Standards für die medizinische Rehabilitation

Standards leisten als Bestandteil der Qualitätssicherung einen Beitrag zur Vermeidung von Versorgungsdefiziten und erhöhen die Transparenz von Gesundheitsleistungen. Die von der Rentenversicherung entwickelten Standards für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen finden Eingang in die Rehabilitationsleistung der Fachklinik Weser-Ems

(f) Sozialmedizinischer Verlauf nach medizinischer Rehabilitation

Als weiterer Indikator für Effizienz und Effektivität der Rehabilitation dienen Reha-Verlaufs-Statistiken, die von der gesetzlichen Rentenversicherung auf der Basis ihres Datenbestandes erstellt werden und der Einrichtung zur Verfügung gestellt werden.

(g) Laufzeit der ärztlichen Entlassungsbrieфе

Die Daten der Laufzeiterhebung dienen der unmittelbaren Sicherung von Qualität in der Kommunikation mit dem Leistungsträger.

(h) Rehabilitandenstruktur

Die zur Verfügung stehenden Daten über die Rehabilitandenstruktur finden direkt Eingang in die Arbeit der Fachklinik Weser-Ems und dienen der Anpassung von Arbeitsstrukturen.

(i) Visitationen

Die Ergebnisse der Visitationen zeigen die Erfüllung der Vorgaben der Leistungsträger und bilden die Grundlage für kontinuierliche Verbesserungen.

8.2 Internes Qualitätsmanagement

Das interne Qualitätsmanagement der Fachklinik Weser-Ems ist nach den Vorgaben der Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2a SGB IX zertifiziert. Der Zertifizierung zu Grunde gelegt ist das von der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation anerkannte Verfahren „Qualitätssiegel GSB Reha“. Des weiteren orientiert sich das Qualitätsmanagement an der international gültigen Qualitätsmanagement-Norm DIN EN ISO 9001 sowie am Bundesrahmenhandbuch Diakonie Siegel Medizinische Rehabilitation, das in Kooperation des Diakonischen Instituts für Qualitätsentwicklung (DQE) mit dem Gesamtverband Suchtkrankenhilfe (GVS) entwickelt wurde.

(a) Strukturqualität

Basis der Rehabilitationsbehandlung ist das wissenschaftliche Therapiekonzept auf Grundlage einer evidenzbasierten Medizin. Dabei berücksichtigen wir zusätzlich genderspezifische Ansätze in der Behandlung.

Die Ausbildung der Mitarbeiter und der Personalstand misst sich an den Vorgaben der DRV. Die Meldung des Personalstands an die DRV erfolgt vierteljährlich.

Fortbildungen finden sowohl klinik- und verbundintern, als auch über den Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe (BUSS), den Gesamtverband der evangelischen Suchtkrankenhilfe (GVS) sowie die Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS) statt. Interne Qualitätszirkel zu den Bereichen Aufnahme, Behandlung, Diagnostik, Behandlungspfade und Behandlungsevaluation werden eingerichtet und interdisziplinär besetzt. Sie berichten regelmäßig und arbeiten externe Hinweise auf Qualitätsverbesserungen ein. Die systematische Reflexion der Ergebnisse im internen QM erfolgt kontinuierlich.

Supervision ist ein notwendiger und wichtiger Bestandteil der therapeutischen Arbeit. Neben regelmäßigen Fallbesprechungen und interner kollegialer Supervision im interdisziplinär besetzten Team findet kontinuierliche externe Supervision statt.

Kontinuierliche Personalentwicklung durch die Klinikleitung gewährleistet die langfristige Bindung hochqualifizierter Mitarbeiter und trägt zur Mitarbeiterzufriedenheit bei.

Sicherheitsbeauftragte sowie Hygienebeauftragte sorgen in der Einrichtung für die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Ein schriftlicher Hygieneplan besteht für die Einrichtung. Unterstützt werden diese durch externe Fachkräfte (Fachkraft für Arbeitssicherheit/Arbeitsmediziner). Es finden regelmäßige Sitzungen des Arbeitsschutzausschusses statt.

Umweltbewusstes Handeln ist Teil der Arbeitskonzeption und bezieht alle Handlungsebenen ein.

Die Gebote der Wirtschaftlichkeit werden beachtet. Die wirtschaftliche Planung der Einrichtung geschieht nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen und unterliegt einer jährlichen Prüfung durch einen unabhängigen Dritten.

(b) Prozessqualität

Der gesamte Rehabilitationsverlauf wird in einem qualitätsgesicherten System dokumentiert. Darin werden insbesondere alle anamnestischen, diagnostischen und rehabilitationsspezifischen Daten aufgenommen. Die fortlaufende Statistik, Katamnese und Evaluation werden zeitnah über EDV gesichert.

Die Gewährleistung einer hohen Prozessqualität erfolgt durch Prozessbeschreibungen und die kontinuierliche Rückkoppelung von Daten an alle Prozessbeteiligten analog der geschaffenen Prozessabläufe und -pfade. Hierzu dienen ergänzend Dienstbesprechungen der Klinikleitung sowie regelmäßige Fallbesprechungen in den interdisziplinären Mitarbeiter-teams, die sowohl der fortlaufenden Therapiekontrolle als auch der Therapieentwicklung im Sinne der Qualitätssicherung und Evaluation dienen.

(c) Ergebnisqualität

Ständige interne Kontrollen der Ergebnisqualität finden in regelmäßigen Treffen der leitenden Mitarbeiter und der Qualitätszirkel statt. Die daraus resultierenden Veränderungsvorschläge werden an die Mitarbeiter weitergegeben, diskutiert und nachfolgend umgesetzt.

Die Dokumentation der Behandlung wird zusätzlich in einem Dokumentationssystem durchgeführt. Weitere Impulse erfährt die Entwicklung der Ergebnisqualität aus den Daten der externen Qualitätssicherung der DRV, die in regelmäßigen Abständen in die internen Abläufe einfließen.

(d) Datenschutz

Bei der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation fallen vielfältige personenbezogene Daten an. Sozialdaten sowie medizinische Daten unterliegen besonderen Geheimhaltungspflichten. Ziel und Zweck des Datenschutzes ist der Schutz personenbezogener Daten im Sinne des im Grundgesetz beschriebenen Rechts auf informationelle Selbstbestimmung unter Berücksichtigung der datenschutzrelevanten Bestimmungen des SGB. Ein Betriebsbeauftragter für den Datenschutz ist benannt.

(e) Hygienemanagement

Ziel des Hygienemanagements ist es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Die innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene sind in einem Hygieneplan festgelegt. Berücksichtigt werden Rechtsregelungen auf EU-, Bundes- und Landesebene sowie die fachlichen Empfehlungen des Robert Koch-Institutes (RKI) und anderer Fachgesellschaften. Ein Hygienebeauftragter (Arzt oder Gesundheits- und Krankenpfleger) ist benannt. Der Hygienebeauftragte ist Teilnehmer des Arbeitsschutzausschusses.

(f) Beschwerdemanagement

Ziel des Beschwerdemanagements ist es, die Belange des Beschwerdeführers ernst zu nehmen, der Beschwerde nachzugehen und den Beschwerdeführer zufrieden zu stellen. Dabei soll der Grund für die Beschwerde als möglicher Fehler erkannt und für Verbesserungen genutzt werden. Das Beschwerdemanagement der Klinik ist im internen Qualitätsmanagement in einer Verfahrensanweisung geregelt. (Siehe Anlage 4)

(g) Dokumentation

Die Gutachtenakte (Rehabilitandenakte der Leistungsträger) verbleibt bis zur Aufnahme im Aufnahmewesen (Aufbewahrung im Stahlschrank). Zur Aufnahme werden wesentliche externe Berichte (z. B. Sozialberichte, Befundberichte o. ä.) gescannt und in die elektronische Rehabilitandenakte (PATFAK) importiert. Der Zugang zur elektronischen Rehabilitandenakte ist über die programmeigene Rechteverwaltung geregelt. Die angelegte medizinische Akte (in Papierform) muss immer in einem Stahlschrank gesichert aufbewahrt werden. Inhalte dürfen weder kopiert noch in Hilfsakten (Verwaltung, Psychotherapie) abgelegt werden. Zugang haben Ärzte, Pflegepersonal sowie (bei Bedarf) die Bezugstherapeuten. Die Führung der medizinischen Akte obliegt dem Bereich Medizin. Nach Entlassung wird die Akte an den Schreibdienst weitergeleitet. Auch hier erfolgt die Aufbewahrung in einem gesicherten Stahlschrank.

Mitglied im Qualitätsverbund

Die Fachklinik Weser-Ems ist Mitglied im Qualitätsverbund Suchthilfe der Diakonie. Der Qualitätsverbund ist eine Initiative der Evangelischen Landesarbeitsgemeinschaft für

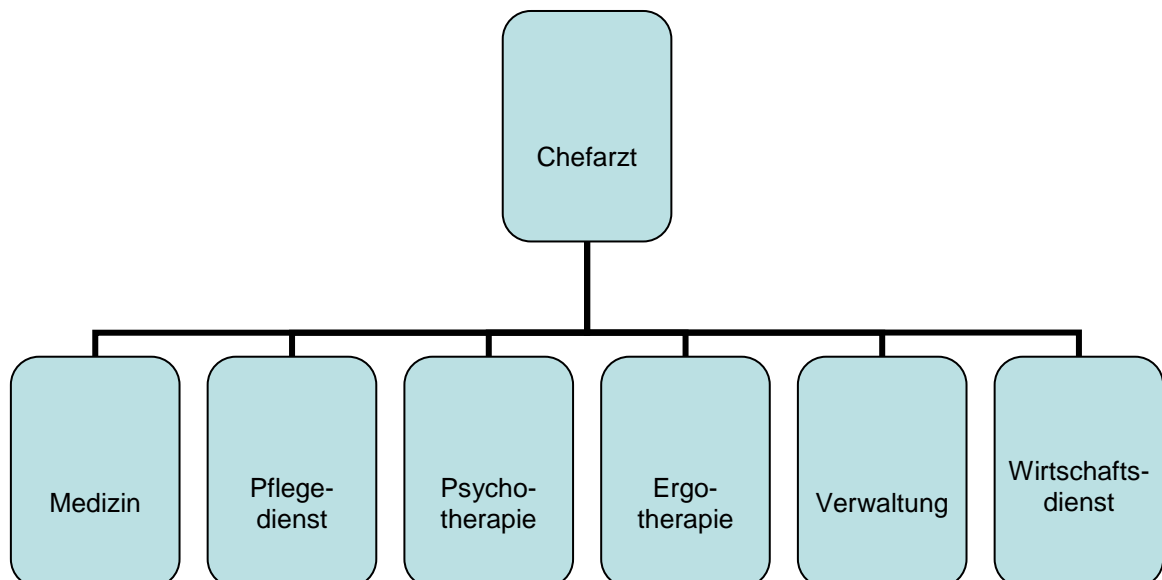
Suchtfragen (ELAS). Die Mitgliedschaft ist per Marken-Lizenzvertrag geregelt. Zu den Aktivitäten im Qualitätsverbund gehören

- Rehabilitandenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- QM-System-Audits und
- Qualitätsverbund-Treffen.

Der Qualitätsbeauftragte der Fachklinik Weser-Ems nimmt regelmäßig an den Verbund-Treffen teil. Zweck des Qualitätsverbund-Treffens ist der Erfahrungsaustausch zu Vorgehensweisen und Ergebnissen des Qualitätsmanagements verschiedener diakonischer Suchthilfeeinrichtungen mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des jeweiligen internen QM-Systems.

9. Kommunikationsstruktur, Klinik- und Therapieorganisation

Der Arbeit in unserer Fachklinik liegt folgendes Organigramm zugrunde:



Besprechungskultur

Der hausinternen Besprechungskultur dienen folgende Veranstaltungen:

- Fallbesprechung (Gruppentherapeuten, Arzt, Arbeitstherapeut)
- Interne Fortbildung
- Interne Fallsupervision
- Bereichskonferenzen (alle Mitarbeiter eines Bereiches)
- Hauskonferenz (Chefarzt und Bereichsleiter)

Alle Arbeitsbesprechungen und Konferenzen werden durch Protokolle dokumentiert. Datenschutzrechtliche Vorschriften sind im Rahmen des Qualitätsmanagement dargestellt.

10. Notfallmanagement

Das Konzept für das Notfallmanagement (s. Anlage 5, mit Ablaufdiagramm) der Fachklinik Weser-Ems basiert auf folgenden Grundlagen:

- 24-stündige Präsenz des Pflegepersonals am Standort. Übergaben zwischen den Schichten sind geregelt und werden dokumentiert.
- Die diensthabenden Mitarbeiter sind in Erste-Hilfe einschließlich CPR ausgebildet. Erste-Hilfe- und Notfallübungen werden jährlich durchgeführt.
- Die Notfallversorgung ist in Zusammenarbeit mit dem diensthabenden Bereitschaftsarzt, dem kassenärztlichen Notdienst, dem Rettungsdienst, der Feuerwehr, der Polizei und den umliegenden Akutkrankenhäusern gewährleistet (Alarmierung siehe anhängender Prozessplan). Der Notfallplan ist allen Mitarbeitern bekannt und Teil des internen Qualitätsmanagements.
- Standardnotfallkoffer („Ulmer Koffer“) mit Absaugmöglichkeit, Sauerstoffflasche und einem Defibrillator (AED) sind im Pflegedienstzimmer vorhanden. Die Notfallausrüstung wird regelmäßig auf ihre Einsatzfähigkeit überprüft.
- In allen Räumen, in denen sich Rehabilitanden alleine aufhalten können, sind Notrufanlagen gem. Richtlinien der Deutschen Rentenversicherung angebracht.
- In allen Rehabilitandenzimmern sind Fluchtpläne angebracht. Alle Fluchtwege werden täglich auf Durchgang geprüft.
- Die Türen der Rehabilitandenzimmer sind mit einer zentralen Schließanlage ausgestattet, um im Notfall Zutritt zu gewährleisten.
- In Bereichen mit erhöhter Unfallgefahr befinden sich Erste-Hilfe-Kästen.
- Die Einhaltung der Brandschutzbestimmungen wird regelmäßig durch Fachkräfte überprüft.
- Die Standorte notfallspezifischer Anlagen (Feuerlöscher, Notfallkoffer, Defibrillator, Erste-Hilfe-Kästen, Brandmeldeanlage, Gas/Wasserabspernung etc.) sind allen Mitarbeitern bekannt und zugänglich.
- Informationen über wichtige Notrufnummern sind im Dienstzimmer vorhanden.
- Notfälle sind in die entsprechenden Dokumentationen einzufügen.

11. Fortbildung

Die interne Fort- und Weiterbildung dient der Aktualisierung und Erweiterung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten und informiert über neue ambulante und klinische Behandlungsformen. Sie beschäftigt sich insbesondere mit aktuellen medizinischen, psychotherapeutischen und ergotherapeutischen Forschungsergebnissen sowie Themen der Sozialarbeit.

Weiterhin werden Fortbildungen mit externen Referenten als Indoor-Schulungen durchgeführt.

Mitarbeiter können bei Notwendigkeit auch externe Fort- und Weiterbildungsangebote wahrnehmen. Als wichtiges Instrument der Bedarfsermittlung und der Fort- und Weiterbildungsplanung werden die Mitarbeitergespräche angesehen. Diese dienen neben der Ermittlung der Zufriedenheit und der Steuerung von Zielerwartungen auch zur Personalentwicklung. Durchgeführte Mitarbeitergespräche werden im Fort- und Weiterbildungsplan erfasst. Der Bedarf an Fort- und Weiterbildung kann sich u. a. ergeben aus:

- Wissenschaftlichen Fortschritten
- Weiterentwicklung des therapeutischen Konzeptes
- Stellenanforderungen
- strategischen Planungen
- Änderungen der Anforderungen der Leistungsträger
- Vorgaben bzw. Veränderungen sonstiger Anforderungen (Gesetze, Verordnungen o. ä.)
- Einführung neuer Software
- Mitarbeitergesprächen / Wünsche von Mitarbeitern
- Rückmeldungen aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz und dem Notfallmanagement.

12. Supervision

Interne Fallsupervision unter Leitung des Chefarztes oder seines Stellvertreters wird vierzehntäglich verpflichtend für alle Gruppentherapeuten und Ärzte durchgeführt.

Externe Fallsupervision durch einen qualifizierten Supervisor ist alle zwei Monate für therapeutisch tätige Mitarbeiter (Gruppentherapeuten/Ärzte) verpflichtend.

13. Haus- und Therapieordnung

Die Hausregeln der Klinik sollen klar, transparent und übersichtlich, der Umgang damit sicher, wertschätzend und konsequent sein. Die Hausordnung soll Mitarbeitern und Rehabilitanden Orientierung bieten. Positives Verhalten soll verstärkt, dissoziales Verhalten abgebaut werden (s. Anlage 6).

Literatur

ADINOFF, B.: Neurobiologic Process in Drug Reward and Addiction, Harv. Rev. Psychiatry, 12 (6), 305-320, 2004

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation): Rahmenempfehlungen zur ambulanten Rehabilitation bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Frankfurt 2004

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation; Hrsg.): Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen, Heft 12, Frankfurt 2006

BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation): ICF-Praxisleitfaden, 2. Auflage, Frankfurt 2007

BÜHRINGER, G.: Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. In: MARGRAF, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, Springer, Berlin 2000

BYRON, K.: A meta-analytic review of work-family-conflict and its antecedents. In: Journal of Vocational Behavior 67, S. 169-198, 2005

DHS (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen; Hrsg.): Jahrbuch Sucht 2008, Neuland, Geesthacht 2008

DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information; Hrsg.): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO), München 2005

DRV - Braunschweig-Hannover (Deutsche Rentenversicherung Braunschweig-Hannover): Modulare Kombinationsbehandlung im regionalen Therapieverbund, Braunschweig-Hannover 2005

DRV-Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund): Grundsätze und Anwendungsempfehlungen der gesetzlichen Rentenversicherung zur ambulanten medizinischen Rehabilitation, Berlin 2001.

DRV-Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund): Leitlinien zur Rehabilitationsbedürftigkeit bei Abhängigkeitserkrankungen, 2. Fassung, Berlin 2005

DRV-Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund): Kommission zur Weiterentwicklung der Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung – Abschlußberichte Band III – Arbeitsbereich „Rehabilitationskonzepte“ – Teilband 3 „Psychische und neurologische Erkrankungen“ – Arbeitsgruppe 1 „Sucht“ (Teil I – Seite 621-721), Berlin 2006 (a)

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Anforderungsprofil für eine stationäre Einrichtung zur medizinischen Rehabilitation von Alkoholabhängigen mit 100 Rehabilitationsplätzen, Berlin 2006 (b)

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit, Berlin 2007 (a)

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung, Berlin 2007 (b)

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Leitlinie für die stationäre und teilstationäre Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit (Pilotversion) – Modulare Therapiestandards zur Reha-Qualitätssicherung, Berlin 2007 (d)

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit, Berlin 2011

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung, Berlin 2012

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), Berlin 2014

DRV-BUND (Deutsche Rentenversicherung Bund): Empfehlung zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker, Berlin 2015

EBERWEIN, W.: Humanistische Psychotherapie: Quellen, Theorien und Techniken, Thieme, Stuttgart 2009

ERNST, H.: Das Stressparadox, Psychologie heute, 7, 2000

FÖHRES, F. et al.: Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit (MELBA), Miro GmbH, Siegen 2003

GAHLEITNER, S.B.; GUNDERSON, C.L. (Hrsg.): Frauen, Trauma, Sucht, Asanger Verlag 2008

GERWINN, H.: in: BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation): Berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation, Frankfurt 2000

GRAWE, K.: Psychotherapie im Wandel - von der Konfession zur Profession, Hogrefe, Göttingen 1994

GRAWE, K.: Neuropsychotherapie, Hogrefe, Göttingen 2004

HEIGL-EVERS, A.: Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurzzeittherapie bei Suchtkranken, Nicol, Kassel 1977

KERNBERG, O. F.: Innere Welt und äußere Realität, Klett-Cotta, Stuttgart-München 1988

KERNBERG, O. F.: Schwere Persönlichkeitsstörungen, Klett-Cotta, Stuttgart-München 2006

KOOB, G.F.; MOAL, M.: Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis, Neuropsychopharmacology, 24,97-129, 2001

KNOLL, A.: Sucht – was ist das?, Blaukreuz, Kassel 2002

- KRAUS, L.; AUGUSTIN, R.: Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Deutschland, Sucht 51, Sonderheft 3, 2005
- MEIL, W.M.; SEE, R.E.: Lesions of the basolateral amygdala abolish the ability of drug associated cues to reinstate responding during withdrawal from self-administered cocaine, Behav. Brain Res., 87,139-48, 1997
- MILLER, W.R.; ROLLNICK, S.: Motivierende Gesprächsführung: Ein Konzept zur Beratung von Menschen mit Suchtproblemen, Lambertus, Freiburg im Breisgau 2005
- NUBER, U.: Depression: die verkannte Krankheit, DTV, Frankfurt 2006
- OPASCHOWSKI, H.W.: Einführung in die Freizeitwissenschaft, Leske & Budrich, Opladen 1994
- OPD-2 (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik), Huber, Bern 2009
- PASSET, P.: Gedanken zur Narzissmuskritik, in: Die neuen Narzißmustherorien: zurück ins Paradies, Syndikat, Frankfurt 1981
- ROEDIGER, E.: Praxis der Schematherapie, Schattauer, Stuttgart 2009
- ROST, W.D.: Psychoanalyse des Alkoholismus, Klett-Cotta, Stuttgart-München 2001
- ROTHMAN, R.B.; BLOUGH, B.E.; BAUMANN, M.H.: Dual Dopamin/Serotonin Releasers as Potential Medications for Stimulate and Alcohol Addictions, AAPS Journal, 9 (1), E1-10, 2007
- RUDOLF, G.: Strukturbezogene Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart 2013
- SCHAUB, H.A.: Klinische Sozialarbeit, V & R unipress, Göttingen 2007
- SCHIEPEK, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie, von Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1999 a
- SCHIEPEK, G.: Neurobiologie der Psychotherapie, Schattauer, Stuttgart 2003
- SCHMIDT, L.: Alkoholkrankheit und Alkoholmissbrauch, Kohlhammer, Stuttgart 1997
- SCHUNTERMANN, M.F.: Einführung in die ICF – Grundkurs, Übungen, offene Fragen, ecomed Medizin, Landsberg 2007
- SELYE, H.: Stress: Bewältigung und Lebensgewinn, Piper, München 1988
- SIMON, F.B.: Die andere Seite der Gesundheit: Ansätze einer systematischen Krankheits- und Therapietheorie, Carl-Auer-Systeme, Heidelberg 2001
- TIELKING, K.; KUSS, G. (Hrsg.): Vernetzung von Behandlungsangeboten in der Rehabilitation Alkoholabhängiger, Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg, Oldenburg 2003

VOGEL, H.; NEUDERTH, S.: in: BAR (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation): Berufsbezogene Maßnahmen in der Rehabilitation, Frankfurt 2000

VOSSHAGEN, A. ; Die enge Beziehung zwischen Männlichkeit(en) und Sucht: Ansätze zur Entkoppelung, Vortrag bei der Fachtagung Gender Sucht Mainstream, 2010 Bremen.

WEISS, T.: Familientherapie ohne Familie, Kösel, München 2008

WHO; DILLING, H. et al. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Kapitel V; F), Huber, Bern 2011

WRASE, J. ; GRÜSSER, S.M.; HEINZ, A.: Reizinduziertes Alkoholverlangen, Nervenarzt, 77,1051-1063, 2006

YOUNG, J.; KLOSKO, J.; WEISHAAT, M.: Schematherapie. Ein Praxisorientiertes Handbuch, Junfermann, Paderborn, 2008