



therapiehilfe e.v.

Fachklinik für Rehabilitation Do it!



Konzeption

Stand: Dezember 2012

Inhalt

0.	Vorwort und Trägerstruktur - Der Trägerverein <i>therapiehilfe e.v.</i>	4
1.	Einleitung	6
2.	Allgemeines - Die Fachklinik Do it! im Überblick	6
2.1.	Die stationäre Einrichtung Do it! als Teil des Netzwerkes <i>therapiehilfe e.V.</i>	6
3.	Beschreibung der Fachklinik Do it! – Infrastruktur	8
4.	Rehabilitationskonzept	10
4.1.	Theoretische Grundlagen – Sucht als biopsychosoziales Störungsmodell	11
4.1.1.	Theoretische Grundlagen – International Classification of Functioning ICF	13
4.1.2.	Theoretische Grundlagen – Gender Mainstreaming (frauen- und männergerechte Arbeit)	13
4.1.3.	Theoretische Grundlagen – Tiefenpsychologische und Integrative Aspekte	14
4.1.4.	Lerntheoretische und systemische Aspekte	15
4.1.5.	Neuropsychotherapeutische Aspekte	16
4.1.6.	Traumatherapeutische Aspekte	18
4.2.	Rehabilitationsindikationen, Kontraindikationen und Aufnahmevoraussetzungen	19
4.3.	Rehabilitationsziele	20
4.4.	Behandlungsangebot und -dauer	22
4.4.1.	Kombinationstherapie (Kombi-Nord)	22
4.5.	Individuelle Rehabilitationsplanung und Indikation	23
4.6.	Rehabilitationsprogramm - Grundlagen: Therapeutische Gemeinschaft, Ressourcenorientierung, Eigenverantwortung und Selbsthilfefähigkeit	24
4.6.1.	Rehabilitationsverlauf	26
4.7.	Rehabilitationsbausteine	28
4.7.1.	Aufnahmeverfahren	28
4.7.2.	Rehabilitationsdiagnostik	29
4.7.3.	Medizinische Therapie	31
4.7.3.1.	Ausstiegsorientierte Substitution	33
4.7.4.	Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und indikative Angebote	34
4.7.5.	Arbeitsbezogene Interventionen	39
4.7.6.	Sport- und Bewegungstherapie, Entspannung	42
4.7.7.	Freizeitangebote	44
4.7.8.	Sozialdienst und klinische Sozialarbeit/Sozialtherapie	45
4.7.9.	Gesundheitstraining und Ernährung	47
4.7.10.	Angehörigenarbeit	47
4.7.11.	Rückfallmanagement	48
4.7.12.	Gesundheitspflege	49
4.7.13.	Weitere Leitungen	49
4.7.14.	Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation – Kernphase	49
5.	Personelle Ausstattung	50
6.	Räumliche Gegebenheiten	50
7.	Kooperationen und Vernetzung	51
8.	Qualitätssicherung	51
9.	Kommunikationsstruktur	53
10.	Notfallmanagement	53
11.	Fortbildung	54
12.	Supervision	54

Literatur

Literaturverzeichnis	55
A. Klassifikation therapeutischer Leistungen im Do it!	58
Wochenplan	61

0. Vorwort und Trägerstruktur - Der Trägerverein *therapiehilfe e.v.*

Der Träger *therapiehilfe e.v.* arbeitet seit 30 Jahren schwerpunktmäßig mit suchtmittelabhängigen Menschen in Hamburg und Schleswig-Holstein. Er bietet eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten an:

- Prävention,
- Beratung und Substitution,
- Entgiftung,
- Stationäre Entwöhnungstherapien und Adaption,
- Ambulante und ganztägige ambulante Rehabilitation,
- Betreuung und Arbeitsprojekte,
- vielfältige Nachsorgeangebote.

therapiehilfe e. v. hat innovativ neue Bereiche entwickelt und fachliche Standards gesetzt, wie z.B. in der Substitutionsbehandlung, der Akupunktur, der Behandlung von Kindern und Jugendlichen oder der ambulanten Therapie und der Implementierung neuropsychotherapeutischer Methoden (Grawe, 2004) in bestehende humanistisch begründete Methoden.

Das Ziel der Arbeit ist es, suchtmittelabhängigen Menschen Hoffnung auf Veränderung ihrer Lebenssituation zu geben. Wir wollen mit unseren Rehabilitanden neue Lebensperspektiven entwickeln, um einen dauerhaften Ausstieg aus der Sucht zu ermöglichen.

Unsere Angebote werden durch das folgende **Leitbild** geprägt:

Das Netzwerk, das Suchtkranke auffängt!

- therapiehilfe e.V. ist ein Träger mit einem vielfältigen Netzwerk von beratenden und ausstiegsorientierten Hilfen.
- Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen suchtmittelgefährdete und -abhängige Menschen, aber auch andere Personen mit psychosozialen Problemen.
- Wir erbringen soziale Dienstleistungen mit persönlicher Authentizität auf fachlich hohem Niveau in methodischer Vielfalt.

Im Mittelpunkt steht der Mensch

- Achtung und Respekt bilden die Grundlage unseres Handelns.
- Wir sind einem ganzheitlichen, humanistischen Menschenbild verpflichtet.
- Die Werthaltung unserer Arbeit ist von einem Bild des Menschen als lernfähig, förderbar und beziehungsfähig bestimmt.

Kompetente Netzwerke und Beziehungen sind das Ziel

- Unser Umgang ist geprägt durch den Willen zur Vernetzung und Kooperation.
- Die Arbeit in der Organisation ist fachlich qualifiziert und auf Entwicklung hoher Standards in der Versorgung ausgerichtet. Der Verein arbeitet überparteilich und konfessionell unabhängig.

Soziale Arbeit, Betreuung und Therapie ist Dienstleistung

- Unser Ziel ist es, neue fachliche Erkenntnisse schnell zu assimilieren und in sinnvolle Hilfsangebote umzusetzen.
- Wir beteiligen uns aktiv an der Entwicklung fachlicher Standards und der bedarfsgerechten Weiterentwicklung der Versorgungssysteme in einer sich ständig wandelnden Gesellschaft.

In der Arbeit von *therapiehilfe e.v.* steht der Mensch stets im Mittelpunkt. Es wird mit ihm gemeinsam ein individueller, auf seine Stärken und Möglichkeiten abgestimmter Behandlungsplan entwickelt. Die

methodisch vielfältigen psycho- und sozialtherapeutischen Ausbildungen der Mitarbeiter geben der Betreuung einen hohen fachlichen Standard. Durch eine differenzierte Palette von Angeboten ist der Träger *therapiehilfe e.v.* ein stark vernetztes, Rehabilitandenorientiertes System. Die sich ergänzenden Angebote ermöglichen flexible und bedarfsgerechte Lösungen für die individuelle Lebenslage der Rehabilitanden.

therapiehilfe e.v. wendet zur Qualitätssicherung das Modell „European Foundation for Quality Management (EFQM)“ an.

therapiehilfe e.v. Geschäftsstelle Conventstr. 14 22089 Hamburg Tel.: 040/ 2000 10 12 0 Fax.: 040/ 2000 10 12 11 Mail: geschäftsstelle@therapiehilfe.de	Geschäftsführung Dieter Adamski Therapeutische Gesamtleitung Karin Harries-Hedder Dipl. Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin Medizinische Gesamtleitung Thomas Hempel Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Suchtmedizin	eingetragen beim Amtsgericht Hamburg 8.11.1974, Registernr.: 69 VR 7496 Hamburger Sparkasse IBAN :DE27200505 501003249982
Fachklinik für Rehabilitation Do it! Mecklenburger Landstrasse 60 23570 Lübeck-Travemünde Tel.: 040-2000 10 7000 Fax.: 040-2000 10 7001 Mail: doit@therapiehilfe.de	Einrichtungsleitung Viktoria Kerschl Dipl. Psychologin, Sucht-, Psycho- und Traumatherapeutin Medizinische Leitung Bernd Kubannek Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie/Suchtmedizin Aufnahmekoordinator Jürgen Stumm Marion Killait	Hamburger Sparkasse IBAN: DE98200505501235123906

1. Einleitung

In den frühen 70er Jahren entstand in Hamburg die Release-Bewegung. Diese Initiative wurde mit dem Ziel gegründet, Möglichkeiten zur Selbsthilfe von Angehörigen oder Freunden für Suchtmittelabhängige zu schaffen. Daraus wurde im weiteren Verlauf der Arbeit der *therapiehilfe e.V.* mit dem Ziel gegründet, dieses ehrenamtliche Engagement mit therapeutisch professioneller Kompetenz zu verbinden.

Fast zeitgleich mit der Gründung von *therapiehilfe e.V.* wurde als erstes stationäres Hilfsangebot die Therapeutische Wohngemeinschaft Do it! gegründet.

Die Fachklinik Do it! ist heute eine Therapieeinrichtung, die mit einer über 30-jährigen Erfahrung in der Arbeit mit suchtmittelabhängigen Menschen über fundierte Kenntnisse auf diesem Gebiet verfügt. Seit unserer Gründung haben wir eine eigene Behandlungsmethodik aufgebaut und im Laufe der Zeit kontinuierlich weiterentwickelt.

Die Behandlung gründet auf den Prinzipien der professionellen therapeutischen Gemeinschaft (Jones, 1953), einem tiefenpsychologisch fundiertem Ansatz und einer vielfältigen therapeutischen Angebotspalette, die den multifaktoriellen Entstehungsbedingungen von Sucht entsprechen.

Die Rahmenbedingungen der stationären Langzeittherapie unterliegen seit Gründung der Einrichtung Do it! einem ständigen Wandel. Die Therapiezeiten lagen anfangs im Durchschnitt bei 18 Monaten und konnten individuell verlängert werden. Den Behandlungsrahmen bildeten ein fest definiertes Stufensystem und eine angeleitete Selbstorganisation im Versorgungsbereich.

Aufgrund sich stetig ändernder Behandlungsbedingungen (z.B. Therapiezeitverkürzungen) und mehr Wissen über Sucht, Diagnostik und Therapie hat sich das Angebot hin zu einer indikationsspezifischen Behandlung gewandelt, die sich heute als ein Baustein einer Behandlungskette sieht. Zum jetzigen Zeitpunkt verstehen wir stationäre Rehabilitation als „Initialbehandlung zur drogen- und alkoholabstinenten Lebensführung“.

Dieser Erkenntnis folgend haben wir den Leitgedanken entwickelt, dass eine effektive Behandlung zukünftig nur aus der Nutzung von Synergieeffekten im Sinne ganzheitlicher Hilfsangebote eines engen Verbundes erfolgen kann. Daraus ergeben sich folgende Ziele und Schwerpunktsetzungen:

- Vernetzung unterschiedlicher Therapieangebote in einem Verbund
- Ressourcenorientierung und Selbstmanagement des Ausstiegsprozesses (Baudis, 1997)
- Differenzierte Behandlungskonzepte mit individuellem Behandlungsangebot und –dauer
- Frühzeitige angeleitete Außenorientierung (Realitätserprobung)

2. Allgemeines - Die Fachklinik Do it! im Überblick

2.1. Die stationäre Einrichtung Do it! als Teil des Netzwerkes *therapiehilfe e.V.*

Die Abhängigkeit von Suchtmitteln geht einher mit einer tiefgreifenden Störung des persönlichen und sozialen Bereiches. Diese Störung kann meist nicht in einem einzigen Prozessschritt behandelt werden, sondern erfordert eine langfristig angelegte Behandlungsstrategie.

Um eine effektive, Synergieeffekte nutzende Therapie zu ermöglichen, ist ein Vorgehen im Therapieverbund notwendig.

Die **Fachklinik Do it!** ist in das vernetzte, abgestufte Behandlungsangebot innerhalb der *therapiehilfe e.v.* integriert; darüber hinaus erfolgt eine enge Zusammenarbeit mit Vor- und Nachbehandlern anderer Trägern und deren Einrichtungen.

therapiehilfe e.v. hat ein umfangreiches Netzwerk von vorstationären, stationären und poststationären Hilfen, die für suchtkranke Rehabilitanden entwickelt worden sind. Im Laufe der letzten Jahre hat sich der Verein aber auch über seine Grenzen hinaus in die Komplementärbereiche Jugendhilfe, Familienhilfe und Arbeitsprojekte konzeptionell eingearbeitet und entsprechende Projekte ins Leben gerufen.

Die nachfolgend dargestellten Angebote veranschaulichen das prozessorientierte Behandlungsangebot der **Fachklinik Do it!** als Teil des Gesamtprozesses im Netzwerk des Verbundes von *therapiehilfe e.v.* Ein solches Behandlungsnetzwerk ist eher in der Lage, auf individuelle Behandlungsbedürfnisse einzugehen.

Der Verein *therapiehilfe e.v.* hat seit seinen Anfängen ein vielfältiges Netzwerk an Hilfen aufgebaut, um Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen zu einer Steigerung und Entwicklung ihres Selbstwertes und Lebensmutes zu führen, wodurch Hinwendung zur Gesundheit und optimierte Lebensgestaltung ermöglicht wird. Die Einrichtungen der *therapiehilfe e.v.* bilden ein Netzwerk von beratenden und ausstiegsorientierten Hilfen für suchtmittelgefährdete und suchtmittelabhängige Menschen und deren Angehörige sowie auch für andere Personen mit psychosozialen Problemen.

Es sind diese für Hamburg:

- Suchtmittelübergreifende Beratung
Seehaus - ambulantes Beratungs- und Behandlungszentrum (Hasselbrookstraße)
- Suchtmittelübergreifende ambulante Therapie
Seehaus - ambulantes Beratungs- und Behandlungszentrum (Hasselbrookstraße)
- Suchtmittelübergreifende Therapie
Seehaus Harburg – ambulantes Behandlungszentrum (Krummholzberg)
- Integrierte Nachsorge/Rückfallprophylaxe - Cafe und Begleitung von Selbsthilfegruppen
Seehaus - ambulantes Beratungs- und Behandlungszentrum (Hasselbrookstraße)
- **Selbsthilfezentrum** (Weiterbildungsmaßnahmen, Vermittlung in Arbeit, Schulungen und Fitness) (Ritterstraße)
- **MAEX** (medikamentengestützte ambulante Therapie für Substituierte, Beratung, Beratung im Strafvollzug, ambulante Therapie – auch für ausschleichend Substituierte) (Hammer Landstraße)
- **MAT West** (medikamentengestützte ambulante Therapie für Substituierte, Beratung, ambulante Therapie – auch für ausschleichend Substituierte) (Elbgaustraße)
- **MAT Harburg** (medikamentengestützte ambulante Therapie für Substituierte, Suchtmittelübergreifende Beratung und ambulante Therapie; auch für ausschleichend Substituierte) (Krummholzberg)
- **Wohnprojekt Billstedt** (Setzergasse)
- Die **Fachklinik Bokholt** mit ihrer Entzugsstation, ihrer Rehabilitationsabteilung, dem Jugendentzug und dem Erwachsenenentzug (Bokholt-Harnredder)
- Die **Fachklinik Come In!**, stationäre Behandlung für Kinder und Jugendliche Phase I und die soziale Integration für Kinder und Jugendliche Phase II (Moorfleeter Deich)
- Die **Fachklinik Do it!**, stationäre Therapie für Erwachsene (Travemünde - Priwall, Mecklenburger Landstraße)
- Die **Externe Adaption Do it!**, suchtmittelübergreifendes stationäres Angebot (Hasselbrookstraße 98)
- **Nachsorgewohngruppen** – suchtmittelübergreifendes Angebot (Kielerstraße und Entenweg)
- **touch/ Arbeitsprojekt** – suchtmittelübergreifendes Angebot (Humboldtstraße)
- **Zukunft Arbeit**, suchtmittelübergreifendes Arbeitsprojekt (Kooperation mit der Alida Schmidt Stiftung),

• Change, ambulante ganztägige Rehabilitation, (Hasselbrookstr.)
und diese für Schleswig-Holstein:

- Suchtmittelübergreifende Beratungs- und Behandlungsstellen Sozialtherapeutisches Zentrum (Elmshorn, Wedel, Pinneberg, Itzehoe)
- Suchtmittelübergreifende Beratungs- und Behandlungsstellen (Ahrensburg, Bad Oldesloe)
- Sozialtherapeutische Wohngruppen und Arbeitstrainingsprojekt (Elmshorn)
- Erziehungs- und Lebensberatungsstelle (Kaltenkirchen),
- die Fachklinik Peers Hoop (stationäre Rehabilitation für Suchtmittelabhängige) (Sillerup)

sowie in Bremen (*therapiehilfe Bremen*):

- **Fachklinik Pyramide**, Oyten
- **Therapiehof Düring**, Düring
- **Externe Adaption**, Bremen

Vernetzung durch den internen Verbund

Die Vernetzung in unserem Trägerverein *therapiehilfe e.v.* wird zum Beispiel durch regelmäßige Leitertagungen, Leitungscoaching, Fachbegleitungsgespräche, Fortbildungsveranstaltungen und gemeinsame Fortentwicklung gewährleistet.

Bei dem Vernetzungsgedanken stehen folgende Überlegungen im Vordergrund:

- Beste Betreuung und Weitervermittlung für unsere Rehabilitanden
- Qualifizierte Beratung vor einer stationären oder ambulanten Behandlung
- Qualifizierte Entzugsbehandlung als stationäre Vorbehandlung
- stationäre oder ambulante Weiterbehandlung nach Indikation
- Berufliche Weiterbildung und Arbeitstraining als Unterstützung zur Eingliederung

3. Beschreibung der Fachklinik Do it! - Infrastruktur

Die **Fachklinik Do it!** bietet 42 Plätze zur stationären Rehabilitationsbehandlung für suchtmittelabhängige Frauen und Männer. Die räumliche und personelle Ausstattung entspricht den strukturellen Vorgaben der Deutschen Rentenversicherung (VdR).

Die Einrichtung liegt auf dem Priwall/23570 Travemünde. Lübeck ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut zu erreichen.

Die Rehabilitanden sind in Ein- und Zweibettzimmern mit eigenem Bad/WC untergebracht. Die 4 Wohnbereiche sind auf 3 Bezugsgruppen verteilt.

Die Einrichtung verfügt über separate Therapie- und Gemeinschaftsräume und ist von einem großzügigen Garten umgeben.

Die Fachklinik führt eine Frauenetage mit geschlechtsspezifischem Behandlungsansatz, der auf die Bedürfnisse der suchtmittelabhängigen Frauen zugeschnitten ist.

Zum Therapieprogramm gehören die Nutzung der einrichtung-internen Sporträume (Fitnessraum, Gymnastikraum, Tischtennisraum) und der Sauna. Ferner können in der näheren Umgebung Sportanlagen, in Lübeck das Schwimmbad genutzt werden.

Zur Freizeitgestaltung werden Kicker, Tischtennis, Billard, Fahrräder, Ergoräume und ein Musikraum sowie ein Sportplatz vorgehalten. Ganz in der Nähe liegt der Strand des Priwalls.

Die Einrichtung ist barrierefrei. Eine Notrufanlage ist vorhanden.

In der Klinik besteht ein grundsätzliches Alkohol-, Drogen- und Nikotinverbot. Ein ausgewiesener Raucherbereich ist vorhanden.

Für eine trägerinterne Adaptionphase steht in Hamburg die Externe Adaption zur Verfügung. Dort wird die berufliche und soziale Integration auf bestehenden Therapieergebnissen eingeleitet und umgesetzt (Konzept Do it! Externe Adaption).

Das Leitbild der Fachklinik Do it! und der Externen Adaption

Die Fachklinik Do it! und die Externe Adaption Do it! sind Behandlungseinrichtungen für suchtmittelabhängige Menschen

- Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen Menschen, die mindestens von einem illegalen / legalen Suchtmittel abhängig sind. Glücksspielsüchtige sind eingeschlossen. Häufig sind Mehrfachabhängigkeiten, Polytoxikomanie und psychische Komorbidität zu diagnostizieren
- Die sozialen Kontexte, insbesondere die Angehörigen, werden dabei berücksichtigt
- Wir erbringen soziale Dienstleistungen mit persönlicher Authentizität auf fachlich hohem Niveau
- Unsere Arbeits- und Behandlungsansätze werden in einem multiprofessionellen Team realisiert, beziehen sich auf ein weit gefächertes Interventionsfeld und werden nach dem sich ändernden Bedarf der Zielgruppe und neueren Ergebnissen der Forschung weiterentwickelt

Im Mittelpunkt steht der Mensch

- Achtung und Respekt bilden die Grundlage unseres Handelns
- Wir sind einem ganzheitlichen, humanistischen (bio-psychosozialen) Menschenbild verpflichtet
- Unsere Arbeit ist bestimmt vom Bild eines lernfähigen, förderbaren und beziehungsfähigen Menschen
- Die Vorzüge des therapeutischen Teams wie Multiprofessionalität, Transparenz in Struktur und Handeln, Authentizität, Konsequenz, Humor, Toleranz, Wertschätzung und ein hohes Maß an Flexibilität kommen den Rehabilitanden unmittelbar zugute.

Die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit unter Förderung der Abstinenzfähigkeit und der Wiedereingliederung der Menschen in das soziale Leben sind unser Ziel

- Wir fördern Selbstorganisation und Eigenverantwortlichkeit der Rehabilitanden als Fundamente für ein suchtmittelfreies Leben
- Die Arbeit in der Fachklinik Do it! und in der externen Adaption Do it! ist fachlich qualifiziert und auf Entwicklung hoher Standards in der Behandlung ausgerichtet
- Unser Umgang ist geprägt durch den Willen zu Vernetzung und Kooperation

Die Behandlung in der Fachklinik Do it! und in der Externen Adaption Do it! ist eine Dienstleistung

- Ziel ist es, neue fachliche Erkenntnisse schnell in sinnvolle Behandlungsangebote umzusetzen
- Wir bemühen uns darum, die individuellen Bedürfnisse und Belange der Menschen zu berücksichtigen
- Wir entwickeln unter Einbezug der Ideen und Erfahrungen von Rehabilitanden fachliche Standards und Behandlungsangebote

Grundlagen der Arbeit sind die aktuellen gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001) und die Teilnahme am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger (u. a. auch Vereinbarung zum internen Qualitätsmanagement nach § 20 Abs. 2 SGB IX, 23.03.2003).

Die Fachklinik Do it! wird von allen Leistungsträgern anerkannt; federführender Leistungsträger ist die DRV Nord. Die Fachklinik bedient die Strukturqualitätsmerkmale der DRV Bund und die Anerkennung der DRV Bund liegt vor. Gemäß SGB § 111 Abs. 4, gilt ein Versorgungsvertrag als abgeschlossen.

4. Rehabilitationskonzept

4.1. Theoretische Grundlagen - Sucht als biopsychosoziales Störungsmodell

Seit den 70er Jahren¹ geht das therapeutische Grundverständnis in der Entstehung von Suchtmittelabhängigkeit von einer multifaktoriellen Fehlentwicklung, einem dysfunktionalen Versuch der Konflikt- und Problemlösung aus. Sucht wird als Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne unter Abwesenheit protektiver Faktoren gesehen.² Hierzu gehört auch, dass bisher kein geschlossener Behandlungsansatz vorliegt; die Behandlung einen interdisziplinären Ansatz erfordert.

Wir verstehen Sucht als eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung des Menschen, die die Persönlichkeit des Abhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen beschädigt.³ Sucht zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, die sich abhängig von Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation, internaler und externaler Ressourcenlage und vom Suchtmittel entwickelt.

Grundlage unserer Haltung ist eine Anlehnung an die Systematik der Definition von Suchtmittelabhängigkeit von Petzold (1988) sowie der zugrundeliegenden Persönlichkeitstheorie. Persönlichkeit ist dort als Ganzheit von Geist, Psyche und Körper in einem sozialen und ökologischen Kontext in ihrer zeitlichen Dimension begriffen. Es ist u. E. jedoch erforderlich, diese Schemata um die in der Substanz der Drogen liegenden Wirkeffekte zu erweitern, um das Bedingungsgefüge der Drogensucht modellhaft abbilden zu können. Sucht ist gekennzeichnet durch psychische und physische Abhängigkeit, Kontrollverlust, den Zustand periodischer und chronischer Intoxikation, psychotrope Effekte, Dosissteigerung, Craving, Abstinenzunfähigkeit, körperlichen Zerfall und weitere Gefahren für Individuum und Gesellschaft.

Hinsichtlich der Genese von Abhängigkeit beziehen wir uns im Wesentlichen auf neuste neurobiologische Ergebnisse der entwicklungspsychologischen Langzeitforschung sowie tiefenpsychologische, lern- und sozialisationstheoretische Erkenntnisse über Bedingungen einer gesunden seelischen Entwicklung und der Ursachen von Entwicklungsstörungen und Erkrankungen. Hier beziehen wir uns u. a. auf das o. g. Modell einer multifaktoriellen Genese des Abhängigkeitssyndroms.⁴ Nachfolgende Faktoren können die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung bedingen:

Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen (u. a. Konstitution, Vulnerabilität, prä- und perinatale Schädigungen)

Psychosoziale Entwicklungsschädigungen (u. a. Störungen, Konflikte, Defizite, Traumata, kritische Lebensereignisse)

¹ Petzold, 1974, Heigl-Evers, 1977 und Rost, 1987

² Petzold, 1980

³ Petzold, 1980

⁴ Petzold, 1980

Psychosoziale Einflussfaktoren (u. a. schwache soziale Netzwerke, Konstellationen und maladaptive Kommunikations- und Bindungsstile in der Familie, Fehlen protektiver und ressourcenaktivierender Faktoren, Verlusterfahrungen)

Internalisierte Negativkonzepte (u. a. negative Kognitionen, Introjekte, Selbstkonzepte, Lebensstile, Zukunftserwartungen)

Negativkarriere im Lebensverlauf (erworbene, sozialisationsbedingte Konzepte des Scheiterns in Beruf, Partnerschaften, Bindungsverhalten, Familie, sozialem Umfeld/Gesellschaft und daraus resultierenden, negativen Ereignisketten)

Auslösende Aktualfaktoren (u. a. unspezifischer Stress und Belastungen, kritische Lebensereignisse, Entwicklungskrisen, Ressourcenverlust)

Gesellschaftliche Faktoren (Arbeitslosigkeit, berufliches und schulisches Scheitern, soziale Benachteiligung, Genderaspekte)

Menschen, die zu uns kommen, werden durch aktuelle destruktive Lebensbedingungen sowie in der Vergangenheit erlebte Verletzungen und Erfahrungen behindert, angemessene Lebenswege für sich zu finden und zu beschreiten. Mit Hilfe süchtigen Handelns wird versucht, konflikthafte Erleben zu bewältigen oder erträglich zu machen. Die anfänglich erlebte Entlastung durch das Suchtmittel kann bei dauernder Selbstmedikation in die Abhängigkeit führen.⁵ In der Folge werden notwendige Entwicklungsaufgaben unzureichend gemeistert, da eine angemessene Handlung durch das Suchtmittel nicht mehr relativiert ist. Es bleiben sozusagen unerledigte Entwicklungsaufgaben zurück, die zunehmend nach Bewältigung drängen und sich in Krisen zeigen. Eine angemessene Bewältigung von Krisen und krisenhaften Zuständen gehört allerdings zum Leben. Dies wird in der Behandlung unterstützt. Bestätigung finden diese Annahmen in neurobiologischen Grundlagen und in der daraus abgeleiteten Sicht, wie ein Mensch zur Veränderung zu einem ihm angemessenen Gesundheitsverhalten motiviert werden kann.

4.1.1. Theoretische Grundlagen – International Classification of Functioning ICF

Die im biopsychosozialen Modell von Petzold beschriebene, auf mehreren Ebenen ansetzende Sicht auf die Suchtentwicklung auf der einen und die Bedingungen von Gesundheit auf der anderen Seite bildet u. a. auch die Grundlage für die 2001 entwickelte International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF, 2004). Das mehrdimensionale Konzept operationalisiert den Begriff der funktionalen Gesundheit als Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen Gesundheitsproblem, einer Person und ihren Kontextfaktoren (Umwelt- und personenbezogene Faktoren). Nach der ICF⁶ werden die Aspekte von Gesundheit auf folgenden Ebenen klassifiziert:

- Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, das sind körperliche, psychische und mentale Strukturen einer Person.
- Ebene der Aktivitäten, d.h., einer Person sind Handlungen möglich, die von einem gesunden Menschen erwartet werden.
- Ebene der Teilhabe, d.h., eine Person kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr relevant erscheinen, so wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigungen erwartet werden kann, entfalten, wie Berufsleben, Familie, soziales Leben etc..

Nach der ICF besteht eine Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit, wenn mindestens auf einer der Ebenen eine Funktionsstörung, ein Strukturschaden oder eine Einschränkung der Aktivitäten oder der Teilhabe vorliegt.

⁵ Kanthzian, 1986

⁶ VDR, 2003; Schuntermann, 2003

Kontextfaktoren modulieren das Ausmaß der Beeinträchtigung. So kann insbesondere die Teilhabe durch Kontextfaktoren behindert sein und durch Förderfaktoren wie Ressourcen und soziale Unterstützung entwickelt werden.

Auch Abhängigkeitserkrankungen lassen sich nach dem ICF Modell in ihren unterschiedlichen Genesen, ihren unterschiedlichen Verlaufsprozessen und multiplen Folgezuständen gut abbilden. Unabhängig von der konsumierten Substanz lässt sich die Abhängigkeitserkrankung als Syndrom zahlreicher individueller Störungen auf den verschiedenen Ebenen der ICF beschreiben:

Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen und der psychischen Funktionen:

- Körperliche Abhängigkeit mit Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen, Begleit- und Folgeerkrankungen (u. a. Lebererkrankungen, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Zahnerkrankungen, allg. Abwehrschwäche, Abszesse, Infektionskrankheiten), Schädigungen des Gehirns, psychische Abhängigkeit mit Kontrollverlust und Abstinenzunfähigkeit, psychische Funktionsstörungen (u. a. Konzentrationsstörungen, Motivationsstörungen), Ängste und Depressionen, psychotische Episoden.

Beeinträchtigungen der Aktivitäten:

- Probleme bei der Aufgabenbewältigung z. B. am Arbeitsplatz, Schwierigkeiten in der Kommunikation und interpersonellen Interaktion, Einschränkung der Aktivitäten auf Suchtmittelerwerb und -konsum, mangelnde körperliche und psychische Ausdauer und Belastbarkeit, mangelnde Selbstversorgung, eingeschränktes Freizeitverhalten, mangelnde Krankheitsbewältigungsstrategien, delinquente Verhaltensweisen.

Beeinträchtigungen der Teilhabe:

- Erwerbsbezogene Schwierigkeiten (u. a. mangelnde Schul-Berufsausbildung, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit), Verlust der Mobilität, Verwahrlosung, Verlust von Wohnung, Beeinträchtigung und Verlust eines sozialen Netzwerkes.

Die bereits oben genannten Kontextfaktoren stellen den Lebenshintergrund einer Person dar. Sie dienen der Beschreibung von Bedingungen, welche die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben eines Menschen beeinflussen und stehen mit verschiedenen Komponenten der funktionalen Gesundheit eines Menschen in Wechselwirkung. Folgende Kontextfaktoren sind für Entstehung, Aufrechterhaltung und Bewältigung von Abhängigkeitserkrankungen bedeutsam:

- Verfügbarkeit von sozialen Ressourcen
- Zugang zum Hilfesystem
- Sozioökonomische Sicherheit
- Soziokulturelle Situation, Familie, Gesellschaft
- Werte, Normen, Religiosität
- Persönliche Fertigkeiten, Kreativität

Die individuelle Suchtentwicklung ist somit durch die Wechselwirkung von genetischen Dispositionen und Lernerfahrungen, unterschiedlichen Umwelteinflüssen und der Wirkungsweise des Suchtmittels determiniert. Der abhängige Mensch kann nicht losgelöst von seinen sozialen Bezugssystemen verstanden werden. Notwendig ist es, die Krankheit in ihren Auswirkungen im Alltag und die Faktoren, die darauf Einfluss nehmen zu betrachten.⁷ Diese Faktoren interagieren in komplexen

⁷ vgl. hierzu auch Petzold (2003a) Die 5 Säulen der Identität: Leiblichkeit, Arbeit und Leistung, soziales Netzwerk, materielle Sicherheiten, Werte und Normen.

Zusammenhängen miteinander und bilden das Phänomen Suchtmittelabhängigkeit. Suchtgenesen entstehen und verlaufen individuell unterschiedlich, was persönlich zugeschnittene Behandlungen erforderlich macht.

Der im Vorweg durch u. a. Suchtberatungsstellen eingeleitete Prozess der Problem- und Krankheitseinsicht ist meist noch undifferenziert und instabil. Das Do it! bietet analog zu den hier angedeuteten komplexen Folgen der Sucht in allen Bereichen Interventionen und Behandlungsmodule an und hat diese im Behandlungsverlauf optimal miteinander verknüpft.

4.1.2. Theoretische Grundlagen - Gender Mainstreaming (frauen- und männergerechte Arbeit)

Aus dem um die Geschlechterperspektive erweiterten biopsychosozialen Modell der Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen ergeben sich umfassende Einschränkungen in der Lebensqualität und den Lebensentwürfen von Frauen und Männern. Diese führen wiederum zur Beeinträchtigung der Teilhabe im privaten und sozialen Bereich. Gender Mainstreaming ist eine politische Leitlinie und bezeichnet das soziale Geschlecht. Es umfasst soziokulturelle Verhaltensweisen von Frauen und Männern sowie auch die Verhältnisse zwischen den Geschlechtern. Gendertypische Unterschiede finden sich in allen sozialen Bereichen. Hinsichtlich der funktionalen Gesundheit⁸ reichen die Unterschiede vom Körperbewußtsein über das Gesundheitsverhalten und den Krankheitsausprägungen bis hin zur Inanspruchnahme der Versorgungssysteme und Behandlungen. Auch Suchtverhalten ist geschlechtsspezifisch, wie die Prävalenzen der diversen Suchtstoffe und die Unterschiedlichkeit der Konsummuster in der Geschlechterverteilung zeigen.⁹ U. E. verlangt die Unterschiedlichkeit in Genese und Konsummuster bei Männern und Frauen auch unterschiedliche Wege aus der Sucht heraus.

Geschlechtssensible Ansätze in der Behandlung zeigen Vorteile und Erfolge: Sie verringern die Zugangsbarrieren (für Frauen), führen zur Auseinandersetzung mit sozialen Rollen und deren Auswirkungen auf die Genese der Suchtmittelabhängigkeit, bieten mit geschlechtssensiblen Angeboten angemessene und effektive Behandlungsmöglichkeiten und versprechen Wissenszuwachs für das professionelle Team, u. a. durch stetige Hinterfragung eigener Rollenzuweisungen und -identitäten..¹⁰

In der Fachklinik Do it! wird dieser Aspekt berücksichtigt, sowohl in der einzeltherapeutischen Behandlung als auch in Form von geschlechtsspezifischen Angeboten bis hin zu einer Frauentage, die suchtmittelabhängigen Frauen mit ihrem Lebenshintergrund Schutzraum bietet.

Frauengerechte Arbeit

Im Rahmen des Gendermainstreaming hat sich in der Fachklinik Do it! ein frauengerechter Arbeitsansatz entwickelt, der die Berücksichtigung der spezifischen Suchtgenese von Frauen, Parteilichkeit sowie Solidaritätserfahrung im einzel- und gruppenspezifischen Kontext als Grundhaltung einbezieht und als handlungsleitende therapeutische Maxime führt. Die Arbeit beruht auf Forschungsergebnissen der Frauensuchtforschung und bereits entwickelten frauengerechten Behandlungsansätzen.¹¹ Nicht nur auf der Frauentage sondern auch für Rehabilitandinnen, die auf gemischtgeschlechtlichen Fluren leben, gilt dieser Behandlungsansatz.

Der frauengerechte Blick auf die Sucht in Diagnostik und Behandlungsmethodik bezieht die Lebenswirklichkeit von Frauen im gesellschaftlichen Kontext ein. Aufgrund ihrer Sozialisation haben Frauen spezifische Störungen, Problemlösungs- und Vermeidungsstrategien sowie „Überlebensmuster“ entwickelt, die entsprechend entschlüsselt werden müssen. So ist Diagnostik im prozessualen Vorgehen immer auch Intervention,¹² die ein Verstehen im kontextuellen Feld ermöglicht.

⁸ VDR, 2003; ICF, 2004

⁹ u. a. FDR, 2005

¹⁰ FDR, 2005

¹¹ FDR, 2005

¹² FDR, 2005

Forschungsergebnisse unterstreichen die bereits in der Praxis erlebbare Erfahrung, dass Frauen in Frauengruppen eine größere positive Variationsbreite im zwischenmenschlichen Umgang entwickeln.¹³

Männergerechte Angebote

In Einzel- und Gruppengesprächen werden männergerechte Aspekte der Suchtgenese und –entwicklung einbezogen. Eine besondere Rolle spielt hier die Auseinandersetzung mit Männlichkeitsbildern und Vaterschaft. Bei Bedarf wird eine Indikationsgruppe für Männer mit speziellen Themenkomplexen angeboten.¹⁴

4.1.3. Theoretische Grundlagen - Tiefenpsychologische und Integrative Aspekte

Neben dem biopsychosozialen Modell nehmen aktuelle und vergangene Beziehungserfahrungen in der Genese der Suchterkrankung eine zentrale Rolle ein. Der psychodynamische Ansatz der Suchtentwicklung berücksichtigt den Ausdruck von Beziehungsstörungen, die sich im Lebenslauf zu neurotischen Konflikten und Entwicklungsstörungen verdichtet haben (Rost, 1992; Wurmser, 2000). Bei andauernden Belastungen des Beziehungserlebens und/oder schweren Traumata während der ersten Lebensjahre und dem gleichzeitigen Fehlen von supportiven Strukturen entstehen oftmals nachhaltige Störungen der inneren Entwicklungsprozesse, die eine Bewältigung der primären Konflikte, z. B. der frühen Individuationskrise¹⁵, verhindern. So beeinträchtigt, können keine „inneren Bilder“ von sich und der Welt und keine differenzierten Ich-Strukturen herausgebildet werden. Die Ich-strukturellen Defizite zeigen sich insbesondere in der Selbststeuerung (Impuls- und Affektregulation), der Selbstwertregulierung und der Entwicklung reifer Objektbeziehungen, der Bildung eines Gewissens und von Idealen. Sucht kann hier als misslungener Selbstheilungsversuch¹⁶ verstanden werden. Suchtmittel ersetzen hier über lange Zeiträume hinweg gestörte Ich-Funktionen. Es handelt sich hierbei vor allem um Ich-Funktionen der Affekt- und Impulssteuerung, der Frustrationstoleranz, der Angst- und Spannungsreduktion.¹⁷ Suchtmittel werden zur Reduktion unerträglich wahrgenommener Affekte und zur Stabilisation innerer Selbst- und Objektbilder eingesetzt, d.h., um vor einer Dekompensation des Selbstwertes zu schützen. Andererseits kann das Suchtmittel auch als destruktiver Versuch zur Zerstörung negativer innerer Introjekte eingesetzt werden, dies häufig aufgrund eines Mangels an guten inneren Objektbildern. Die unterschiedlichen Strukturniveaus von Suchterkrankung machen eine differenzierte Diagnostik sowohl der Ich-strukturellen Mängel als auch der zugrunde liegenden Konfliktdynamik notwendig. Dabei sind auch sekundäre Einschränkungen von Ich-Funktionen durch Vermeidungsverhalten bzw. Sofortbefriedigungsmentalität¹⁸, die negative Affekte und Frustrationen unerträglich erscheinen lassen, zu berücksichtigen.

Als ergänzende tiefenpsychologische Perspektive beziehen wir uns in unserer Arbeit auf die Integrative Therapie. Die Entwicklung der Persönlichkeit verläuft mit dem Blick der Integrativen Therapie¹⁹ als eine „Psychologie der Lebensspanne“²⁰ und beginnt nach der Entwicklung des Leib-Selbst als „archaisches Leib-Selbst“, das auch noch nach der Geburt mit der Mutter in Konfluenz lebt. Durch Kontakt und die sich herausbildenden Ich-Funktionen des bewussten Wahrnehmens und Fühlens, Erinnerns und Handelns²¹ entwickelt sich das reflexive Ich, das durch Ablösung aus der konfluenten Bindung intersubjektive Beziehungen aufnimmt und zur Begegnung/Beziehung fähig wird. Durch Reflexion erkennt das Ich sein Selbst und es entstehen Selbstbilder, die zusammen mit den Fremdbildern die Identität einer Person ausmachen. Selbstattribuierung und Identitätszuweisungen aus

¹³ FDR, 2005

¹⁴ FDR, 2005

¹⁵ Mentzos, 1984; Jede Lebensphase weist spezifische Entwicklungsaufgaben und Konflikte auf, die je nach erblicher Disposition und individuellem Reifungsgrad verarbeitet werden können. Z. B. die Konflikte symbiotische Verschmelzung vs. Subjekt-Objektdifferenzierung, Abhängigkeit vs. Autonomie, dyadische vs. triadische Beziehungsstrukturen

¹⁶ Kanthzian, 1986

¹⁷ Krystal und Raskin, 1983

¹⁸ Hollstein, 1998

¹⁹ Petzold, 1980

²⁰ Petzold, 1999

²¹ Petzold, 2003a: perzeptiver, memorativer und expressiver Leib

der sozialen Umwelt wirken unmittelbar auf das Leib-Selbst zurück, prägen und verändern dieses zu jedem Zeitpunkt der Persönlichkeitsentwicklung. Das reife Leib-Selbst verfügt über ein gut arbeitendes Ich und eine prägnante Identität. Identität schließt zwei Faktoren ein: das sich selbst erkennende Ich und das soziale Ich. „Identität konkretisiert sich im Schnittpunkt von Kontext und Kontinuum. Das Konzept der Identität ist von Ambiguität gekennzeichnet; es (...) umfasst die Verschränkung von Innen und Außen, von Individuellem und Gesellschaftlichem, von Rollenzuschreibung, von Rollenverkörperungen in der Zeit.“²²

Dieser Zusammenschluss der Ich-Funktionen zu einem kohärenten Ich kann gestört und beschädigt werden, so dass kein reifes Selbst, kein Ich herausgebildet werden kann.

Nach Petzold (2003) sind Suchtmittelabhängige Persönlichkeiten, die auf unterschiedlichen Niveaus der Persönlichkeitsentwicklung, der Sozialisation und des Entwicklungsgeschehens durch unterschiedliche pathogene Einflüsse, wie Traumatisierungen²³, beeinflusst wurden, die für den Menschen mit den Bewältigungsstrategien der jeweiligen Altersstufe nicht kompensierbar waren. Die daraus resultierende Schädigung des heranreifenden Leib-Selbst, ein schwaches Ich oder eine gestörte Identität finden wir nahezu bei allen Abhängigen. Die Drogeneinnahme ist vor dem Hintergrund der starken Beeinträchtigung der perceptiven und expressiven Fähigkeiten des Leib-Selbst eine Symptombildung, die als „starke Stimulation und Sedierung“²⁴ zugleich zu sehen ist, die die Schädigungen des Leib-Selbst, des Ichs oder der Identität in dysfunktionaler Weise kompensiert.

Auf allen Altersniveaus der Identitätsentwicklung des Abhängigen ist im Sinne der Lebenslaufperspektive Pathogenes und Zerstörerisches in den Blick zu nehmen, aber auch Ressourcen, Schutz- und Resilienzfaktoren sind zu berücksichtigen.

Die Bedeutung des Zeitkontinuums für das Erleben der eigenen Identität ist signifikant. Sowohl Menschen ohne befriedigende Zukunftsperspektive als auch Menschen, die mit einem Teil ihrer Vergangenheit gebrochen haben, weil sie sich mit Teilen ihrer Lebensgeschichte nicht mehr identifizieren können, leiden unter Störungen ihres Selbstwertes bzw. unter Identitätsverlust.

Die Arbeit mit den 5-Säulen der Identität²⁵ (a) Leib-Selbst, b) soziales Netzwerk, c) Arbeit und Leistung, d) materielle Sicherheit und e) Werte und Normen) als Leitprinzip der Persönlichkeitsentwicklung innerhalb der Behandlung trägt Schädigungen, Defiziten und Ressourcen Rechnung. Aber auch die vielfältig durchgeführte Panoramearbeit,²⁶ als Abbildung von Entwicklung vor dem Hintergrund verschiedenster persönlicher und sozialer Fragestellungen, verdeutlicht die Persönlichkeitsentwicklung vor dem Hintergrund von Erleben und Zeit.

In der Therapie der Suchtmittelabhängigkeit stellt die „interaktive Sozialität“²⁷ im Sinne positiv verstärkender Repräsentationen eine relevante Bezugsgröße dar. Aufgrund desolater sozialer Netzwerke kommt dem Bezugstherapeuten als „significant caring other“²⁸ im Bezugstherapeutensystem der Fachklinik Do it! und der Bezugs- und Therapiegruppe als „sozialer Welt (...) geteilter mentaler Repräsentationen“²⁹ mit protektivem und therapeutischem Wirkfaktor - neben Ressourcenaktivierung, Problemaktivierung und -bewältigung sowie motivationaler Klärung³⁰ - eine besondere Rolle zu, um neue reflektierte Beziehungserfahrungen zu machen, persönliche Ziele zu formulieren und Nachreifungsprozesse des Selbst einzuleiten. Die tiefenpsychologische psychotherapeutische Einzel- und Gruppentherapie arbeitet sich im therapeutischen Prozess (der therapeutischen Beziehung) zu den Grundstörungen und deren Auswirkungen im interpersonellen Bereich vor.

²² Petzold & Mathias, 1983

²³ Nach Petzold (2003a) Überstimulierungen mit negativen Reizen / Unterstimulierung, d.h. völliges Fehlen von Resonanzen.

²⁴ Petzold, 2004

²⁵ Petzold, 1985

²⁶ In der Fachklinik Do it! werden Lebens-, Arbeits-, Beziehungs-, Konflikt- sowie Suchtpanoramen als obligatorischer Bestandteil des Therapieverlaufs durchgeführt.

²⁷ Petzold, 2004

²⁸ Petzold et al. 1993

²⁹ Petzold, 2004

³⁰ Grawe, 2004

4.1.4. Lerntheoretische und systemische Aspekte

Als Ergänzung zum tiefenpsychologischen Grundverständnis von Abhängigkeitserkrankungen berücksichtigen wir in unserem Behandlungskonzept, dass das Suchtsyndrom aufgrund von Konditionierungsprozessen sowie durch den Einfluss sozialer Verstärkungsmechanismen eine eigenständige Lerngeschichte aufweisen kann.³¹ Auch die Modellwirkung des Substanzkonsums durch Familie und Peers und die Wirkung von spezifischen Verhaltenserwartungen und unspezifischen Einflüssen der Beziehungsqualität spielen eine wichtige Rolle.³² Die von Modellen übernommenen verhaltens- und substanzbezogenen Kognitionen haben oftmals einen erheblichen Einfluss auf Sozialverhalten und Konsumverhalten, so wie auch übergeordnete Ziele und Bedürfnisse, die Verstärkungswirkung von Situationen und Ereignissen auf den Substanzkonsum beeinflussen können.³³ Die auf Konditionierung und Verstärkerwirkung spezifischer Kognitionen zurückzuführenden Prozesse können eine Verselbstständigung der Suchtsymptomatik von der zugrunde liegenden Konflikt- und / oder Entwicklungspathologien nach sich ziehen.³⁴

Die neurobiologisch orientierte Suchtforschung hat in den letzten Jahren gezeigt, dass eine Sucht-Lerndynamik häufig in einem Absteigeprozess von psychischer zu organisch-biologischer Systemebene (vgl. das biopsychosoziale Modell) zur Herausbildung eines Suchtgedächtnisses führt.³⁵ Hieraus resultieren automatische, unbewusst ablaufende Reaktions- und Verhaltensmuster, für deren Veränderung intensive Erarbeitung von Selbstregulationsstrategien und die Förderung von Selbstwirksamkeitserfahrungen hinsichtlich abstinenzfördernder Verhaltensweisen notwendig sind.

Konzeptionell findet der kognitiv-lerntheoretische Ansatz zur Erklärung von Suchterkrankungen und Suchtverhalten in einem breiten psychoedukativen Angebot und kognitiv-verhaltenstherapeutischer Einzel- und Gruppenbehandlung und der Soziotherapie³⁶ Anwendung.

Neben der Vermittlung von Wissen über Suchtmechanismen und Wirkungsweisen von Suchtstoffen dient Psychoedukation auch der Vermittlung von Strategien im Umgang mit Craving, Emotionen und sozial als belastend und schwierig erlebten Situationen. Die vorgehaltenen Angebote, wie Rückfallprophylaxe, Training sozialer und emotionaler Kompetenzen, Anti-Gewalt-Training, Motivationsförderung und Entspannungstraining dienen hier der Steigerung von Selbstkontrolle und Selbstregulationsfertigkeiten und sind indikative Bestandteile des multimodalen, interdisziplinären Behandlungskonzeptes.

Die Außenorientierung (Realitätserprobung) dient als weiterer Baustein der kognitiv-lerntheoretischen Maßnahmen. In der Erprobungsphase werden unsere Rehabilitanden schrittweise realen Lebensbezügen ausgesetzt, die therapeutisch begleitet werden. Das wiederholte Erleben des „Standhaft- Bleibens“ in zuvor als problematisch erlebten Situationen oder Lebensbereichen trägt hier entscheidend zur Minderung des Suchtgedächtnisses und dessen Triggerstruktur bei.

Neben persönlichen Lernprozessen und der Umsetzung von neuen Einsichten in der Alltagsrealität spielt auch die direkte Einbeziehung des sozialen Umfeldes unserer Rehabilitanden eine wichtige Rolle im therapeutischen Prozess; dazu gehören insbesondere Paar - und Angehörigengespräche sowie Angehörigenseminare. Die Ebene der sozialen Beziehungen ist entscheidend an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Sucht beteiligt.³⁷ Die Integration der systemischen Perspektive in die Entwöhnungsbehandlung kann das Behandlungsergebnis maßgeblich positiv beeinflussen, u. E. ist der Einbezug Angehöriger und naher Freunde für die Stabilisierung der langfristigen Suchtmittelfreiheit von zentraler Bedeutung. Konfliktträchtige Themen kommen in Familien, in denen eine Suchtproblematik eine Rolle spielt, meistens nicht zur Sprache, z. B. bei Infragestellung der Beziehung

³¹ Vollmer und Kraut, 2000

³² Pinquart, Silbereisen, Weichold, 2005

³³ Vollmer, 2000

³⁴ Hoffmann und Hochapfel, 2004

³⁵ Böning, 2002

³⁶ Soziotherapie umfasst hier Arbeits- und Ergotherapie und Sozialtherapie im weitesten Sinne (Entwicklung von Freizeitverhalten, Motivationsförderung, Haltung zu Arbeit und Beschäftigung)

³⁷ Klein, 2005

und Schwierigkeiten im Umgang mit Ablösungsprozessen³⁸. In der Folge der sich immer wieder um Abhängigkeit und ihre Folgen fokussierender Kommunikation ist schließlich die gesamte Familie oder Beziehung in ihren Entwicklungsmöglichkeiten eingeschränkt, die Angehörigen stark belastet. Co-Abhängigkeit kann eine Problembewältigungsstrategie sein, die letztlich in ihrer Abhängigkeitsstruktur zum Problem wird.³⁹ Durch Angehörigenarbeit können die Schwierigkeiten vor dem Hintergrund der Sucht für beide Seiten relativiert und eine neue Beziehungsgestaltung eingeleitet werden. Die Angehörigenarbeit erfolgt nach systemisch-familiärentherapeutischen Methoden.

4.1.5. Neuropsychotherapeutische Aspekte⁴⁰

Der tiefenpsychologisch fundierte und lerntheoretisch sowie systemisch orientierte Behandlungsansatz berücksichtigt Ergebnisse der neurowissenschaftlichen Forschung zu psychopathologischen und suchtspezifischen Prozessen.⁴¹ Neuropsychotherapie bezeichnet eine schulübergreifende Psychotherapie, die auf den Grundlagen neurowissenschaftlicher Erkenntnisse Handlungsleitlinien für Psychotherapeuten und andere soziale Berufe entwickelt. Sie beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Thema der Motivation zur Veränderung und dem, was passieren muss, damit ein Mensch bereit ist, sich zu verändern und seine Verhaltensänderungen auch längerfristig bestehen bleiben. Dies ist eine zentrale Frage der Psychotherapie. Abhängige Verhaltensweisen sowie auch psychische Symptome, wie Ängste und Depressionen, sind an spezifische neuronale Verschaltungsmuster gekoppelt. Sie können als somatopsychische Bewältigungsstrategien von chronischen inneren Spannungszuständen verstanden werden.⁴² Die zugrunde liegenden Spannungszustände werden von Grawe (2004) als lebensgeschichtlich erworbene Inkonsistenzspannungen bezeichnet, die auf kumulierte, im interaktionellen Kontext entstandene Inkongruenzerfahrungen bezüglich der Befriedigung der vier zentralen menschlichen Grundbedürfnisse zurückzuführen sind, die da sind:

- a) Selbstwerterhöhung und -schutz,
- b) Orientierung und Kontrolle,
- c) Lust und Unlustvermeidung sowie
- d) Bindung.

Inkongruenzerlebnisse dieser Grundbedürfnisse, oftmals persistierend, bis in die Kindheit zurückreichend, führen zu einem dauerhaft erhöhten Inkonsistenzniveau im psychischen Bereich, das sich in neurophysiologisch verankerten Schemata determiniert.⁴³ Der Mensch strebt nach Befriedigung der o. g. Grundbedürfnisse. Beeinflusst durch seine Lebensbedingungen, entwickelt er zur Befriedigung bzw. zum Schutz der Befriedigung ihm dienende Annäherungs- und Vermeidungsziele, darüber hinaus Mittel, die der Realisierung seiner Ziele Vorschub leisten. Ziele und Mittel zur Zielerreichung sind sog. Motivationale Schemata, die Erleben und Verhalten bestimmen. Suchtverhalten ist somit als neurobiologisch erklärbares Vermeidungsschema⁴⁴ zu sehen, das einer Dämpfung (einerseits verstärkend, dopaminerg und andererseits dämpfend im Mandelkernbereich) der Inkonsistenzspannungen dient. Fortdauernder Suchtmittelkonsum bedingt Bahnungen von komplexen neuronalen Strukturen, die eine bleibende Reaktionsbereitschaft nach sich ziehen.

Die neurobiologische Forschung belegt, dass die Plastizität des Gehirns durch psychosoziale Einflüsse auch für die Psychotherapie genutzt werden kann.⁴⁵ Suchtmittelbedingte Konditionierungen verankern sich tief in den emotionalen Gedächtnisstrukturen (Suchtgedächtnis) und können unbewusst handlungsleitend werden. Grundlegend in der Suchtbehandlung ist es daher, bewusste Handlungsfähigkeit und emotionale Selbstregulationsfähigkeit zu stärken. Erfahrungen, dass Ängste aus

³⁸ Wegscheider, 1988

³⁹ Rennert, 1990

⁴⁰ Grawe, 2004

⁴¹ Grawe, 2004; Schiepek, 2004

⁴² Hüther, 2001

⁴³ vgl. auch Festinger, (1957) Theorie der kognitiven Dissonanz und Antonovsky, (1997) Kohärenzkonzept der Salutogenese

⁴⁴ Bahnungen sind insbesondere begünstigt durch einseitige, Denken und Fühlen sowie auch Handeln bestimmende neuronale Verschaltungsmuster (Schemata), je häufiger sie ein Mensch erfolgreich einsetzt, um Angst zu bewältigen (Hüther, 2001). Diese Bahnungen können zu psychischen Störungen und Abhängigkeiten führen.

⁴⁵ Grawe, 2004

psychosozialen Konflikten resultieren und sich auch auf andere Weise bewältigen lassen, leiten eine Entwicklung von alternativen Strategien ein, die ebenfalls strukturell verankert werden können.⁴⁶

Grawe (2004) schlägt zur Veränderung neuronaler Strukturen eine Kombination von störungsspezifischen und inkonsistenzbezogenen therapeutischen Maßnahmen vor. Die Fachklinik Do it! trägt durch ein konsequent bezugstherapeutisches und beziehungsorientiertes Setting dieser Forderung Rechnung. Störungsspezifische, indikative Angebote ergänzen das Angebot.

Auf Symptomebene wird hierbei versucht, das neurobiologisch verankerte Suchtgedächtnis durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen und spätere Realitätsexposition zu überlagern. Dies geschieht im Sinne eines Umlern- und Überlagerungsprozesses.⁴⁷

Die Behandlung der Grundstörung wird tiefenpsychologisch-beziehungszentriert umgesetzt und setzt bei den sog. unspezifischen Wirkfaktoren der Behandlung an. Intendiert ist hier Beziehungsgestaltung und Ressourcenaktivierung, wobei im therapeutischen Kontext den individuell zu berücksichtigenden Grundbedürfnissen (siehe oben) durch das Bezugstherapeutensystem und die Bezugsgruppen, einen klaren Regel- und Behandlungsplan, eine Zielorientierung durch Akzeptanz und regelmäßige positive Rückmeldungen Rechnung getragen wird. Dies setzt die Mobilisierung von bereits vorhandenen Ressourcen voraus.

4.1.5. Traumatherapeutische Aspekte

Seit 2007 sind in die therapeutische Arbeit traumatherapeutische Ansätze integriert, die sich aus der ständigen Evaluierung der Erfahrungen in der täglichen Arbeit mit mono- und komplextraumatisierten Rehabilitanden durch das ärztliche und therapeutische Team im Qualitätszirkel „Traumatherapie“ entwickelt haben. Deutlich wurde, dass die Traumatherapie sich mit den im Folgenden diskutierten Rahmenbedingungen in der Suchttherapie auseinandersetzen muss, um sich wirkungsvoll zu integrieren.

In der stationären Rehabilitation Suchtkranker ist die traumatherapeutische Behandlung mittlerweile ein konzeptioneller Standard geworden (FVS, 2009). In der Rehabilitations - Landschaft war es nicht immer so, dass sich diese Konvergenz sichtbar machen und in der Praxis umsetzen ließ. Vielmehr wurde das Divergierende oder Konkurrierende dieser Konzepte hervorgehoben⁴⁸.

Traumatherapie	Suchttherapie
<ul style="list-style-type: none"> - Stress vermeiden - Würdigung traumabedingter Copingstrategien (z. B. Sucht, Aggression, sozialer Rückzug) - Individuelle Vereinbarungen - Therapeut als Begleiter - Rückzug ermöglichen, Überforderung vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> - Konfrontation und Frustrationstoleranz - Krankheitseinsicht (Sucht = dysfunktionale Bewältigungsstrategie) - Allgemein verbindliche Regeln und Verhaltensrichtlinien - Therapeut als Gegenüber - Rückzug einschränken, fordernder Alltag

Während in der Traumatherapie der Ansatz „Trauma first“⁴⁹ nicht zu Unrecht formuliert wurde - denn erst nach der Bearbeitung der PTBS ist eine weitergehende therapeutische Arbeit möglich - ist dies u. E. aus suchttherapeutischer Sicht in der Arbeit mit der Komorbidität von Abhängigkeit und PTBS zu modifizieren.

In der Fachklinik Do it! wird eine suchtspezifische Behandlung und Stabilisierung der Abhängigkeit für vorrangig betrachtet. Die Traumatherapie schließt sich in der Regeln dann an, wenn psychische

⁴⁶ Hüther, 2001

⁴⁷ Eine Löschung des Suchtgedächtnisses ist nach aktuellem suchtmmedizinischem Forschungsstand nicht möglich. Eine Behandlung von Triggerreizen mit EMDR wird derzeit beforscht.

⁴⁸ vgl. Fortbildungsmanuskript, Trauma und Sucht, Kiel, Koc, 2006 nach Theunissen

⁴⁹ Reddemann, 1999

Stabilität ohne Drogen im Alltag erfahren wurde. Dennoch haben sich insbesondere die Stabilisierungsübungen⁵⁰ als ein Gewinn für diese Stabilisierungsphase in der stationären Praxis bewährt und werden indikativ für die Rehabilitanden eingesetzt. Für die Haltequote und die Psychohygiene im Hause zeigt dies positive Effekte.

Die eigentliche Bearbeitung der komorbiden oder zu Grunde liegenden Traumatisierung kann durch die Aktivierung traumaassoziierter Affekte belasten und so auch Craving mit sich bringen, bevor durch die Durcharbeitung und Integration der traumatischen Erinnerung eine Entlastung erfolgt. Bei entsprechend diagnostizierten Fällen sollte die Traumatherapie dann folgen, um zu einer grundsätzlichen psychischen Entlastung zu gelangen. In Einzelfällen wird die traumatherapeutische Behandlung zügig eingeleitet um den suchtttherapeutischen Prozess zu befördern. Ziel und Zweck des herausgearbeiteten Prozesses ist die Diagnostik und Behandlung verschiedener einfacher und komplexer Traumatisierungen im Rahmen der Therapiekernphase der Behandlung. Die Umsetzung der traumatherapeutischen Behandlung erfolgt mit EMDR⁵¹, PITT⁵², Ego-State-Therapie⁵³ und Seeking Safety⁵⁴, die parallel zum suchtttherapeutischen Prozess je nach Indikation eingesetzt werden. In der Behandlung mit den genannten Methoden spielen neurobiologische Aspekte eine wesentliche Rolle.⁵⁵

4.2. Rehabilitationsindikationen, Kontraindikationen und Aufnahmevoraussetzungen

Die Aufnahme erfolgt im Verbund mit den vermittelnden Stellen und in Absprache mit den Leistungsträgern.

Das Angebot richtet sich an die Zielgruppe der Rehabilitanden ab 18 Jahren aus den Indikationsgruppen mit Hauptsuchtdiagnose nach ICD-10-GM Cannabis, Opioide, Stimulanzien, Kokain, Sedativa und Hypnotika, Halluzinogene, Lösungsmittel und multipler Substanzgebrauch sowie an Menschen mit der Nebendiagnose Glücksspielsucht und pathologischem Internetgebrauch.

Nebenindikationen sind komorbide psychische Störungen, wie z.B. affektive Störungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen und aktuell nicht floride Psychosen sowie weitreichend körperliche Begleiterkrankungen.

Die Fachklinik ist nach §§ 35, 36 und 37 BtMG anerkannt.

Die Aufnahme von Paaren ist grundsätzlich möglich. Die Partner werden in zwei unterschiedlichen Bezugsgruppen untergebracht, um die individuelle Entwicklungsmöglichkeit der Partner zu fördern. Begleitende Paargespräche sind vorgesehen.

Substituierte Rehabilitanden, die bereit sind das Substitut während der Therapiezeit schrittweise abzusetzen, können in der Einrichtung Do it! zur Rehabilitationsbehandlung aufgenommen werden (siehe Abschnitt 4.7.3. Medizinische Therapie; Ausstiegsorientierte Substitution).

Vorgespräche zur Abklärung der Indikation erfolgen im Einzelfall nach vorhergehender Absprache. Bei Wiederaufnahmen sind Vorgespräche zur Klärung der Behandlungsmotivation obligatorisch.

Nach vorheriger Absprache mit der Entzugsklinik (behandelndem Arzt) und dem Einrichtungsarzt werden medikamentös eingestellte Rehabilitanden aufgenommen.

Notwendige Aufnahmevoraussetzungen:

⁵⁰ Reddemann, 1999 und Najavits, 2006

⁵¹ Shapiro, 2001

⁵² Reddemann, 2001

⁵³ Watkins und Watkins, 1996

⁵⁴ Najavits, 2006

⁵⁵ Shapiro, 2001

- Körperliche und psychische Rehabilitationsfähigkeit (ausreichende Mitwirkungsfähigkeit).
- Abgeschlossene körperliche Entgiftung bzw. Reduktion des Substituts bei Antragstellung auf 6 ml/mg.
- Bei Cleanaufnahmen ohne stationäre Entgiftung im Vorfeld müssen entsprechende Nachweise erbracht werden.
- Sozialbericht und gültige Kostenzusage des Leistungsträgers.

Kontraindikation:

- Akute oder schwerwiegende chronische Psychosen
- Akute Suizidalität
- Bestehende Schwangerschaft
- Schwere geistige Behinderung
- Hauptsuchtdiagnose Alkohol
- Dauerschmerzmedikation mit opiathaltigen Analgetika
- Substituteinnahme über 6 ml/mg und/oder nach wie vor bestehender Beikonsum

4.3. Rehabilitationsziele

Das zentrale Behandlungsziel der medizinischen Rehabilitation ist die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bzw. die gesellschaftliche und berufliche Wiedereingliederung. Die Voraussetzung dafür ist die dauerhafte, gefestigte und zufrieden stellende Abstinenz von Suchtmitteln.

Dazu gehört die Wiederherstellung und Stabilisierung der körperlichen und psychischen Belastbarkeit, das Erlernen einer möglichst autonomen Lebensführung und die Einübung adäquater Bewältigungsstrategien.

Als suchtspezifische Behandlungsziele, die eine langfristig abstinenten Lebensweise der Rehabilitanden unterstützen, lassen sich zusammenfassen:

- Entwicklung von Krankheitseinsicht, -verständnis und Abstinenzmotivation
- Stabilisierung der Abstinenzfähigkeit, Aneignung von suchtmittelfreien Erlebens- und Verhaltensweisen
- Auseinandersetzung mit den intrapsychischen Funktionen der Suchtmittel und den biographischen Hintergründen der Abhängigkeitsentwicklung
- Erwerb von persönlichen Bewältigungsstrategien für Rückfallsituationen sowie Ressourcen und Strategien zum adäquaten Umgang mit bereits eingetretenen Rückfällen (primäre und sekundäre Rückfallprävention)
- Entwicklung zufriedenstellender Lebensführung in einem aktiven und selbstbestimmten Leben
- Weitere Planung von Maßnahmen zur Stabilisierung der Behandlungsziele

Da Suchterkrankungen mit Störungen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene einhergehen, verfolgt unsere Rehabilitationsbehandlung additiv weitergehende und vertiefende Behandlungsziele. Diese sind primär auf die Behandlung von komorbiden bzw. der Suchterkrankung zugrunde liegenden psychischen Störungen, auf Heilung bzw. Linderung von körperlichen Begleiterkrankungen der Abhängigkeit und auf Veränderung der sozialen und beruflichen Situation der Rehabilitanden ausgerichtet.

Das übergeordnete Ziel der Behandlung ist die Schaffung von Grundlagen einer psychischen und körperlich möglichst beschwerdefreien Persönlichkeit, die zu einer weitgehend autonomen Lebensführung und zu freien persönlichen Entscheidungen in der Lage ist. Dazu gehört auch die Befähigung zur Teilhabe an Arbeit und gesellschaftlichem, sozial befriedigendem Leben.

Konkrete rehabilitandenbezogene Behandlungsziele orientieren sich an den im Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger 2004 formulierten Zielebenen des Rehabilitationsprozesses⁵⁶, beziehen die bestehenden Ressourcen des Rehabilitanden ein und umfassen entsprechende Behandlungsbausteine:⁵⁷

Auf der **somatischen Ebene** lassen sich folgende Behandlungsziele nennen:

- Diagnostik des somatischen Zustandsbildes und Besserung von Folgeschäden der Abhängigkeitserkrankung
- Behandlung der und Verhinderung der Verschlimmerung von bestehenden Störungen der Körperfunktionen
- (Wieder-)Aufbau der körperlichen Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit
- Medizinische Unterstützung bei protrahiertem Entzugssyndrom
- Förderung von gesundheitsbewusstem Handeln, Vermittlung von Kompetenzen, mit gesundheitlichen Einschränkungen zu leben
- Verordnung und Optimierung von notwendiger Medikation

Auf der **psychozialen und psychischen Ebene** lassen sich folgende Behandlungsziele nennen:

- Linderung der durch den Suchtmittelkonsum bedingten sekundären psychischen Beschwerden und Diagnostik sowie Reduktion der Symptomatik primärer Störungen (Grundproblematik), wie Ängste, Depressionen, emotionale Instabilität, allgemeine Labilität.
- Psychische Stabilisierung durch Entspannungs-, Regenerations- und Stressbewältigungsfähigkeiten, Verbesserung der Bewältigungskompetenz sowohl der Suchterkrankung als auch der komorbiden psychischen Störung
- Bearbeitung kognitiver Aspekte, wie dysfunktionale Kognitionen, Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Verbesserung der Kohärenz zwischen Verhalten und den Grundbedürfnissen
- Aufarbeitung der mit der Suchterkrankung verbundenen intrapsychischen Konflikten
- Verbesserung der Konflikt-, Interaktions-, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- Klärung von Sinn- und Wertfragen
- Verbesserung der Realitätsakzeptanz, Verbesserung der Frustrationstoleranz und Akzeptanz von eigenen Grenzen

Auf der **sozialen, gesellschaftlichen und beruflichen Ebene** lassen sich folgende Behandlungsziele nennen:

- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit sowie Wiedereingliederung in das Arbeitsleben
- Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit und der beruflichen Leistungsbereitschaft
- Klärung der aktuellen beruflichen Situation, ggf. unter Einbezug des Arbeitgebers
- Förderung von beruflichen Änderungswünschen und Zielvorstellungen, Förderung beruflicher (Neu-)Orientierung und Einleitung von Maßnahmen zur Teilhabe
- Thematisierung von Belastungsfaktoren, Konflikten und Überlastung im Arbeitsleben
- Erarbeitung von Strategien im Umgang mit Arbeitslosigkeit
- Erarbeitung einer angemessenen Freizeitgestaltung
- Aufarbeitung von Konflikten und/oder Aufbau des Kontaktes mit Bezugspersonen, Hilfe bei der Problemlösung im sozialen Nahfeld/sozialen Bereich, Aufbau eines sozialen Netzwerkes, Integration in Selbsthilfegruppen

⁵⁶ Die Zielebenen sind aus dem ICF abgeleitet.

⁵⁷ Obligatorisch wird der Therapiezielfragebogen nach ICF in einer Bearbeitung des UKE/Doit! durchgeführt. In der Initialphase der Behandlung arbeiten die Rehabilitanden mit dem 4-Felder-Schema (Grawe, 2004) ihre Behandlungsmotivation aus und erarbeiten ihre Therapieziele anhand der 5 – Säulen der Identität von Petzold (2001)

- Klärung der finanziellen und juristischen Situation, Einleitung von Maßnahmen der Schuldenregulierung

Allen genannten Ebenen flankierend steht die **psychoedukative Ebene**, die sich an der Verbesserung des Gesundheitszustandes und der vertieften Krankheitseinsicht sowie deren Bewältigung orientiert. Sie umfasst entsprechende Informationsveranstaltungen, motivierende Maßnahmen und Schulungen:

- Vermittlung und Information über die Suchterkrankung, über komorbide Störungen und das Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Suchterkrankung
- Einführung in und Motivation zur Behandlung
- Information über und Vermittlung von Kommunikationsstrategien
- Vermittlung und Information zu neurobiologischen Vorgängen zur Emotionsregulation
- Vermittlung von Methoden zur Rückfallprophylaxe
- Angehörigenseminare und –gespräche
- Training emotionaler Kompetenzen
- Ernährungsberatung und den Umgang mit Essstörungen
- Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit körperlichen Einschränkungen

4.4. Behandlungsangebot und –dauer

- Die Behandlungsdauer beträgt von 3 - 4 Monaten (Auffangbehandlung) bis zu 6 Monaten (Langzeittherapie). Die Behandlungsdauer kann sich allerdings auch am individuellen Bedarf und der Fähigkeit des Patienten orientieren.
- Therapieerfahrene Rehabilitanden erhalten eine an der individuellen Problemlage orientierte Auffangbehandlung.
- Eine modulare Behandlung (Kombi-Nord) ist im Verbund der *therapiehilfe e.v.* und/oder mit externen Kooperationspartnern im Verbundsystem möglich.

4.4.1 Kombinationstherapie (Kombi-Nord)⁵⁸

Neben den in sich abgeschlossenen Rehabilitationsbehandlungen, ist es in der Fachklinik Do it! möglich im Rahmen des Verbundsystems „Kombinationsbehandlung für Abhängigkeitserkrankungen in Norddeutschland „Kombi-Nord“ eine modulare Behandlung einzuleiten. Wir arbeiten hierfür eng mit trägerinternen und externen Partnern des Verbundsystems in Norddeutschland zusammen, um eine adäquate Überleitung in das stationäre Behandlungsmodul und aus ihr heraus zu gewährleisten.⁵⁹

Der Behandlungsrahmen von Kombi-Nord beläuft sich auf einen Gesamtbewilligungszeitraums von 52 Wochen für ambulante, ganztägig ambulante, stationäre und adaptive Interventionen. Die stationäre Behandlung wird von der beantragenden Beratungsstelle in den Gesamtprozess eingeplant. Für jede Interventionsform ist ein eigenes Zeitbudget vorgesehen. Die Behandlungsdauer im stationären Setting beträgt maximal 22 Wochen.

Voraussetzung für die Aufnahme in der Fachklinik Do it! im Rahmen von Kombi-Nord ist die Primärindikation Drogenabhängigkeit bzw. Politoxikomanie. Innerhalb der Kombi-Nord-Behandlung bietet die Fachklinik Do it!, neben einer regelhaften Kurzzeitbehandlung (max. 22 Wochen) u. a. folgende Behandlungsschwerpunkte, die innerhalb derer indiziert werden können:

⁵⁸ Siehe hierzu das dezidierte Konzept Kombi-Nord Fachklinik Do it und Externe Adaption Do it! Juli 2011

⁵⁹ Grundlage ist die Konzeption der DRV Braunschweig-Hannover, DRV Nord und DRV Oldenburg-Bremen sowie die Neuerungen des Merkblattes Kombi-Nord der DRV Nord, 18.09.2009.

- **Arbeitstraining**

Hier können Rehabilitanden an eine Arbeitszeit bis zu 6 Stunden täglich herangeführt werden. Dies dient der entsprechenden Vorbereitung auf den Arbeitsmarkt unter arbeits- und belastungstherapeutischer Begleitung. Das Arbeitstraining umfasst angeleitete Phasen bis hin zur völlig selbständigen Planung und Durchführung von Arbeitsgängen. Begleitet wird das Training durch Leistungsbeobachtungen und entsprechende Befundungen.

- **Krisenintervention**

Rehabilitanden, die innerhalb der Kombi-Nord-Behandlung eine Krisenintervention benötigen, können diese in stationärem Rahmen in Anspruch nehmen. Neben einer Stabilisationsbehandlung kann eine Planung spezieller indikativer Angebote mit dem Ablaufcontroller durchgeführt werden. Die ambulante Behandlung kann nach der Stabilisationsphase weitergeführt werden.

- **Traumatherapie**

Um eine traumatherapeutische Behandlung bei Drogenabhängigen einzuleiten bzw. durchzuführen, bietet sich ein stationärer Aufenthalt an. Innerhalb der Kombi-Nord-Behandlung kann eine traumatherapeutische Behandlungsphase, die supportiv auf den Gesamtbehandlungsprozess wirken kann, geplant werden. Flankierend können die Rehabilitanden weitere indikative Behandlungsangebote in Anspruch nehmen.

4.5 Individuelle Rehabilitationsplanung und Indikation

Aus der interdisziplinären, multiaxialen Eingangsdiagnostik, u. a. mit neuropsychotherapeutischen Instrumenten gewonnenen Ergebnissen, wird in den ersten Wochen der Rehabilitationsbehandlung von den beteiligten Berufsgruppen in rehabilitandenbezogenen Fallbesprechungen ein Gesamteindruck des jeweiligen Rehabilitanden zusammengefasst (Fallkonzeption). Die darauf aufbauende, individuelle Therapiezielformulierung unter störungsrelevanten Aspekten (körperlicher Zustand, Suchterkrankung, Psyche/Persönlichkeitsentwicklung, Ressourcen und Barrieren, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Teilhabe) und der zentrale therapeutische Fokus unter Einbeziehung der Ziele des Rehabilitanden wird maßgeblich durch den Bezugstherapeuten gesteuert und integriert. Das auf ICF, tiefenpsychologische und neuropsychotherapeutische gestützte Gesamtbild gilt als zentrale Orientierung für den Therapieverlauf und die therapeutischen Interventionen. Die Fachaufsicht über den Prozess hat die medizinische sowie die therapeutische Leitung der Fachklinik.

Vor dem Hintergrund des integrativen Ansatzes spielt die Sichtweise der Neuropsychotherapie und der tiefenpsychologische Fokus überall dort eine Rolle, wo die Beziehungsperspektive, Konfliktschemata (Annäherungs- und Vermeidungsschemata zur Erfüllung der Grundbedürfnisse) und interaktionelle Aspekte zum Tragen kommen (Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Milieuthérapie, indikative, gruppenübergreifende Angebote, Arbeits- und Ergotherapie, Freizeitgestaltung).

Neben dem psychotherapeutischen Fokus sind soziale sowie auch arbeitsbezogene Schwerpunkte in der Rehabilitation gesetzt. Vom behandlungsbezogenen Vorgehen heißt dies, dass in den ersten Wochen der Behandlung auf die psychodynamischen sowie sozialen, familiären und beruflichen Folgen der Suchterkrankung eingegangen und einem umfassenden Behandlungsansatz Rechnung getragen wird. Formulierten Rehabilitationsteilziele werden von den therapeutischen Mitarbeitern in den jeweiligen Arbeitsfeldern mit den Rehabilitanden in konkreten Behandlungsschritten abgestimmt.

Im Verlauf wird durch prozessorientierte Bilanzierung mit dem Rehabilitanden, in den therapeutischen Kleinteams (Flurtherapeuten) und in Fallbesprechungen der Berufsgruppen eine Therapieteilzieleerreichung überprüft. Der Patient erarbeitet in seiner Bilanzierung, neben der Zielerreichung, relevante Themen für die weitere Behandlungsplanung, die den jeweiligen individuellen Bedürfnissen angepasst wird und einen Zukunftsausblick beinhaltet, der in einer konkreten Maßnahmeplanung mündet (Planung und Beantragung weiterführender Maßnahmen wie Adaption, Nachsorgewohngemeinschaft, ambulante Nachsorgebehandlung).

Parallel zu den berufsgruppenübergreifenden Fallbesprechungen wird der Behandlungsprozess in extern angeleiteten Fallsupervisionen reflektiert. Relevante Weiterentwicklungen des psycho- und suchttherapeutischen Fokus können hier nicht nur zu einer Anpassung der Behandlungsstrategien, sondern auch zu einer Veränderung im therapeutischen Setting, Verkürzung oder Verlängerung der Behandlungsdauer führen.

4.6. Rehabilitationsprogramm – Grundlagen: Therapeutische Gemeinschaft, Ressourcenorientierung, Eigenverantwortung und Selbsthilfefähigkeit

Die inhaltliche Ausrichtung unserer therapeutischen Maßnahmen leitet sich aus dem zuvor skizzierten Persönlichkeits-, Krankheits- und Suchtverständnis ab.

Damit stehen im Fokus der Behandlung:

- Diagnostik und Behandlung von seelischen Störungen, die komorbiden Charakter vorweisen oder der Suchterkrankung zugrunde liegen.
- Symptombezogene, die Suchtmittelabhängigkeit in ihrer Funktionalität fokussierende Maßnahmen.
- Medizinische Diagnostik und Therapie von körperlichen Begleit- und Folgeerkrankungen.
- Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, der Fähigkeit zur selbständigen Lebensführung, soziale Integration und familiäre Eingebundenheit.

Das praktisch-therapeutische Vorgehen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in unserer Klinik ist methodenintegrativ ausgerichtet. Je nach Qualifikation unserer Mitarbeiter kommen folgende Ansätze zum Einsatz: tiefenpsychologisch-integrative Methoden,⁶⁰ psychoanalytisch-interaktionelle Methoden,⁶¹ kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze,⁶² familien- und systemische Therapie, Gesprächspsychotherapie⁶³ und Psychodrama⁶⁴ sowie Traumatherapie.⁶⁵ Darüber hinaus ist die Neuropsychotherapie⁶⁶ für alle dargestellten Ansätze handlungsleitend.

Methodenübergreifend ist die Behandlung durch Präsenz, ein orientierunggebendes, authentisches Kontakt- und Beziehungsangebot der Mitarbeiter getragen. Diese begleiten den Behandlungsprozess des einzelnen Rehabilitanden in akzeptierender, verständnisvoller - wenn nötig - konfrontierender Weise. Therapeutische Interventionen sind gesamt betrachtet auf die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung des Rehabilitanden ausgerichtet. Durch die Verdeutlichung innerer Ambivalenzen des Suchtkranken hinsichtlich des eigenen Suchtmittelkonsums soll eine tragfähige Veränderungsmotivation entwickelt werden.

Die Flurgemeinschaft als therapeutische Gemeinschaft

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit liegt im Einzel- und Gruppensetting. Das Zusammenleben der Rehabilitanden in der therapeutischen Einrichtung ist darauf angelegt, die Stärken des einzelnen Rehabilitanden zu fördern und seine Defizite durch Konfliktlösungsstrategien zu bewältigen. Der haltgebende Rahmen des stationären Behandlungssettings ist bei den häufig schwer psychisch und physisch beeinträchtigten Rehabilitanden mit vormals destabilisierendem Umfeld indiziert. Die bisherige kompensatorische Funktion des Suchtmittelgebrauches, u. a. im sozialen Kontext, wird schnell evident. So erwächst ein Zugang zu prozessorientierten Selbsterfahrungs- und Veränderungsmöglichkeiten im sozialen Gefüge der Gruppe. Hier führt die Übertragungsdynamik zu korrigierenden emotionalen

⁶⁰ Petzold, 1993

⁶¹ Heigl-Evers, Kernberg

⁶² Volmer u. Kraut, 2000, Lindenmeyer, 1999

⁶³ Rogers, 1973

⁶⁴ Wöhrle, 1994

⁶⁵ Shapiro, Reddemann

⁶⁶ Grawe, 2004

Erfahrungen und fördert selbstreflexive sowie identifikatorischen Prozesse, die der Nachreifung in den Bereichen Selbstwahrnehmung, Selbstregulierung und Beziehungsgestaltung dienen.

Die Rehabilitanden leben in Flurgruppen von bis zu 16 Personen in unserer Einrichtung zusammen, wobei die Mischung aller Phasen untereinander und die Vorbildfunktion von Rehabilitanden, die sich bereits längerfristig in Behandlung befinden, ein soziales Training in lebenspraktischen Tätigkeiten gewährleisten soll.

Neben der Klärung der Beziehungsdynamiken fokussiert die Therapie hier durch das soziale Training auf Verhaltensveränderungen. Insbesondere dann, wenn die Suchterkrankung als ein fehlgeleiteter Selbstheilungsversuch⁶⁷ verstanden wird, gilt es, eigene aufrechterhaltende Anteile der zugrundeliegenden Störungen zu bearbeiten und suchtmittelunabhängige Lebensperspektiven und Problemlösungsansätze im sozialen Kontext zu entwickeln und zu erproben. Dieses Vorgehen bietet drei Vorteile:

- Integration neuer Gruppenmitglieder in den bestehenden Gruppenprozess.
- Ständige Reflektion des einzelnen Rehabilitanden im Gruppen- und Einzelsetting.
- Initiierung und Steuerung der gesundheitsorientierenden Faktoren durch Mitrehabilitanden und Therapeuten.

Das gruppentherapeutische Setting (Klein- und Großgruppe, Hausplenum und Indikationsgruppen) ermöglicht in einem breiten Umfang zwischenmenschliche Austauschprozesse (Kontaktprozesse), die zur Verdeutlichung insuffizienter interpersoneller Verhaltensweisen und vielschichtiger Beziehungserfahrungen genutzt werden können. Die maladaptiven und konflikterzeugenden Interaktionsmuster der Rehabilitanden werden somit nicht nur im psychotherapeutischen Angebot transparent, sondern im gesamten Raum der Klinik und der therapeutischen Gemeinschaft. Ziel ist es, den Rehabilitanden in den verschiedenen Bezugsfeldern durch Feedback bezüglich ihrer habituellen Interaktionsmuster Raum zu geben, um durch korrigierende emotionale Erfahrungen Veränderungen an sich selbst oder ihren interpersonellen Verhaltensweisen in die Wege leiten und erproben zu können. Ein weiterer Grundstein zum Erlernen sozialer Regeln und Normen und der Moderation des zwischenmenschlichen Miteinanders unter Einbeziehung suchtherapeutischer Notwendigkeiten sind die schriftlich vorliegenden Verhaltensrichtlinien, die jedem Rehabilitanden bei Antritt der Behandlung ausgehändigt werden.

Ressourcenorientierung

Neben einer klaren Orientierung an Veränderungsmotivation und der therapeutischen Gemeinschaft als sozialem Kontext ist die Ressourcenorientierung grundlegende therapeutische Haltung. Nach Grawe (2004) stellt diese einen der wichtigsten Wirkfaktoren der Psychotherapie dar und weist supportiven Einfluss auf die Veränderungsmotivation vor.

Die Ressourcen eines Menschen umfassen nicht nur materielle Ausstattung, soziale Stützsysteme oder institutionelle Unterstützung, sondern auch seine physischen und psychischen Kompetenzen, seine Fähigkeiten und Fertigkeiten, Neigungen und Begabungen sowie seine vorangegangenen Erfahrungen in Zielerreichungs- und positiv erlebten Problemlösungserfahrungen.

Durch eine konsequente Ausrichtung und Exploration bisher nur brüchiger oder ungenutzter Potentiale werden Selbststeuerungsaktivitäten gefördert und positive Kontrollerwartungen vermittelt.

Ressourcen sind aus neurobiologischer Perspektive neuronale Netzwerke, die positiv bewertet mit der Erfüllung menschlicher Bindungs- und Kontrollbedürfnisse korrespondieren.⁶⁸

Durch die bedürfnisbefriedigende Wahrnehmung werden positive Gefühle ausgelöst und die Selbstwirksamkeitserwartung, z. B. für problematische Inhalte, unterstützt.

Ressourcenorientierung beschreibt eine therapeutische Grundhaltung, die das Selbstmanagement und die Selbstkontrolle, die Zielorientierung und eine allgemeine Lebenszufriedenheit der Rehabilitanden fördert. Dies bezieht auch die Nutzbarmachung von eher problematischen Verhaltensweisen in ihrem Ressourcenpotential zur Entwicklung von neuen Lösungsmustern ein.

⁶⁷ Kanthzian, 1986

⁶⁸ Grawe, 2004

Eigenverantwortung und Selbsthilfe

Zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit, der beruflichen und sozialen Reintegration und der Herstellung dauerhafter, gefestigter Abstinenz spielt die Übernahme von Eigenverantwortung und die Aktivierung von Selbsthilferessourcen eine gewichtige Rolle. Viele der Rehabilitanden haben im Suchtprozess die Fähigkeit zur selbständigen Lebensgestaltung und zur Übernahme von Eigenverantwortlichkeit zumindest partiell eingebüßt. Die Übernahme von Selbstverantwortung für die eigene Entwicklung und die beruflichen/sozialen Lebensumstände gilt auf allen Interventionsebenen als vorrangiges Behandlungsziel. Dies beinhaltet für die Behandlung der Rehabilitanden die Ebenen von krankheitsrelevanten Informationen und edukativen Angeboten und

- Information über Behandlungsmöglichkeiten,
- aktive Teilhabe an der Therapiezielbenennung,
- Diagnostik der Ressourcen und Selbsthilfefähigkeiten sowie der Defizite,
- Einbezug der Rehabilitanden in die Behandlungsplanung und Wahl der Methoden.

Ziel ist es, eine therapeutische Begleitung in die Wege zu leiten, die eine Befähigung zur selbständigen Lebensführung und persönlichen Entscheidungsfreiheit zum Ziel hat.

Therapeutische Bezugspersonen übernehmen zunächst intrapsychische und interpersonelle sowie soziale Regulationsfunktionen, um Halt und Orientierung zu vermitteln. Aus diesen passageren Hilfs-Ich-Funktionen heraus unterstützen die Therapeuten durch eine sukzessive Erhöhung der Frustrationstoleranz im Wechsel mit Ressourcenaktivierung und Authentizität eine stetige Entwicklung eigener Ich-Fähigkeiten und Steuerungskompetenzen auf Seiten der Rehabilitanden.

Die Tatsache, dass in den ersten Monaten und Jahren der Abstinenz haltende Funktionen zur Aufrechterhaltung der Abstinenzmotivation unabdinglich sind⁶⁹, macht eine Hinführung an die Bedeutung der Selbsthilfegruppen im Rehabilitationsprozess über die professionelle Behandlung hinaus für die Rehabilitanden erforderlich. Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft von Mitbetroffenen, ein gemeinsames Regelwerk, eine klare Abstinenzkultur unter konsequenter Einbeziehung von Krankheitseinsicht und ein angemessener Umgang mit Rückfällen vermittelt Suchtmittelabhängigen die äußere Unterstützung, die zu nachhaltiger psychosozialer Stabilisierung grundlegend erscheint.

Die Fachklinik unterstützt daher in der Realitätserprobungsphase:

- Obligatorisch den regelmäßigen Besuch von Selbsthilfegruppen in Lübeck. Als Bestandteil der Ablösungsphase sollen Selbsthilfemeetings schon während der laufenden Behandlung besucht werden. Hierdurch können die Grundorientierungen und Prinzipien der Selbstverantwortlichkeit bei den verschiedenen Selbsthilfevereinigungen kennen gelernt werden.
- Besuch von Selbsthilfegruppen am Heimatort während der Wochenendbeurlaubungen.

Die Fachklinik verfügt auf der formal-organisatorischen Ebene über gute Kontakte zu lokalen Selbsthilfevereinigungen.

4.6.1 Rehabilitationsverlauf

Der Behandlungsverlauf der medizinischen Rehabilitation in unserer Einrichtung ist wie folgt in drei Phasen gegliedert:

1. Orientierungsphase (1. – 4. Behandlungswoche, bei Auffangbehandlung 1. und 2. Behandlungswoche)
2. Kernphase (5. – 18. Behandlungswoche, bei Auffangbehandlung 3. – 12. Behandlungswoche)
3. Realitätserprobung (19. – 26. Behandlungswoche, bei Auffangbehandlung 13. – 16. Behandlungswoche)

Bei der modularen Behandlung werden die entsprechenden Phasen der geplanten Behandlungsdauer im stationären Setting angepasst.

⁶⁹ Rost, 1992, Kufner et al. 1988: Der Besuch von Selbsthilfegruppen im Anschluss an eine stationäre Rehabilitationsbehandlung kann die Rückfallquote bis zu 30% senken.

Die **Orientierungsphase** (Initialphase) gliedert sich in folgende Schwerpunkte:

- Bei der medizinische Aufnahmeuntersuchung wird mit Medikation, Indikation und Empfehlung die Teilnahme an den vordringlich notwendigen körperlichen bzw. psychischen Stabilisierungen, z.B. durch Akupunktur, Entspannungsverfahren, sportliche Betätigung, gegeben.
- Obligatorisch ist die Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe „Gesundheitsinformation“; für Rehabilitanden, die am fitnessangebot und an den Laufgruppen teilnehmen wollen, ist die sportmedizinische Einführung obligatorisch
- Es erfolgt in der klinischen Sozialarbeit die Klärung behördlicher und juristischer Belange, z.B. Taschengeld-, Übergangsgeldregelung, Schuldenklärung, Korrespondenz in gerichtlichen und Wohnungsangelegenheiten.
- Psychologische Testdiagnostik (u. a. FPI-R, GT-S, FAMOS, INK, Heissa-38) mit Auswertung und Besprechung mit dem Rehabilitanden, Erhebung des arbeits- und ergotherapeutischen Befundbogens (angelehnt an MELBA und IDA) werden durchgeführt. Im Anschluss an die ergotherapeutische Befundung erfolgt die Zuteilung in die Arbeitstherapie analog Fähigkeit und körperlichem Status in Kooperation mit dem Arzt.
- Erhebung der biographischen Anamnese, der Sucht- und Berufsanamnese.
- Teilnahme des Rehabilitanden am Einführungs- und Motivationstraining der Orientierungsphasengruppe
- Teilnahme an einer psychotherapeutischen Bezugsgruppe und den sozialtherapeutischen Flurgruppen.
- Obligatorische Teilnahme an den Gruppen ohne Anleitung (GoA) zum Aufbau der Selbsthilfefähigkeit
- Bei Rehabilitandinnen ist die Teilnahme an der Frauengruppe obligatorisch.
- Interdisziplinäre Fallkonzeption in der Fallbesprechung mit dem Ergebnis individueller Behandlungsplanung.
- Je nach Fähigkeit und Motivation Teilnahme am Sportangebot

In der Orientierungsphase werden der zentrale Behandlungsfokus sowie die konkreten Therapieziele mit dem Rehabilitanden erarbeitet. Therapeutisch- inhaltliche Schwerpunkte sind die kognitive und emotionale Akzeptanz der Suchtmittelabhängigkeit, die Festigung der Abstinenz- und Behandlungsmotivation und die Integration in die Flurgruppe sowie behandlungsgrundlegende Beziehungsgestaltung zum Bezugstherapeuten. Im Rahmen des Patensystems wird der Patient von einem therapieerfahrenen „Paten“ begleitet. Dies dient der Orientierung bei der Wochenplanung und dem Bekanntmachen mit den Verhaltensrichtlinien sowie dem Behandlungskonzept. Darüber hinaus dient der Pate neben dem Bezugstherapeuten als feste Bezugsperson.

Der Patient tritt nach Ablauf der Orientierungsphase anhand einer Reflektion derselben und Rückmeldung von Mitrehabilitanden und Therapeuten im Rahmen einer Gruppensitzung in die Kernphase der Behandlung ein. Sämtliche Maßnahmen werden von Suchttherapeuten, Psychologen, Ärzten und Ergotherapeuten durchgeführt.

In der **Kernphase** (Aktionsphase und Integrationsphase) sind die Schwerpunkte in der medizinischen Behandlung, dass die aktuellen und längerfristig bestehenden körperlichen und psychischen Beschwerden des Rehabilitanden gebessert bzw. behoben und das Gesundheitsverhalten und -bewusstsein des Rehabilitanden befördert werden. Darüber hinaus werden flankierende Behandlungen bei Fachärzten begleitet (vgl. ADHS).

In den Bezugsgruppen werden anhand tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Methoden bestehende Probleme herausgearbeitet. Darüber hinaus ist der Gruppenkontext von Bearbeitung der Beziehungs- und Übertragungsdynamiken geprägt, die es erlauben, maladaptive Kommunikations- und Konfliktstrukturen zu korrigieren und neue Strategien erprobbar zu machen.

In den regelmäßigen Einzelsitzungen wird individuell die psychosoziale Kompetenz gefördert. Darüber hinaus werden die im gruppentherapeutischen Setting beförderten Konflikte biographisch vertieft bearbeitet. Ein besonderer Schwerpunkt ist hier die Ressourcenaktivierung, die Problemaktualisierung und -bewältigung durch Erlernen neuer Verhaltensstrategien.

In der Sozialtherapie (Flurgruppen) wird die Fähigkeit zur Alltagsbewältigung gefördert. Hier werden die Alltagsaufgaben sowie die individuellen Wochenpläne der Rehabilitanden vorgestellt und besprochen sowie aktuelle Vorkommnisse in der jeweiligen Gruppe behandelt.

Eine Teilnahme an der Arbeitstherapie / Haushaltstraining sowie der Ergotherapie, an den Gruppen ohne Anleitung zur Förderung der Selbsthilfefähigkeit sowie an der Indikationsgruppe Rückfallprophylaxe und für Rehabilitandinnen an der Frauengruppe ist obligatorisch.

Indikative Teilnahme erfolgt am Training emotionaler Kompetenzen, am Anti-Gewalt-Training, an der Raucherentwöhnung, bei Angehörigenseminaren, Einleitung von Angehörigen-, Paar- und Elterngespräche, Traumatherapie, am Entspannungstraining, der Akupunktur und dem sporttherapeutischen Angebot (Rückengymnastik, Lauftraining, Fitness etc.) sowie individuellem Arbeitstraining im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

Ab der 12. Behandlungswoche erfolgt eine Bilanzierung der Therapiezieelerreichung und Klärung neuer Behandlungsziele (Bilanz und Ausblick, Zukunftspanorama).

Ab diesem Zeitpunkt kann der Patient den Begleit-Rehabilitandenstatus erwerben und damit verantwortlich andere Rehabilitanden bei ihren notwendigen Ausgängen begleiten. Dieser Verantwortungszuwachs fördert die Auseinandersetzungsbereitschaft und Tragfähigkeit.

Im Verlauf der Kernphase werden weiterführende Maßnahmen mit dem Rehabilitanden besprochen.

Die Kernphase beinhaltet die zentrale gruppentherapeutische Arbeit. Die individuellen und im Therapieplan mit den Therapeuten bestimmten Ziele sollen im Verlauf erreicht bzw. verfolgt werden, wobei die Eigenverantwortung des Rehabilitanden gestärkt, seine Krankheitseinsicht verbessert werden soll.

Zunächst werden die intrapsychische Funktionalität des Suchtmittels und die Klärung biographischer Hintergründe (Lebenspanorama) thematisiert. Hierauf aufbauend kann die Bearbeitung der Grund- bzw. Beziehungsstörung vor dem Hintergrund von Konfliktschemata und psychodynamischen Aspekten eingeleitet werden, um Veränderungsprozesse und Reflektionsfähigkeit im interaktionellen Rahmen der Bezugsgruppe, der Flurgruppe und der Hausgemeinschaft sowie im Alltag und im sozialen bzw. familiären Umfeld zu ermöglichen. Einzelgespräche vertiefen diese Veränderungsprozesse.

Einen weiteren Schwerpunkt bildet die Auseinandersetzung mit der Berufsbiographie, mit der beruflichen Perspektive und der Förderung der beruflichen Wiedereingliederung (Arbeitspanorama). Parallel begleiten sozialtherapeutische Prozesse die Regelung behördlicher Belange und unterstützen ein eigenverantwortliches Management mit den Themenschwerpunkten Beruf, Wohnen, Freizeit und Organisation der weiteren Maßnahmen.

Die **Realitätserprobung** (Neuorientierung) beinhaltet, dass notwendige Behandlungsschritte stabilisiert und neben der alltäglichen Weiterbehandlung die Ablösung vorbereitet werden. Unter psychiatrischen Gesichtspunkten wird dem Rehabilitanden eine angemessene Weiterbehandlung empfohlen.

In den Bezugsgruppen werden bisherige Behandlungsergebnisse vertieft und der Patient erhält eine Vorbildfunktion für die anderen Mitrehabilitanden, die noch nicht lange in der Behandlung sind. Diese Vorbildfunktion vertieft gewonnene Erkenntnisse im sozialen Kontext und fördert Kommunikations-, Konflikt- und Beziehungsfähigkeit.

In der Einzeltherapie beginnt die Loslösung von der therapeutischen Beziehung. Der Zielerreichungsgrad wird eruiert und über die Behandlung hinaus reichende Ziele formuliert. Die

Vorbereitung auf weiterführende Maßnahmen und der Entwurf einer realistischen Zukunftsvision spielen hier eine tragende Rolle.

In der Sozialtherapie wird die Fähigkeit der Alltagsbewältigung nun im sozialen Umfeld gefördert. Es erfolgt eine abschließende juristische und finanzielle Abklärung. Berufliche Perspektiven und Wiedereingliederungsmaßnahmen werden konkret angestrebt. Hierzu gehören die Inanspruchnahme von Beratungsgesprächen und die Aufnahme des Kontaktes zur ARGE, das Aufsuchen des Berufsinformationszentrums (Lübeck) sowie Kontakte zum bisherigen Arbeitgeber etc. Das aufgebaute Freizeitmanagement wird überprüft.

Ab der 19. Woche sind Ausgänge mit Erprobungsstatus in der Umgebung, später in Hamburg und Lübeck, sowie Heimfahrten mit Übernachtung möglich (Belastungsfahrten). Die Erprobungspläne werden mit den Therapeuten besprochen und Strategien entwickelt, mit Gefährdungssituationen umzugehen. Die Übernahme des Amtes des Flurverantwortlichen unterstützt die Verantwortungsübernahme für sich selbst und für andere.

Eine Teilnahme an der Arbeitstherapie mit abschließender Leistungsprofilbefundung nach MELBA ist obligatorisch.

Ebenso ist für Rehabilitandinnen ihre Teilnahme an der Frauengruppe weiterhin obligatorisch.

Eine verbindliche Teilnahme an Selbsthilfegruppen in Lübeck und Auswertung dessen als weiteres Hilfsangebot wird erwartet.

Alle bereits in der Kernphase angesprochenen indikativen Angebote, wie Angehörigengespräche, Traumatherapie, Entspannungstraining, Training emotionaler Kompetenzen, Rückfallprophylaxe und Anti-Gewalt-Training etc. und sporttherapeutische Angebote reichen in die Erprobungsphase hinein und können genutzt werden.

Zum Abschluss der Behandlung reflektiert der Patient diese in der Kernphasenreflektion

In der Realitätserprobungsphase wird die Auseinandersetzung mit der Zukunft und der Anwendung gewonnener Erkenntnisse angeregt und in immer neuere Handlungsspielräume übersetzt. Der Patient soll einen drogenfreien Lebensstil entwickeln, seine psychischen und sozialen Ressourcen erkennen und einsetzen. Der Hauptfokus liegt auf der Nutzung persönlicher Ressourcen. Die Erprobungsphase soll die entwickelten Fähigkeiten zur Aktivität und Teilhabe stabilisieren und im habituellen Lebensumfeld erlebbar und damit realistisch einschätzbar machen. Die Mitarbeiter fördern den Prozess mit unterstützenden, reflektierenden, wenn nötig konfrontativen Interventionen.

Ein weiterer Schwerpunkt ist die berufliche Rehabilitation, die in der Realitätserprobungsphase konkret umgesetzt wird. Der Patient erhält hier die Möglichkeit, sämtliche notwendigen Maßnahmen einzuleiten. Die Einrichtung bietet hier für Rehabilitanden ein indikatives Bewerbungstraining an.

Die enge Kooperation mit weiterführenden Maßnahmen dient hier der Sicherstellung des Rehabilitationsergebnisses, insbesondere bei arbeitslosen und von Arbeitslosigkeit bedrohten Rehabilitanden sowie der Integration in Beruf und Gesellschaft.

4.7. Rehabilitationsbausteine

4.7.1. Aufnahmeverfahren

Die Aufnahme kann nach stattgehabtem Entzug oder als Cleanaufnahme mit entsprechenden Nachweisen erfolgen. Grundlegend für die Aufnahme ist das Vorliegen eines Lebens- und Suchtverlaufs, Vorliegen des Aufnahmefragebogens und eine gültige Kostenzusage. Bei Aufnahmen von Substituierten Rehabilitanden (ab 6 ml/6mgr. Substitut) ist ein Nachweis über Beikonsumfreiheit zu erbringen (siehe Konzept ausschleichende Substitution). Nach Erhalte des Aufnahmetermins können die Rehabilitanden bei Bedarf in der jeweiligen Entzugsklinik abgeholt werden. Werden die

Rehabilitanden gebracht bzw. reisen alleine an, erfolgt eine Atemluft- und Urinkontrolle zur Gewährleistung der Drogenfreiheit.

4.7.2. Rehabilitationsdiagnostik

Bei Beginn der Behandlung wird, um eine angemessene, optimal an den Voraussetzungen der Rehabilitanden sich ausrichtende Therapie zu gewährleisten, eine mehrdimensionale, verlaufsorientierte Diagnostik durchgeführt, die in einer Fallkonzeption, angelehnt an neuropsychotherapeutische Modelle⁷⁰, mündet.

Für die medizinische Diagnostik greifen wir per Indikation auf ein umfangreiches testdiagnostisches Inventar zurück. Bezugnehmend auf die Ergebnisse baut die Indikationsstellung für den Behandlungsprozess der Rehabilitanden hinsichtlich beruflicher, sozialer und psychischer Voraussetzungen auf. Parallel werden individuelle Behandlungsziele formuliert und entsprechende Behandlungspläne erstellt. Basierend auf dem biopsychosozialen Grundverständnis von Suchterkrankung umfassen die diagnostischen Maßnahmen mehrere Teilbereiche, die sich an den inhaltlichen Ebenen der ICF Klassifikation orientieren. Die umfassende Diagnostik der Rehabilitanden führt zu einem Gesamtbild des Rehabilitanden (Fallkonzeption), das Problemfelder umreißt und persönliche Stärken und Ressourcen benennt.

Medizinische Diagnostik

- Ärztliche Aufnahmeuntersuchung mit Erhebung des allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und neurologischen Befundes
- Suchtanamnese und Suchtdiagnostik ICD-10-GM Klassifikation; Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10-GM Klassifikation
- Sichtung der Vorbefunde und evtl. Einleitung weiterer Befunderhebungen durch kooperierende Fachärzte
- Durchführung notwendiger technischer Untersuchungen in Kooperation mit Fachärzten/Kliniken
- Indikativ: ADHS-Testung (ADHS-SB, Rösler und WURS-k) und Leistungsprüfsystem zur Leistungsdiagnostik (LPS) sowie SKT (Gedächtnistest). Zur Verifizierung der ADHS Diagnostik und medikamentösen Einstellung der Rehabilitanden überweisen wir an die Fachklinik Holstein, Lübeck
- Befundung nach Kriterien der ICF

Psychologische Diagnostik

- biographische Anamnese
- Sozial- und Suchtanamnese
- Erhebung der derzeitigen psychosozialen Gesamtsituation
- Erhebung der Motivation zur Veränderung, Abstinenzzuversicht
- Erhebung aktueller Belastungsfaktoren
- Ressourcenanalyse, Erhebung der Stärken in Selbst- und Fremdwahrnehmung und die Erhebung der wahrgenommenen Ressourcen mit RES-K (Ressourcenfragebogen)
- Psychodynamischer/verhaltenstherapeutischer Befund inklusive der intrapsychischen Funktion des Suchtmittels
- Persönlichkeitstests: FPI-R und GT-S
- Klärung von Zielen, motivationalen Zielen und Inkongruenzen: ICF Therapiezielbogen, Fragebogen zur Klärung motivationaler Schemata (FAMOS), INK
- Indikative Diagnostik komorbider Störungen: Life Event Scale (LES) zur Erhebung von PTBS, Dissoziationsskala (DES), Beck-Depressions-Inventar (BDI), Kurzform der Symptomcheckliste (BSI)

⁷⁰ Grawe, 2004

- Suchtdiagnostik: Heidelberger Skalen zur Abstinenzzuversicht (HEISSA 38), Münchner Alkoholismus-Test (MALT); Fragebogen zu PC Gebrauch

Soziale Diagnostik wie aktuelle Lebenssituation und Ressourcen

- Berufsanamnese
- Erhebung Freizeitverhalten
- Aktuelle familiäre Situation, soziales Nahfeld, Ressourcen, Partnerschaften
- Erhebung aktueller justizieller und finanzieller Gegebenheiten, Wohnsituation, Verschuldung

Arbeits- und ergotherapeutische Befundung

Die arbeits- und ergotherapeutische Befundung nimmt einen zentralen Platz in der Erhebung vorhandener arbeitsbezogener Ressourcen, um sie anschließend in eine adäquate Behandlungsplanung hinsichtlich beruflicher Rehabilitation und weiterer Bereiche von Aktivität und Teilhabe einfließen zu lassen. Nachfolgende arbeits- und ergotherapeutische Methoden werden eingesetzt:

- Erhebung der Arbeits- und Berufsanamnese unter Einbeziehung von Neigungen und Interessen
- Kriteriengestützte Beurteilung der arbeits- und ergobezogenen Fähigkeiten, Schwächen und Stärken im arbeits- bzw. ergotherapeutischen Prozess
- Einsatz des diagnostischen Instrumentes angelehnt an MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) sowie indikativ die Berücksichtigung der Ergebnisse des LPS (Leistungsprüfsystem). Beide Instrumente erlauben eine Dokumentation der Anforderungen einer spezifischen Tätigkeit an den Rehabilitanden.
- Bei Bedarf Erhebung von IDA

Sport- und bewegungstherapeutische Diagnostik

Angelehnt an die medizinische Eingangsdiagnostik und nachfolgende Einschätzungen der Ärzte/Physiotherapeuten/Fitness- und Lauftrainer erfolgt eine beobachtungsgesteuerte Diagnostik im Rahmen des sporttherapeutischen Angebotes. Die medizinisch eingeschätzte Belastbarkeit ermöglicht Indikationen für bestimmte sporttherapeutische Angebote.

Auf Basis der umfassenden Diagnostik wird ein individueller Behandlungsplan erstellt, der im Gesamtteam aller Berufsgruppen besprochen wird.

4.7.3. Medizinische Therapie

Die medizinische Versorgung ist ein elementarer Bestandteil in der Rehabilitationsbehandlung. Sie erfolgt aus einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis. Der leitende Facharzt arbeitet eng mit dem Team zusammen. Neben den, mit der Suchtmittelabhängigkeit einhergehenden Mangelerscheinungen (Untergewichtigkeit, Stoffwechselstörungen, allgemeine körperliche Schwäche), treten häufig Infektionen (Hepatitis B, C und HIV) auf. Erworbene körperliche Erkrankungen werden ebenso behandelt wie diverse Psychosomatosen. Häufig steht das Lernen eines akzeptierenden Umganges mit der körperlichen Erkrankung im Vordergrund.

Aufnahme-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen

Die Aufnahmeuntersuchungen finden am Tag der Aufnahme des Rehabilitanden statt. Dabei werden die Erhebung der somatischen, psychiatrischen und z. T. sozialen Anamnese sowie eine aktuelle internistische, neurologische und psychiatrische Befunderhebung durchgeführt. Auf dieser Basis erfolgt unter Einbeziehung von Vorbefunden die Diagnoseerstellung.

Zwischenuntersuchungen erfolgen fakultativ während des Behandlungsverlaufes gezielt zu Verlaufskontrollen oder bei Beschwerdeangaben seitens der Rehabilitanden.

Obligatorisch werden bei allen Rehabilitanden unregelmäßig und unangekündigt Atemalkoholkontrollen und Urinkontrollen auf Drogen/Medikamente durchgeführt.

Wenige Tage vor Abschluss der Behandlung in unserer Einrichtung wird die ärztliche Abschlussuntersuchung durchgeführt mit erneuter aktueller somatischer, neurologischer und psychiatrischer Befunderhebung mit Beurteilung der Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit.

Ärztliche Visite

Die ärztlichen Visiten erfolgen 1x wöchentlich in Form von Gruppensitzungen für jede Therapiegruppe.

Inhalte der Visiten sind:

- **Die Vermittlung von gesundheitlichem Basiswissen.** Dabei werden die notwendigen Kenntnisse im Umgang mit banalen Infekten und häufig auftretenden Beschwerden wie Kopf- und Rückenschmerzen sowie speziellen Entgiftungsbeschwerden wie häufig auftretende Schlafstörungen etc. vermittelt.
- **Ein angemessener Umgang mit körperlichen Beschwerden.** Wurde während der Zeit des Drogenkonsums der Körper häufig extrem vernachlässigt und betäubt, so setzt mit dem Entzug oft das umgekehrte Phänomen ein: eine Überbewertung körperlicher Phänomene und Beschwerden. Eine neue Balance und ein angemessener Umgang mit den körperlichen Beschwerden muss erlernt werden, ebenso ein adäquater, möglichst zurückhaltender Einsatz von Medikamenten.
- **Die Akzeptanz eigener Grenzen.** Der Umgang mit dem eigenen Körper ist oft Spiegel des Umgangs mit sich selbst auch in anderen Bereichen. Grenzen der eigenen körperlichen und sonstigen Leistungsfähigkeit zu akzeptieren, stellt einen weiteren Schritt im persönlichen Reifungsprozess dar.
- **Das Vermitteln eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses.** Hier geht es darum, die körperliche Selbstwahrnehmung zu verbessern und ggf. in Zusammenhang mit der psychischen Befindlichkeit zu setzen (z.B. Kopfschmerz, muskuläre Verspannung, Abgeschlagenheit als Ausdruck von z.B. Grübeln und Kopfzerbrechen, psychischen Konflikten mit innerer Anspannung).

Im Rahmen der Visite haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, sich zu ihrer gesundheitlichen Befindlichkeit zu äußern, somatische wie psychische Beschwerden vorzutragen. Im Fall notwendiger ärztlicher Behandlung erfolgt diese im Akutfall umgehend nach der Visite; anderenfalls wird der Patient aufgefordert, sich in der ärztlichen Sprechstunde vorzustellen.

Gibt ein Patient das Vorliegen von Beschwerden an, möchte diese aber nicht vor der Gruppe äußern, wird ihm ebenfalls vorgeschlagen, sich in der ärztlichen Sprechstunde vorzustellen.

Ärztliche Sprechstunde

Die ärztliche Sprechstunde findet täglich statt. Dort haben die Rehabilitanden die Möglichkeit, im Falle körperlicher und/oder psychischer Beschwerden sich vorzustellen. Es erfolgt dort durch die Ärztin eine individuelle somatische und/oder psychiatrische Befunderhebung, Diagnostik, Beratung und ggf. Behandlung.

Es hat sich gezeigt, dass gerade zu Beginn der Therapie häufig ausführliche Beratungs- und Informationsgespräche notwendig sind. Hepatitiden (v. a. Hepatitis C), HIV, chirurgische und internistische Grunderkrankungen werden oft erstmalig während der Entgiftung diagnostiziert und bedürfen einer weiteren Krankheitsaufklärung und -behandlung. Realitäten können von den Rehabilitanden oft nur schrittweise zugelassen werden, insbesondere, wenn es um die Akzeptanz von chronischen Erkrankungen oder Behinderungen geht.

Kriseninterventionen

Die wesentlichen hier auftretenden psychiatrischen Krisensituationen stellen akute psychotische Episoden und akute Suizidalität dar.

Bei Auftreten akut psychotischer Symptome erfolgt umgehende fachärztliche psychiatrische Diagnostik durch die Einrichtungsärztin. Liegen Anhaltspunkte für eine akute psychotische Episode mit Eigen- oder Fremdgefährdung vor, erfolgt die Verlegung in ein Psychiatrisches Krankenhaus, notfalls im Fall von Uneinsichtigkeit und Weigerung seitens des Rehabilitanden per Zwangseinweisung.

Besteht keine erkennbare Gefahr von Eigen- oder Fremdgefährdung, erfolgt zunächst die sofortige Einstellung mit Neuroleptika bei bestehender Kooperation des Rehabilitanden. Bei Persistenz der Symptome und/oder weiterer Labilität des Rehabilitanden ist eine effektive Therapie in unserer Einrichtung nicht möglich und wir empfehlen und vermitteln dem Rehabilitanden eine stationäre psychiatrische Behandlung und Medikamenteneinstellung.

Im Falle eines raschen und stabilen Abklingens der Psychose kann die Therapie in unserer Einrichtung fortgeführt werden.

Risikogruppen für Suizidalität stellen Rehabilitanden mit Psychosen, Depression und Suchterkrankung dar. Besteht bei einem unserer Rehabilitanden der Verdacht auf akute Suizidalität, erfolgt eine umgehende Vorstellung und psychiatrische Diagnostik durch die Einrichtungsärztin. Bestätigt sich im Gesprächsverlauf der Verdacht auf akute hochgradige Suizidalität, erfolgt die Verlegung in ein Psychiatrisches Krankenhaus, notfalls auch per Zwangseinweisung.

Handelt es sich nach fachärztlicher Einschätzung eher um appellative Suizidäußerungen, erfolgt ein Krisengespräch („calm down“) und die Einleitung von hochfrequenten Kriseninterventionsgesprächen bei Facharzt und Therapeut. Unter Einbeziehung des Rehabilitanden wird ein „Suizidvertrag“ geschlossen. Dies unterstützt die Eigenverantwortung und die Teilhabe am Kriseninterventionsprozess und dient der gegenseitigen Absicherung als halt- und orientierungsgebende strukturelle Einheit. Unter Umständen wird eine Medikation mit antidepressiven Pharmaka bei Vorliegen entsprechender Symptomatik eingeleitet.

4.7.3.1. Ausstiegsorientierte Substitution

Die ausstiegsorientierte Substitution in der Fachklinik richtet sich an suchtmittelabhängige Menschen, die seit mindestens 6 Monaten an einem Substitutionsprogramm teilgenommen, sich zum Absetzen im Sinne einer sukzessiven Dosisreduktion bis Absetzen des Substituts („Ausschleichen“) entschlossen haben und dies mit Unterstützung des suchtmittelfreien Rahmens und des therapeutischen Angebotes der Fachklinik umsetzen möchten.

Aufnahmevoraussetzungen für die Behandlung mit Substitut

Nachweis, über aktuelle Beikonsumfreiheit.

Die Höchstdosis des Substitutionspräparates sollte zum Zeitpunkt der Anmeldung 6 ml Methadon/Polamidon oder 6 mg Burprenorphin nicht überschreiten (Richtlinien der DRV Bund). Die Herunterdosierung des Substituts auf diese Menge sollte bereits erfolgt sein. Es sollte die Bereitschaft seitens des Rehabilitanden vorliegen zu einer zügigen weiteren Dosisreduktion des Substituts bis zum Absetzen innerhalb maximal 12 Wochen.

Behandlungsziel

Ziel ist es, das Substitut (während der stationären Therapie) zügig auszuschleichen, damit ein genügend langer verbleibender Restzeitraum in der Behandlung abstinent erlebt wird und eine psychosoziale Stabilisation erfolgen kann.

4.7.4. Psychotherapeutisch orientierte Einzel- und Gruppengespräche und indikative Angebote

Der methodenintegrative Behandlungsansatz versteht die Suchterkrankung als die Folge einer defizitären Ich-Struktur mit krankheitsverursachenden Abwehrmechanismen. Im Rahmen der Suchtgenese kommt es zu einer Instabilität der Ich-Struktur, diese gilt es mit dem Rehabilitanden in realistischer Weise zu reflektieren und zu bearbeiten. Die Synergie sowohl der integrativen Therapie, der Verhaltenstherapie wie auch psychoanalytische und systemische Ansätze ermöglichen die realitätsgemäße Bearbeitung und die zukunftsweisende Perspektive- und Strategieentwicklung zur Stabilisation des Rehabilitationsergebnisses. Für die psychotherapeutische Arbeit heißt das:

- Aufarbeitung der Suchtmittelabhängigkeit unter biographischen Aspekten
- Stärkung der Ich-Funktionen und individueller Ressourcen
- Förderung der Introspektionsfähigkeit
- Überprüfung des Selbstbildes/Ideals
- Erarbeitung von Problem- und Konfliktlösungsstrategien (intrapsychisch und interpersonell)

Die Bezugstherapie findet im Co-Therapeutensystem statt. Jede Flurgruppe / Bezugsgruppe wird von zwei Sucht- bzw. Psychotherapeuten geleitet. Ein Vertretungssystem ist obligat.

Einzelpsychotherapie

Zu dem differenzierten und breitgefächerten Therapieprogramm, das die Möglichkeit vorhält, jeden Rehabilitanden in seiner Besonderheit gezielt und individuell zu fördern und zu stärken, gehören die regelmäßig stattfindende Einzelpsychotherapie (mind. 1 x wöchentlich 60 Min.) und die bedarfsbestimmte Krisenintervention als wesentlicher Bestandteil. Die Einzelgespräche haben in der Behandlung die Funktion, Vertrauen zu schaffen und gemeinsam mit dem Rehabilitanden einen individuellen Therapieplan zu erstellen. Die Bestimmung der Therapieziele erfolgt aus drei Perspektiven: der Störungsperspektive, der Inkonsistenzperspektive und der Perspektive des Behandlungsanliegens des Rehabilitanden.

Das Vorgehen nach therapeutischen Wirkprinzipien verlangt besonders zu Beginn in der Suchtrehabilitation bei noch schwankendem Veränderungsmotivationsstatus⁷¹ eine empathische Behandlung, die den Rehabilitanden dort abholt, wo er sich motivational befindet. Vertrauen und die Entwicklung möglichst hoher Veränderungsmotivation werden erreicht, indem in jeder Behandlungssitzung die Grundbedürfnisse des Rehabilitanden nach Bindung, Selbstwerterhöhung, Kontrolle und Unlustvermeidung mit den Interventionen getroffen werden (positive Verstärkung, Humor, Aufmerksamkeit, Empathie).

Ziele der Einzeltherapie sind die individuelle, persönliche Begleitung, Stärkung von Eigeninitiative, Selbstwert und Selbstständigkeit im Hinblick auf spätere abstinenten autonome Lebensführung.

Im Gruppenalltag ausgelöste oder hervortretende innere Konflikte, Gefühle, Fragen und persönliche Themen können erörtert, vertieft, zur Erweiterung des Selbstverständnisses genutzt und unter Einbeziehung biographischer Aspekte - bewusst gemacht und bearbeitet werden.

Ein wichtiger Bestandteil der individuellen Therapie ist die Behandlung aufgrund der Ergebnisse der testpsychologischen unter neuropsychotherapeutischen Gesichtspunkten ausgewerteten Diagnostik. Anhand der motivationalen Ziele des Rehabilitanden und der diagnostischen Ergebnisse der Fallkonzeption werden abschnittsweise Entwicklungsziele definiert und erarbeitet. Diese müssen mit der höchsten motivationalen Bereitschaft des Rehabilitanden und seinen Ressourcen übereinstimmen. Dazu dient eine initiale und fortgeführte Ressourcenanalyse, welche die Stärken des Rehabilitanden aktivieren und nutzbar machen kann.

Gruppenpsychotherapie

Die Gruppenpsychotherapie dient dazu, dass die Rehabilitanden sich in ihrem sozialen Kontext, ihrem individuellen Krankheitsbild und -verständnis sowie ihrem Standpunkt innerhalb der

⁷¹ Prochaska & Velicer, 1997, Transtheoretisches Modell der Veränderung

Rehabilitationsmaßnahme sehen und reflektieren. Maladaptive Interaktionsmuster können erlebbar gemacht werden, korrigiert und neue Verhaltensstrategien erprobt werden. Die Bezugs- und Flurgruppe hat für die Gruppenmitglieder zentralen psycho- und sozialtherapeutischen Wert. Der Patient lernt, für sich und andere Verantwortung zu übernehmen. Darüber hinaus werden seine Fähigkeiten sowie die Möglichkeiten und die Grenzen seiner Belastbarkeit deutlich. Durch die methodisch angeleiteten Gespräche und Übungen sind die Rehabilitanden befähigt, ihre Introspektionsfähigkeit für sich und andere zu entwickeln. Darüber hinaus werden Beziehungs-, Kommunikations-, Konflikt- und Kontaktfähigkeit gefördert.

Die Gruppentherapie wird in Bezugs- und Flurgruppen sowie indikativen Gruppen durchgeführt. Die psychotherapeutischen Bezugsgruppen finden 1 x wöchentlich 180 Min. (max. 8 Teilnehmer) statt, die Flurgruppen 2 x wöchentlich 60 – 90 Min. Sie gehören zu den Sozialtherapeutischen Aktivgruppen max. 16 Teilnehmer). Indikative (Gruppen-)Angebote finden in verschiedenen Frequenzen und Settings statt. Die Teilnehmerzahl beschränkt sich hier auf 8-10 Rehabilitanden. Die indikativen Angebote sind partiell obligatorisch.

Einführung in die Rehabilitation und Motivationsgruppe

Diese Gruppe hat u. a. das Ziel, Informationen über Inhalte und Ziele von Suchttherapie anhand neurobiologischer Modelle (Suchtgedächtnis), die Klinikstruktur, die Hausordnung und Regeln zu vermitteln. Darüber hinaus klären die neuen Rehabilitanden gemeinsam ihre Motivation zur Behandlung (4-Felder-Schema) und ihre Therapieziele anhand der 5-Säulen der Identität.⁷² Eine weitere psychoedukative Einheit bildet ein kurzes Kommunikations- und Konflikttraining bzw. Information über Bindungsstile. Darüber hinaus wird in einer weiteren Einheit eine Einführung in Sinn und Zweck von Arbeits- und Ergotherapie gegeben.

Die Gruppe findet 8 x pro Rehabilitation (2 x pro Woche 60 Min.) unter Anleitung von Therapeuten und schon „älteren“ Rehabilitanden statt.

Frauengruppe

Die Frauengruppe in unserer Klinik ist ein für alle Frauen einmal wöchentlich stattfindendes, obligatorisches Angebot, um einen geschützten Rahmen für spezifische Lebenserfahrungen suchtmittelabhängiger Frauen zu bieten. Neben dem geschützten Rahmen bietet die Frauengruppe ein Forum „frauengerecht“ auf die eigene Suchtgenese, auf Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien zu blicken sowie auch den Austausch und die Solidaritätserfahrung zwischen Frauen in der Reha-Klinik zu stärken. Themen sind in der Regel:

- Suchtgenese und Frau Sein
- Eigene Grenzen erkennen und setzen
- Rollenverhalten und Sexualität
- Gewalterfahrungen jeglicher Art
- Beziehung zu Männern/Partnerschaften/Freundschaften
- Beziehung zu Frauen/Partnerschaften/Freundschaften
- Beziehung zur Mutter als weibliches Vorbild
- Kinder, Mutter Sein und erlebte Schwangerschaften
- Gefühle wie z. B. Eifersucht, Abhängigkeit, Konkurrenz unter Frauen
- Selbstverletzendes Verhalten

Methodisch ist die Frauengruppe zunächst eine „offene“ Gruppe die sich an den aktuellen Anliegen der Rehabilitandinnen (Selbst- und Fremdwahrnehmung) orientiert. Unter Anleitung nähern sich die Rehabilitandinnen mit kreativen und imaginativen Verfahren ihrem Frau Sein, ihren Stärken und ihren Schwächen. Die Gruppe ermöglicht unter dem „frauengerechten“ Blick auf die Sucht ein Verständnis der Frauen für sich und untereinander. Die Gruppe findet 1 x wöchentlich 60 Min. statt.

⁷² 5-Säulen der Identität:: Leiblichkeit, Arbeit und Leistung, soziales Netzwerk, materielle Ressourcen, Werte und Normen

Männergruppe

Die Männergruppe ist ein indikatives Angebot, um suchtmittelabhängigen Männern Gelegenheit zu geben sich mit ihren Erfahrungen gemeinsam auseinanderzusetzen. Besondere Bedeutung gewinnt hier der Schwerpunkt Männlichkeitsbilder und Suchtmittelkonsum. Die Gruppe ist angelehnt an Vosshagen et al., 2007 aufgebaut. Das methodisch manualisierte und dennoch individuell freie Vorgehen verspricht hier jeden Mann sein Thema finden zu lassen und die angeleitet zu bearbeiten. Neben dem geschützten Rahmen bietet die Männergruppe ein Forum „männergerecht“ auf die eigene Suchtgenese, auf Bewältigungs- und Vermeidungsstrategien zu blicken sowie auch den Austausch und die Solidaritätserfahrung zwischen Männern zu stärken. Themen sind in der Regel:

- Männlichkeitsbilder
- Mann und Sucht
- Männergesundheit
- Sexualität
- Partnerschaft
- Vaterschaft
- Männerfreundschaften
- Gewalt
- Mann und Arbeit

Die Gruppe findet 8 Sitzungen á 60 Minuten wöchentlich statt.

Rückfallprophylaxe

Die Entwicklung und Stärkung von Copingstrategien bekommt in der Rückfallprävention eine besondere Bedeutung; es geht um Krankheitsbearbeitung, d.h., um Verständnis und Einsicht in den Krankheitsprozess als chronisch rezidivierend. Die Thematisierung und Analyse von Konsumgedanken und –wünschen und Cravinggefühlen macht die Entwicklung von adäquaten Copingmechanismen möglich. Diese Strategien stützen sich einerseits auf Ressourcen, andererseits auf das soziale Netzwerk des Rehabilitanden.

In dieser verhaltenstherapeutisch orientierten, partiell manualisierten Gruppe setzen sich die Rehabilitanden mit ihren symptombezogenen Verhaltensmustern, ihrer „Sucht-Lerngeschichte“ sowie der individuellen Funktionalität des Substanzkonsums auseinander und entwickeln jeweils individuelle Bewältigungsstrategien. Im Austausch mit den Mitrehabilitanden kann bisher unbewusst Gelebtes erkannt und modifiziert werden. Die Rehabilitanden erarbeiten ein persönliches Vorgehen bei Rückfall und Rückfallgefährdung. Es nehmen ca. 8 Rehabilitanden an 6 jeweils 90 minütigen Einheiten in der Kernphase teil.

Training emotionaler Kompetenzen

Das Training emotionaler Kompetenzen (TEK) ist ein Intensivprogramm zur Verbesserung der Stress-, Selbstwert- und Emotionsregulation basierend auf neurowissenschaftlichen Grundlagen. Angewandt wird das Training anhand eines für die Suchttherapie modifizierten Manuals.⁷³ Primär ist es Ziel des Trainings, mit Stress und negativen emotionalen Reaktionen angemessen umzugehen.

⁷³ Berking, 2008 TEK wird derzeit an der psychotherapeutischen Praxisstelle des Institutes für Psychologie der Universität Bern als additives Therapiemodul angeboten. Hinter diesem Angebot steht die klinische Erfahrung, dass Schwierigkeiten mit der Regulation von Stress, Selbstwert und negativen Emotionen bei den meisten Rehabilitanden vorkommen. Wissenschaftliche Studien zeigen darüber hinaus, dass diese Schwierigkeiten in hohem Maße dazu beitragen, dass psychische Störungen überhaupt entstehen oder später chronifizieren. Studien zeigen darüber hinaus, dass diese Schwierigkeiten in hohem Maße dazu beitragen, dass psychische Störungen überhaupt entstehen oder später chronifizieren. Außerdem zeigen die klinischen Erfahrungen und Ergebnisse der Forschung übereinstimmend, dass es sich bei psychischen Störungen und Problemen – nach erfolgreicher Therapie – vor allen dann zu Rückfällen kommt, wenn ehemalige Rehabilitanden mit Stress oder negativen Emotionen konfrontiert werden.

Im Behandlungssetting nimmt es mit eine zentrale Rolle ein, da Stressreduzierung und der Umgang mit Emotionen für die Rückfallgefährdung einer der wesentlichen Faktoren ist. Darüber hinaus sind Lernprozesse unter reduziertem Stress leichter möglich. Ziele des TEK sind:

- Stressregulation verbessern,
- Selbstwertregulation stärken,
- Umgang mit negativen Gefühlen,
- Erhöhung der Lebenszufriedenheit,
- Förderung der Bewältigung psychischer Störungen und Probleme,
- Stabilisation des Therapieerfolges,
- Rückfallprophylaxe.

Mit einem psychoedukativen Anteil wird den Rehabilitanden ein Verständnis für neurobiologische Vorgänge hinsichtlich Emotions- und Stressentstehung nahe gebracht.

Das Angebot wird in 8 x 90 Min. Einheiten angeboten.

Traumatherapie

In unserer Klinik werden die Traumatherapiemethoden PITT - Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (Reddemann, 2005) und EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Shapiro, 2002)⁷⁴ sowie Ego-State-Therapie (Watkins & Watkons, 1996) indikativ in Einzeltherapiestunden eingesetzt. Die Therapieformen basieren auf einer psychotraumatologischen Anamnese und Diagnostik und lassen sich in drei Phasen – Stabilisierung, Konfrontation, Integration - einteilen, die sich zeitlich in den Verlauf der suchtherapeutischen Behandlung integrieren lassen.

Behandlungsbausteine sind eine Informations- bzw. Einführungssitzung, eine differentialdiagnostische Testung, die die Traumatherapie absichert. Im Folgenden finden Sitzungen zur Traumalandskarte, Exploration der Symptomatik, Erinnerungsbildern, belastende Ereignisse und letztlich speziell die Methode der Konfrontationstechnik statt. Ziele der Traumatherapie sind die Reduktion der Belastungssymptomatik (PTBS) sowie die Trennung bzw. Parallelisierung von Traumabearbeitung und Suchtsymptombearbeitung. Die Traumatherapeutische Behandlung dauert innerhalb der Rehabilitation 6 – 22 Einheiten à 30 (Stabilisation) – 90 Min (Exposition).

PITT

Die PITT ist eine tiefenpsychologisch-psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie. Die PITT setzt verstärkt bei den Ressourcen der Rehabilitanden an, wobei sie die gesteuerte Spaltung (Dissoziation) als therapeutisches Instrument nutzt. So wird über das Medium einer hilfreichen Beziehung, vor allem die Selbstbeziehung betont und mittels Imagination angeregt. Die PITT nutzt neben der imaginativen Methode Ansätze der Kreativ- und Ergotherapie. PITT ist für komplex traumatisierte Rehabilitanden und Rehabilitanden mit dissoziativen Störungen anwendbar.

EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing, kurz EMDR, ist eine in den USA entwickelte Behandlungsmethode für Traumabetroffene aus dem Bereich der Psychotraumatologie. Bei EMDR regt der Therapeut den Rehabilitanden in der Traumakonfrontation nach strukturierter Vorbereitung zu bestimmten Augenbewegungen an, wodurch es möglich werden soll, unverarbeitete traumatische Inhalte zu verarbeiten. Das eigentliche Durcharbeiten der belastenden Inhalte, durch Augenbewegungen oder andere Stimulationsarten, ist dabei ein später Schritt im Therapiemanual. Zunächst muss eine genaue Anamnese erhoben werden, bei der z. B. die traumakompensatorischen Bewältigungsversuche des Rehabilitanden erfragt werden. Auch muss zuvor abgeklärt werden, ob gleichzeitig eine sogenannte dissoziative Störung vorliegt. Bei Vorliegen einer dissoziativen Störung schließt sich EMDR in den meisten Fällen aus.

⁷⁴ Shapiro, 2001 und 2002; Reddemann, 2004

Seeking Safety

„Seeking Safety“ ist ein kognitiv-behaviorales Programm zur Stabilisierung von suchtmittelabhängigen mit posttraumatischer Belastungsstörung (Najavits, 2006). In der Fachklinik Do it! Wird dies indikativ angeboten um Rehabilitanden entweder auf die Traumatherapie vorzubereiten, diese zu begleiten oder für eine spätere sowie die aktuelle Behandlung zu stabilisieren.

Die Gruppe wird mit max. 6 Teilnehmern 6 x 60 Min. pro Rehabilitationsbehandlung per Indikation durchgeführt.

Anti-Gewalt-Training

Suchtmittelabhängige Rehabilitanden sind nicht selten durch eine langjährige Szenesozialisation unter Intoxikation Opfer von Gewalt und auch selbst gewalttätig geworden. Gewalttätigkeit allerdings als Folge des Suchtmittelkonsums zu bewerten greift zu kurz, obwohl in verschiedenen Studien ein Zusammenhang zwischen gewalttätigem Verhalten und Suchtmittelkonsum analysiert werden konnte.⁷⁵

Nicht selten findet sich in den Biographien der Rehabilitanden eine ausgeprägte „Gewaltgeschichte“ oder auch eine schwere Persönlichkeitsstörung, die eine Affektkontrolle aufgrund mangelnder Ich-Strukturen in Form von unangemessenen Aggressionen nahezu unmöglich gemacht hat. Für die Genese von Gewalttätigkeit sind also als Ursache verschiedene Risikofaktoren auszumachen, die intrapsychische, soziokulturelle und sozialpsychologische Aspekte beinhalten.⁷⁶

Um dem Bedarf zu begegnen, der sich in unserer Klinik im sozialen Alltag in Form von unkontrollierbaren Impulsdurchbrüchen abbildet, findet in regelmäßigen Abständen ein spezifisches, partiell manualisiertes Anti-Gewalt-Training statt. Die Teilnahme am Anti-Gewalt-Training erfolgt indikativ.

Ziel des Trainings ist es, Impulsdurchbrüche und Gewalttätigkeit steuernd zu verhindern. Dabei wird eine gesunde Aggression, die zur Durchsetzung der Grundbedürfnisse und eigener Ziele notwendig ist, von maladaptiver Aggression in Form von unkontrollierten Impulsdurchbrüchen bis hin zu Gewalttätigkeit abgegrenzt. In der Gruppe werden die Motive und Ziele des Verhaltensmusters erarbeitet sowie die persönliche „Geschichte“ mit dem Thema Gewalt fokussiert. Durch Verfeinern der Wahrnehmung für und Erkennen des Spannungsniveaus, können spannungsregulierende Strategien und Handlungsalternativen erlernt werden. Weitere Ziele sind: angemessener Umgang mit Emotionen und Bedürfnissen, realitätsgerechte Verhaltensänderung, Hinterfragen der handlungsleitenden moralischen Prinzipien, Bewusstmachung des individuellen Gewaltstils.

Die Gruppe ist verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch ausgerichtet und hat eine Dauer 1 x wöchentlich insgesamt 6 x 90 Min. inklusive Vorgespräch und ist für max. 8 Rehabilitanden konzipiert.

Arbeit mit Paaren – begleitende Paargespräche

Unsere Fachklinik bietet - mit dem Bewusstsein, dass Beziehungen sowohl abstinentzfördernd als auch gefährdend wirken können - ein differenziertes und individuell auf die Bedürfnisse aufgenommener Paare zugeschnittenes Konzept zur therapeutischen Begleitung an.

Wir haben uns aufgrund langjähriger Erfahrungen entschieden, dass schon im Vorfeld der Aufnahme bestehende Partnerschaften auf ihre gemeinsame Behandlungsmotivation hin zu befragen sind. Um eine individuelle Entwicklung im Rahmen des sucht- und psychotherapeutischen Prozesses möglichst in Unabhängigkeit von der Partnerschaft zu gewährleisten, werden Partner in getrennten Bezugsgruppen behandelt.

In einem sog. Paaraufnahmegespräch werden den Rehabilitanden psychoedukativ unsere Verhaltensrichtlinien (Regeln) hinsichtlich geführter Partnerschaften erläutert und erklärt. Uns ist es wichtig, dass die Rehabilitanden den Hintergrund, insbesondere den suchtttherapeutischen Hintergrund, verstehen und diesen in die Betrachtungsweise ihrer momentanen Partnerschaft kritisch einbeziehen.

In diesem Gespräch werden sowohl erste individuelle Therapieziele als auch die Therapieziele als Paar festgehalten und Möglichkeiten aufgezeigt, an diesen zu arbeiten.

⁷⁵ Weidner, 1997

⁷⁶ Weidner, 1997

Für die Partner werden in ca. 2-3-wöchigem Rhythmus Paargespräche (mit den jeweiligen Bezugstherapeuten) angeboten, die in Krisenfällen auch hochfrequenter durchgeführt werden können. Die Themen in den Gesprächen sind in der Regel: Abgrenzung zum Partner, Nähe und Distanz, Eigenständigkeit und Unabhängigkeit im Alltagserleben, Suchtgenese und Rückfallgefahren im Zusammenhang mit Beziehungsdynamik, Zukunftsperspektiven.

Das Konzept gilt auch für Partnerschaften, die sich während der Behandlung entwickeln. Ein Paargespräch nach Bekanntgabe der Beziehung bestimmt die individuell auf die Bedürfnisse abgestimmten, möglichen begleitenden Gespräche.

Milieuthherapie

Durch ein akzeptierendes Miteinander wie auch durch eine geeignete Lebensraumgestaltung sollen die pathogenen Einflüsse auf die Rehabilitanden reduziert werden. Negative Einflussgrößen (Streitigkeiten innerhalb der Gruppe) sollen reduziert und von den Rehabilitanden in positiver Weise neu besetzt werden. Durch eine von den Rehabilitanden und Therapeuten positiv gestaltete Umgebung soll es zu einer neuen Lernerfahrung und keiner Retraumatisierung kommen.

Das „Zusammenleben“ der Rehabilitanden untereinander wird durch die (Neu-)Entwicklung von Werten und Normen bestimmt, die einen respektvollen Umgang mit dem anderen ermöglichen und konflikthafte Verhaltensweisen thematisieren. Dies dient der Förderung von Aktivitäten und der Teilhabefähigkeit. Die Klinikvollversammlung bietet hier den notwendigen Raum, so auch die sozialtherapeutischen Flurgruppen, die Kleingruppenarbeit und letztlich der alltägliche Umgang miteinander.

Milieutheraeutische Kleingruppenarbeit zur Förderung sozialer Kompetenzen

Zur Verminderung von Konkurrenz und daraus resultierendem konflikthaften Verhalten der Rehabilitanden untereinander, zur Förderung des allgemeinen Sozialverhaltens in der Klinik sowie zur Entwicklung von positiv konnotierten Werten und Normen zur Förderung der Aktivitäten und Infragestellung von negativem „Szene- und Kodexverhalten“ werden in der Fachklinik flurübergreifende Kleingruppenarbeiten angeboten, die sich mit aktuellen Fragestellungen oder aber auch mit der zielgerichteten Förderung von Wertvorstellungen befassen. Die Kleingruppenarbeiten durchmischen alle Rehabilitanden des Hauses und dienen damit der Offenheit für andere. Sie sollen die Selbsthilfefähigkeit und die Eigenverantwortung stärken. Die „Gemeinschaft“ der Rehabilitanden kann sich so immer wieder eine konstruktive Basis schaffen, miteinander zu leben. Die Kleingruppenarbeiten werden mit Fragestellungen u. a. zu „süchtigem Verhalten“, „Haben und Sein“, „kriminelles Verhalten“, „Verantwortung und Eigenverantwortung“ durchgeführt und mit dem Team gemeinsam ausgewertet. Die Themen werden vom Team festgelegt und an aktuelle Erfordernisse der therapeutischen Arbeit angepasst. 6 x jährlich werden diese Einheiten á 3 Std. angeboten. Die Teilnahme ist verbindlich.

4.7.5. Arbeitsbezogene Interventionen

Die Arbeits- und Ergotherapie sowie weiterführende berufsintegrierende Maßnahmen sind wichtige Ergänzungen zur somatischen und psychosozialen Behandlung in der Fachklinik Do it! im Sinne eines bifokalen Behandlungsansatzes (Lindner et al. 2001).

Die arbeits- und ergotherapeutischen Einheiten bieten die Möglichkeit, dass der Aspekt der Aktivitäten und Teilhabe –die soziale und berufliche Ebene– nicht nur psychotherapeutisch oder beraterisch, sondern auch praktisch und handlungsorientiert in den Rehabilitationsprozess einfließt. Durch den handlungsgeleiteten Realitätsbezug der Arbeits- und Ergotherapie können psychotherapeutisch und sozialtherapeutisch eingeleitete Veränderungsprozesse überprüft und neu angeregt werden.

Darüber hinaus kann eine erfolgreich durchgeführte Arbeitsaufgabe und positives Feedback das Selbstwertgefühl erheblich stärken. Der Trainingsaspekt von Arbeits- und Ergotherapie dient

ergänzend der Anhebung von Frustrationstoleranz, der Auseinandersetzung mit Lust und Unlust, der Entwicklung von Teamfähigkeit und Durchhaltevermögen sowie der Steuerung von Verhaltensimpulsen.

Arbeitstherapie

Aufgabe der Arbeitstherapie ist es, die meistens über eine brüchige Erwerbsbiographie verfügenden Rehabilitanden unserer Klinik schrittweise an die Anforderungen eines Arbeitsplatzes heranzuführen. Zur Vorbereitung der Erwerbstätigkeit werden neben der Erhebung der Arbeitsanamnese das Fähigkeitsprofil des Rehabilitanden mit dem Anforderungsprofil einer spezifischen Tätigkeit abgeglichen. Anhand einer leistungsorientierten Befundung findet eine realistische Einschätzung des Rehabilitanden hinsichtlich seiner beruflichen und psychischen Belastbarkeit statt. Die Befundung nach MELBA (Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit) ermöglicht es darüber hinaus, den Prozess der Verbesserung von Schlüsselqualifikationen fortlaufend zu dokumentieren und zu überprüfen. Bei Bedarf wird eine Befundung nach IDA durchgeführt. Das arbeitstherapeutische Angebot umfasst im Wesentlichen die Bereiche

- Garten- und Landschaftspflege,
- Fahrradwerkstatt,
- Renovierungs- und Reparaturarbeiten,
- Hauswirtschaft und Küche.

Hauwirtschaft und Küche sind als ein wesentlicher Bestandteil in die Arbeitstherapie integriert. Sie dienen nicht nur der Weiterentwicklung von Schlüsselqualifikationen, sondern auch dem Training lebenspraktischer, alltagsrelevanter Fähigkeiten und zur Gestaltung eines angenehmen Umfeldes. Die Lehrküche vermittelt darüber hinaus Kenntnisse gesunder Ernährung und besonderer Diäten. An die Arbeitstherapie in der Küche sind Gruppen zur Verpflegungsplanung, Hygieneschulung, Küchennutzung und Verpflegungsherstellung geknüpft. Darüber hinaus ist die Küche eng an den Bereich Ernährungsberatung angeschlossen.

Die Hauswirtschaft umfasst die Hauswäsche (Bettwäsche, Küchenwäsche etc.) als das selbständige Arbeiten erprobenden Bereich, die Reinigung der Wirtschaftsräume und die von Rehabilitanden benutzten Räume (Speisesäle, Flurwohnzimmer, Flure).

In allen Bereichen der Arbeitstherapie wird die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit beurteilt, hinterfragt und gefördert, ebenso die Konzentrationsfähigkeit, das Durchhaltevermögen sowie die Befähigung zu planvollem Vorgehen, zu Sorgfalt und Verlässlichkeit. Tägliche Arbeitsbesprechungen liefern dafür die beobachtbare Basis.

Der monatliche Wechsel der arbeitstherapeutischen Bereiche und die abschließende Auswertung des Vormonats gemeinsam mit den Arbeitstherapeuten, gibt dem Rehabilitanden durch den Abgleich von Selbst- und Fremdwahrnehmung Rückmeldung zum bisherigen Arbeitsverhalten und dessen Veränderungen.

Die Vorbereitung der „handlungsgeleiteten“ beruflichen Reintegration beginnt mit angeleiteten Arbeitseinheiten bereits in der Orientierungsphase und wird in der Kernphase fortgesetzt. Die Tätigkeits- und Verantwortungsbereiche werden schrittweise erweitert. Parallel beginnt in der Kernphase die Aufarbeitung der bisherigen schulischen und beruflichen Erfahrungen des Rehabilitanden; eine berufliche Perspektive wird ebenfalls erarbeitet.

Zum Ende der arbeitstherapeutischen Behandlung wird ein Auswertungsgespräch mit dem Rehabilitanden geführt. Dabei wird überprüft, ob und in wie weit die Zielvereinbarungen der Arbeitstherapie erreicht wurden. Eine Abschlussbefundung mit MELBA dokumentiert das Ergebnis der arbeitsbezogenen Rehabilitation.

Ergotherapie

Die Ergotherapie unterstützt die gesundheitliche Wiederherstellung und die berufliche sowie soziale Rehabilitation durch beschäftigungstherapeutische Maßnahmen. Die einzelnen ergotherapeutischen Maßnahmen verbessern die basalen instrumentellen Fähigkeiten und Fähigkeiten, wie Konzentration, Ausdauer, Durchhaltevermögen. Sie bezieht sich ebenso auf sozioemotionale Faktoren, wie individuelle Wahrnehmungsfähigkeit, kreativen Ausdruck, Förderung der Frustrationstoleranz, Förderung planvollen Handelns, Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit, Training von Basiskompetenzen bei längerer Arbeitslosigkeit, Anregung zur Freizeitgestaltung und die soziale Kompetenz unserer Rehabilitanden. Die ergotherapeutischen Angebote dienen so dem Ausgleich von Defiziten und Aufbau von Ressourcen. Im Rahmen der Ergotherapie werden dem Rehabilitanden Techniken aus den Bereichen bildnerisches und plastisches Gestalten nahe gebracht. Hier wird mittels kreativer Medien sowohl themenzentriert als auch ausdruckszentriert gearbeitet. Sie kann als Projektgruppe, freies Werken und überwiegend produktorientiertes Angebot durchgeführt werden.

Die Ergotherapie wird in einer Gruppengröße von 8 Rehabilitanden über 20 Wochen á 180 Min. durchgeführt. Sie bildet u. a. durch den kreativen Ansatz eine wichtige Schnittstelle zur Psychotherapie.

Arbeits- und Ergotherapeutische Projektwochen

Zur Intensivierung der Arbeitsfähigkeit und Steigerung der Leistungsfähigkeit werden 4 x jährlich arbeits- und ergotherapeutische Projektwochen durchgeführt. In diesem Rahmen erhöhen wir die „Arbeitszeit“ der Arbeitstherapie und geben den Rehabilitanden die Möglichkeit, ein Projekt im Bereich Garten, Hauswirtschaft, Renovierung, Holzarbeiten, Reparaturen unter Anleitung der Arbeitstherapeuten zu planen und bis zum Ergebnis durchzuführen. Auf diese Weise sollen die Rehabilitanden Verantwortungsübernahme für Planung, Durchführung, Arbeitsergebnis und Durchhaltevermögen erlernen. Zur Förderung der sozialen Kompetenzen und der Teamfähigkeit arbeiten die Rehabilitanden weitgehend in Arbeitsteams.

Im Wechsel werden in Kleingruppen ergotherapeutische Projekte angeboten, die die Auseinandersetzung mit festgelegten Themenschwerpunkten auf kreative Weise fördern. Geübt werden hier neben kreativem Ausdruck auch Konzentrationsfähigkeit, feinmotorische Fähigkeiten und Teamfähigkeit. Insgesamt werden täglich 6 Stunden arbeits- oder ergotherapeutische Einheiten durchgeführt. Die Projektwochen werden zum Abschluss gemeinsam mit den Rehabilitanden ausgewertet.

Arbeitstraining

Im Rahmen der medizinischen Rehabilitation führen wir nach Indikation Arbeitstrainings mit spezifischen Rehabilitanden durch, die

- mit einer psychotherapeutisch fokussierten Behandlung aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur überfordert sind und somit keine persönlichen Erfolge/Selbstwert aufbauen können. Dem voraus geht eine Leistungstestung mit dem Leistungsprüfsystem (LPS), um Fähigkeiten und Neigungen festzustellen.
- auf einen Ausbildungsplatz oder eine (vorhandene) Arbeitsstelle vorbereitet werden sollen.

Für diese Rehabilitanden wird unter Anleitung die Arbeitszeit individuell langsam von 2 auf bis zu 5/6 Std. täglich gesteigert. Über mehrere Wochen wird selbständiges und eigenverantwortliches Planen und Durchführen der Arbeitsschritte innerhalb eingegrenzter Arbeitsprojekten geübt. Parallel nehmen sie eingeschränkt oder vollzeitig am psycho- und sozialtherapeutischen Programm teil. Das Arbeitstraining beläuft sich auf max. 2 Monate. Eine Auswertung findet regelmäßig mit dem Arbeitstherapeuten und dem Bezugstherapeuten statt.

Berufliche Rehabilitation/berufsfördernde Maßnahmen

Die Vorbereitung der beruflichen Rehabilitation ist in den sozialtherapeutischen Prozess eingegliedert. In der Therapieplanung ist für die Kernphase und die Realitätserprobung übergreifend vorgesehen, dass sich der Patient in psychoedukativen Gruppen zu arbeitsweltbezogenen Problemen, in der

Bezugsgruppe sowie im Einzelgespräch mit den Brüchen seiner Arbeitsbiographie auseinandersetzt. Die jeweilige individuelle Arbeits- und Ausbildungsmotivation, die persönlichen Stärken im bisherigen Erwerbsleben, seine Wünsche und Möglichkeiten für die Gestaltung der beruflichen Zukunft sind Themen in den Angeboten der klinischen Sozialarbeit und der Sozialtherapie mit dem Schwerpunkt der beruflichen Rehabilitation sowie in Eigenbemühungen während der Realitätserprobung (Internetrecherche von Berufsbeschreibungen, Besuch des Berufsinformationszentrums, Beratung bei der zuständigen ARGE, Praktik suche). Dabei wird die Aufmerksamkeit auch auf den Zusammenhang zwischen bisheriger Arbeitssituation und dem Suchtmittelkonsum gerichtet. Im weiteren Therapieverlauf erarbeitet der Patient abstinenzunterstützende und individuelle, zukünftig gewünschte und mögliche Arbeitsbereiche und -bedingungen für sich. Die Thematisierung und Planung von weiterführenden Maßnahmen zum beruflichen (Wieder-)Einstieg und der praktischen Umsetzung der beruflichen Rehabilitation sind für jeden Rehabilitanden obligatorisch.

Ziele der beruflichen Rehabilitation:

- Realistische Selbsteinschätzung des Rehabilitanden zu seinen Fähigkeiten, des angestrebten Arbeits- oder Ausbildungsbereiches (auch Umschulung, Beschulung) und seiner Leistungsfähigkeit
- Erarbeitung einer konkreten beruflichen Zukunftsperspektive zur Förderung der Teilhabe

Bei der Integration berufsbezogener Anteile in unsere Behandlung kooperieren wir mit entsprechenden öffentlichen Institutionen erwerbsbezogener Förderung.

Bewerbungstraining und Einleitung berufsbezogener Maßnahmen

Im Rahmen der sozialtherapeutischen Betreuung wird insbesondere für Rehabilitanden, die keine Anschlussmaßnahme (Adaption, Nachsorgewohngemeinschaften) planen, die berufliche Integration vorbereitet. Hierzu werden sie an berufswweiterführende und vermittelnde Institutionen herangeführt (Berufsinformationszentren, Berufsbildungszentren, Beratung der ARGE und Reha-Fachberater der DRV). Gemeinsam können auch Förderungsmöglichkeiten eruiert werden. Additiv schließt sich an die initiale Orientierung ein Bewerbungstraining mit Erstellen einer Bewerbungsmappe an. Im Einzelfall können neben dem internen Arbeitstraining (bis zu 30 Std. wöchentlich) auch externe Praktika befördert werden.

Deutschkurse und PC Einführungskurse

Im Rahmen der Förderung der beruflichen Rehabilitation und der Befähigung zu Aktivitäten und Teilhabe bieten wir kontinuierlich Deutschkurse an, die sich an dem individuellen Niveau unserer Rehabilitanden und dem Bedarf ausrichten. In kleinen Gruppen zu max. 6 Rehabilitanden können die Rehabilitanden ihre Rechtschreibfähigkeiten verbessern oder aber auch grundlegende Deutschsprachkenntnisse erwerben. Die Kurse bestehen aus 12 Einheiten á 90 Min. Die Kursteilnahme ist nach Indikation obligatorisch. Bei Abschluss des Kurses erhält jeder Teilnehmer ein Zertifikat.

Bei Bedarf bieten wir interessierten Rehabilitanden Einführungskurse in die Arbeit am PC an. Dort werden Grundkenntnisse in Word und Excell vermittelt. Die Rehabilitanden werden im Rahmen des PC-Trainings befähigt, Bewerbungen für einen Arbeits- oder Praktikumsplatz EDV gestützt anzufertigen. Der Kurs beläuft sich auf 8 Einheiten á 60 Min. mit einer max. Teilnehmerzahl von 5 Rehabilitanden. Zur Weiterführung steht ein Probearbeitsplatz zur Verfügung.

4.7.6. Sport- und Bewegungstherapie, Entspannung

Entspannung

Das Erlernen von Entspannungs- und Stabilisierungsmethoden unter Anleitung (Autogenes Training, Progressive Muskelrelaxation) ist indikativ in den Behandlungsplan obligatorisch aufgenommen und

wird über den gesamten Therapiezeitraum angeboten. Neben seiner Eigenständigkeit als Angebot ergänzen sich die Indikationsgruppen Akupunktur, Entspannung und Stabilisierung insbesondere für neue Rehabilitanden. Akupunktur, Entspannungs- und Stabilisierungsverfahren wirken u. a. positiv auf:

- Entzugssymptomatik und Craving
- Aggression
- Affektwahrnehmung, -regulierung und -differenzierung
- Depression
- Leistungsdruck
- Ressourcenbildung
- Externalisierungsfähigkeit
- Introspektionsfähigkeit
- Bluthochdruck
- Umgang mit körperlichen Schmerzen
- Schlaf

In 6 aufeinanderfolgenden wöchentlichen Trainings wird eine Einführung sowie auch die langsam gesteigerte Durchführung in das Autogene Training⁷⁷ per Indikation in für Suchtmittelabhängige modifizierter Form durchgeführt. Ergänzend werden in der Indikationsgruppe in geschütztem Rahmen imaginative Verfahren zur supportiven Förderung positiver Affekte und Fähigkeiten eingesetzt, die der Stabilisierung und Ressourcenbildung dienen sollen.

Unsere bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass Entspannungsverfahren und Stabilisierungsübungen unterstützend positiven Einfluss, u. a. auf Affektsteuerung, auf Suchtdruckerleben und auf die Vorbereitungsphase einer traumatherapeutischen Behandlung nehmen können. Die Gruppengröße sollte nicht mehr als 10 Teilnehmer betragen. Jede Trainingseinheit hat eine Dauer von mindestens 45 Minuten.

Das theoretisch-therapeutische Konzept der Indikationsgruppe Entspannung und Stabilisierung wurde seit seiner Implementierung kontinuierlich weiterentwickelt und auf die Bedürfnisse und Erfordernisse suchtmittelabhängiger, psychosomatisch beeinträchtigter, meist in verschiedenster Weise traumatisierter Rehabilitanden modifiziert. Dies zeigt sich insbesondere in der Einführung (Psychoedukation), in Modifizierungsmöglichkeiten der Körperhaltung und richtungweisend in der ressourcenorientierten Anleitung. Als besonders relevant zeigte sich hier der freiwillige Austausch zwischen den Rehabilitanden, der verschiedenste Erfahrungen während der Entspannungs- und Stabilisierungsarbeit validiert und greifbar macht.

Thai Chi und Qi Gong

Die Bewegungsübungen des Thai Chi und des Qi Gong gehören zu den wichtigsten therapeutischen Verfahren der fernöstlichen Gesundheitslehre. Bei den vielfältigen Techniken des Qi Gong und des Thai Chi werden Atmung, Konzentration und Bewegung aufeinander abgestimmt. Aus diesem Grund haben sich beide Techniken zahlreichen Krankheitsbildern und zur Entspannung als Selbsttherapie sehr gut bewährt. Sie wirken sich positiv auf die Funktion des Zentralnervensystems, die Durchblutung der Herzkranzgefäße, die Regulierung des Blutdruckes sowie auf den Gleichgewichtssinn aus. Darüber hinaus kann das Immunsystem gestärkt.

Rückenschule

Die Rückenschule wird von entsprechend ausgebildeten internen/externen Physiotherapeuten durchgeführt. Hier steht das Erlernen von rüchenschonenden Bewegungsabläufen im Alltag und die

⁷⁷ Schultz, 2004

Rückenmuskulatur lockernden Bewegungsübungen im Vordergrund sowie auch die sanfte Korrektur von Haltungsschäden.

Sportangebote

Sport ermöglicht eine stufenweise Erhöhung der körperlichen Belastungsfähigkeit und Fitness. Das wiedererlangte körperliche Selbstbewusstsein wirkt sich wieder auf die seelische Ausgeglichenheit, die Zufriedenheit, das Selbstbewusstsein und die Lebensfreude aus. Zudem werden beim Sport sowohl individuelle als auch soziale Konflikte deutlich und dadurch einer Bearbeitung zugänglich. Durch die günstige Lage zur Ostsee können alle diesbezüglichen Sportarten (Schwimmen, etc.) von den Rehabilitanden nach therapeutischer Absprache ausgeübt werden. Die Teilnahme an den Sportangeboten bedarf grundsätzlich der ärztlichen Erlaubnis.

Sportangebote in der Fachklinik Do it! sind:

- Laufgruppen, Joggen
- Mannschaftssport
- Angeleitete Kraftsportgruppen und gezieltes Training für Ausdauer und Fitness
- regelmäßige Schwimmbadbesuche
- Benutzung der hauseigenen Sauna

Für die Nutzung des Kraftsportangebotes ist die Teilnahme am Lauftraining oder aber auch den anderen Sport- und Bewegungsangeboten obligatorisch.

Laufgruppen

Anhand von Joggen sollen die Rehabilitanden insbesondere ihre Körperlichkeit verbessern, Kondition aufbauen, einem Trainingsmangel entgegenwirken und ihre körperliche Leistungsfähigkeit stärken. Regelmäßiges Laufen dient dem emotionalen Gleichgewicht und wirkt positiv auf depressive Verstimmungen. Durch die Sportpädagogin werden Laufanleiter in der Rehabilitandenschaft ausgebildet, die kleinere Laufgruppen begleiten. Zur Erleichterung der Kontinuität, Aufbau des Selbstwertes und Selbstvertrauens dient den Läufern als Ziel die Teilnahme an öffentlichen Läufen in der Umgebung.

Mannschaftssport

Anhand der Sportarten Volleyball, Basketball und Fußball soll die Freizeitkompetenz gestärkt, die Antriebslosigkeit vermindert und der Mannschaftsgeist gestärkt werden. Die soziale Kompetenz soll mit dem Angebot erweitert werden. Die Gruppengröße beträgt 12 Rehabilitanden. Die Rehabilitanden trainieren 1x wöchentlich 2 Std.

Gezieltes Training für Ausdauer und Fitness

Anhand eines Trainingsprogrammes an Fitness-Geräten sollen die Rehabilitanden in die Lage versetzt werden, sowohl unter sporttherapeutischer Anleitung wie auch ohne Anleitung Sportinstrumente zu nutzen und in der Freizeit sinnvoll und gesundheitsfördernd einzusetzen. Körperliche Spannungszustände sollen ausgeglichen werden; die Körperlichkeit soll verbessert werden. Die Teilnahme am Fitnessstraining erfordert eine ärztliche und bezugstherapeutische Genehmigung. Um einen Missbrauch des Fitnesssportangebotes zu vermeiden, sind die Trainingseinheiten wöchentlich begrenzt. Obligatorisch ist, dass die Nutzer ebenso Laufen, den Mannschaftssport oder eine bewegungstherapeutische Gruppe besuchen.

Ergänzend wird für Frauen ein konditionsorientiertes Fitness- und Gymnastikprogramm angeboten. Als weiteres Training für Ausdauer und Fitness bieten wir Tischtennis an.

Das Fitnessangebot wird extern in einem reha-sportanerkanntem Fitnessstudio durchgeführt. Begleitet in der Klinik wird das Sportangebot durch physiotherapeutische Fachkompetenz.

Schwimmen

Im Sommer können sich die Rehabilitanden in der kliniknahen Ostsee in Kleingruppen von mind. drei und max. sechs Personen sportlich betätigen oder ihre Freizeit am Strand verbringen. Im Winter bietet die Fachklinik 1 x wöchentlich ein zweistündiges Schwimmtraining in einer Schwimmhalle in Lübeck an.

4.7.7. Freizeitangebote

Die meisten unserer Rehabilitanden haben nicht oder nur unzureichend gelernt, ihre Freizeit sinnvoll zu gestalten. Wir leiten die Auseinandersetzung mit dem individuellen Freizeitverhalten anhand von Kleingruppen- bzw. Gruppenaktivitäten als sozialpädagogische Freizeitmaßnahme durch die Organisation von Ausflügen und Fahrradtouren, Theater- und Konzertbesuche, Bowling, Wassersport, Kletterpark, andere kulturelle Veranstaltungen u.a. an.

Die Rehabilitanden werden im weiteren Verlauf der Behandlung angeregt, ihre Freizeit selbständig nach Fähigkeiten und Neigung zu gestalten (Hilfe zur Selbsthilfe). Selbstverständlich erfüllen auch die im medizinischen Teil genannten Entspannungsverfahren und der Sport Freizeitfunktionen.

Kreativgruppen werden in regelmäßigen Abständen mit folgenden inhaltlichen Schwerpunkten angeboten: Musikworkshops, Gitarrenunterricht und Trommelgruppe. Darüber hinaus können die Rehabilitanden zu festen Zeiten den Ergobereich der Fachklinik nutzen.

Die hausinterne Sauna ist 5 x wöchentlich am Abend zur Gestaltung der Freizeit und als Entspannungsmöglichkeit geöffnet.

4.7.8. Sozialdienst und klinische Sozialarbeit/Sozialtherapie

Für Rehabilitanden mit besonderen erwerbsbezogenen, sozialen Problemlagen werden inhaltsbezogene Beratungen und Betreuungen angeboten. Inhalte der sozialen Rehabilitation sind

- arbeitsbezogene Leistungen, wie Gespräche mit dem Arbeitgeber, Einzelberatungen zur beruflichen Situation und Rehabilitation (siehe auch Kap. 4.7.5, Teil Berufliche Rehabilitation)
- Einleitung beruflicher Integrationsmaßnahmen, berufsfördernde Maßnahmen
- sozialrechtliche Beratungen, wie Klärung von justiziellen Angelegenheiten
- Schuldenregulierung,
- Klärung familienrechtlicher Belange (z.B. Sorgerecht, Kooperation mit Jugendämtern),
- Unterstützung zur wirtschaftlichen Sicherung und Klärung finanzieller Angelegenheiten (z. B. Beantragung finanzieller Hilfen),
- Klärung der Wohnungssituation
- Kooperation mit zuständigen Institutionen wie der DRV, Arbeitsgemeinschaft, Bundesagentur für Arbeit und Sozialämtern.

Die Rehabilitanden werden zunehmend zu eigeninitiativer Handlung angeregt, um eine selbständige Regelung ihrer Belange so weit als möglich umzusetzen.

Auch die Organisation und Vermittlung in weiterführende psychosozialen Maßnahmen wie Anschlussbehandlungen (Adaptionsbehandlungen, Nachsorgewohngruppen, ambulante Anschlussbehandlungen, Vermittlung an Selbsthilfegruppen) ist Bestandteil der sozialen Rehabilitation zur Befähigung zu Aktivitäten und Teilhabe.

Darüber hinaus werden die Rehabilitanden in der Sozialtherapie (sozialtherapeutische Aktivgruppen) zu alltagspraktischen Fähigkeiten wie Wochenplanung, Strukturierung ihres Alltags, Planung wichtiger Aktivitäten, Heimfahrten, Ausgänge und der Organisation des Gruppenalltags angeleitet.

Die Rehabilitanden haben während ihres Suchtprozesses oftmals jegliches Freizeitverhalten „verlernt“. In der Sozialtherapie und klinischen Sozialarbeit wird neben der Anamnese des Freizeitverhaltens ein adäquates Freizeitmanagement angeregt. Zur Umsetzung dessen wird der Patient auf das bestehende Angebot hingewiesen. Eine konstruktive Freizeitplanung wird erstellt und geübt.

Der Aufbau eines sozialen Netzwerkes wird gefördert und die Vertiefung oder Wiederherstellung familiärer Kontakte ermutigt. Klärung der familiären Kontakte ist für die persönliche Stabilisierung unbedingt erforderlich. Dazu gehört auch die Vermittlung an Selbsthilfegruppen, um ein drogenfreies Umfeld im ersten Schritt zu gestalten.

Die Sozialtherapie und klinische Sozialarbeit umfasst offene und terminierte, themenbezogene Sprechstunden und Beratungseinheiten, Telefonzeiten, in denen der Patient wichtige Telefonate mit Behörden erledigen kann, Vermittlung an und Kooperation mit Schuldenberatungsstellen, Hilfen bei der Korrespondenzerstellung und Beantragung von Heimfahrten.

An den kooperativen, umfassenden sozialen Rehabilitationsberatungen beteiligen sich neben dem Rehabilitanden der Sozialdienst der Klinik und der Bezugstherapeut.

4.7.9. Gesundheitstraining und Ernährung

Gesundheitsinformation

In dieser Veranstaltung werden den Rehabilitanden Informationen über ihre Suchterkrankung samt den körperlichen und psychischen Folge- und Begleiterkrankungen auf dem Hintergrund eines medizinischen Erklärungsmodelles vermittelt; selbstverständlich gibt es dabei Überschneidungen in den psychotherapeutischen Bereich; diese Überschneidungen dienen dazu, das Gespräch um die Erkrankung zu intensivieren und dem Rehabilitanden einen umfassenden Einblick in sein Krankheitsgeschehen zu vermitteln. Es ist zu begrüßen, wenn diese Informationsveranstaltung zu einem frühen Therapiezeitpunkt durchgeführt wird, so dass der Patient frühzeitig verschiedenste Ansätze seiner Suchterkrankung erfährt und diese therapeutisch aufarbeiten kann.

Folgende Themen werden unter anderem bearbeitet:

- Klärung der Begriffe Abhängigkeit und Missbrauch
- Biochemische Wirkungsweise der Drogen und einiger Medikamente (Psychopharmaka) in leicht verständlicher Form
- Suchtgedächtnis
- Häufige Folge- und Begleiterkrankungen bei Suchterkrankung (wie z.B. Hepatitis C, HIV, Thrombosen, Magen- und weitere Leberschädigungen etc.)

Sportmedizinische Unterweisung

Suchtmittelabhängige neigen zu exzessivem Verhalten insbesondere im sportlichen Bereich; unangemessene sportliche Betätigung führt oft zu körperlichen Folgen. Die sportmedizinische Unterweisung sollt den Rehabilitanden verdeutlichen, wie gesunder Sport zu betreiben ist. Psychoedukativ wird hier auf Muskelaufbau, Balancierung zwischen aeroben und anaeroben Trainingseinheiten und Trainingsaufbau eingegangen. Der Rehabilitand wird befähigt, sich ein angemessenes Trainingsprogramm gemeinsam mit dem Physiotherapeuten zu gestalten. Der Besuch der Gruppe ist obligatorisch für die Nutzung der Fitnessangebote.

Raucherentwöhnung

Das Nichtrauchertraining basiert auf einem verhaltenstherapeutischen Konzept in 6 aufeinander aufbauenden Einheiten. Jede Trainingseinheit hat eine Dauer von 90 Minuten. Wöchentlich werden 2 Trainingseinheiten durchgeführt; der gesamte Kurs umfasst einen Zeitraum von 3 Wochen.

Das Training richtet sich an Rehabilitanden, welche sich entschlossen haben, mit dem Nikotinkonsum aufzuhören. Die Gruppengröße sollte zwischen 8 und 12 Teilnehmern betragen.

Der Kurs teilt sich in 2 Phasen auf: während der ersten 3 Kursstunden wird die Motivation für ein rauchfreies Leben aufgebaut bzw. verstärkt und der Stopptag vorbereitet. Die weiteren 3 Kursstunden dienen der Unterstützung und Stabilisierung der Abstinenz.

Akupunktur

In der Fachklinik Do it! wird Akupunktur nach dem NADA-Protokoll durchgeführt. NADA (National Acupuncture Detoxification Association) ist eine international tätige, gemeinnützige Organisation, die die positiven Aspekte der Ohrakupunktur in die Behandlung und Therapie von suchtkranken Menschen integriert.

Die Behandlung nach dem NADA-Protokoll wird in unserer Klinik zur Unterstützung des therapeutischen Prozesses eingesetzt. Zu Beginn der Therapie lindert die Akupunktur die körperlichen und seelischen Entzugsbegleiterscheinungen, unterstützt den Stabilisationsprozess und wird gerne von den Rehabilitanden angenommen, die diese Behandlungsform bereits aus verschiedenen Entgiftungskliniken kennen. Außerdem wird die Endorphinproduktion angeregt, die Offenheit für innere Prozesse unterstützt und der Schlafrythmus wieder normalisiert.

Die Prinzipien des NADA-Protokolls haben ihren Ursprung zu Beginn der 70er Jahre, als der Neurochirurg L.H. Wen opiumabhängige Rehabilitanden statt mit einer Narkose mit Akupunktur vor deren Operationen behandelte. Diese Rehabilitanden zeigten in Folge der Akupunktur eine geringere Entzugssymptomatik auf und verspürten ein geringeres Verlangen, Drogen zu konsumieren. Der Psychiater und Leiter einer Entzugsambulanz des M. O. Smith übernahm diese Erkenntnisse für seine tägliche und praktische Arbeit mit Abhängigen von Suchtstoffen und entwickelte das Behandlungskonzept „NADA-Protokoll“, das inzwischen weltweit erfolgreich angewendet wird. Die ausführenden therapeutischen Mitarbeiter in unserer Einrichtung werden durch die NADA zertifiziert und regelmäßig, im Rhythmus von 2 Jahren, überprüft.

Die Gruppengröße sollte nicht mehr als 10 Teilnehmer betragen. Jede Trainingseinheit hat eine Dauer von mindestens 30 -45 Minuten. Wöchentlich werden 2 offene Gruppen über die gesamte Therapiezeit angeboten. Nach dem Akupunktieren von 3 bis 5 Ohrpunkten können sich die Rehabilitanden bei Entspannungsmusik im Liegen oder Sitzen entspannen.

Ernährungsinformation und Beratung in Einzel- und Gruppensetting

Gruppe für Essgestörte/Körperbildstörungen

Bei der Essstörung handelt es sich um ein Krankheitsgeschehen, bei dem innerseelische, psychosoziale, soziokulturelle und biologische Faktoren zusammenwirken. Diese Krankheitsbilder werden durch ein Zusammenspiel von verschiedenen Therapieansätzen gelindert. Die Bearbeitung der seelischen Konflikte, des familiären und psychosozialen Umfeldes sind dabei wesentliche Therapieziele.

Die Indikationsgruppe zur Behandlung von essgestörten Rehabilitanden bzw. auch Rehabilitandinnen mit Körperbildstörungen soll insbesondere zu einer Sozialisation und Reintegration der Rehabilitanden beitragen.

Die Gruppenthemen sind insbesondere auf einer verhaltenstherapeutischen Ebene angesiedelt; gleichwohl wird auch eine psychoanalytische Sicht des Krankheitsgeschehens thematisiert.

Der Therapieblock zur Behandlung der Essstörungen dürfte sicher als ein Baustein bewertet werden, der das Bewusstsein der Körperlichkeit und die Aufarbeitung der Suchterkrankung untermauert. Die

Gruppengröße beträgt bis 6 Rehabilitanden, die Dauer beträgt 6-10 Wochen. Sie wird mit Unterstützung einer Ökotrophologin durchgeführt.

Obligatorisch für alle Rehabilitanden ist die Teilnahme an der Ernährungsinformation, in der wir das Ziel verfolgen ein ausgewogenes, gesundheitsbewusstes und genussbezogenes Essverhalten näher zu bringen.

Zusätzlich zu der o. g. Gruppe wird in unserer Klinik zur Unterstützung eines langfristig stabilen Essverhaltens für Rehabilitanden mit einer Essstörung begleitende Ernährungsberatung im Einzelsetting angeboten. Wir arbeiten an dieser Stelle mit einem Anti-Diät-Konzept.⁷⁸ Darüber hinaus werden Einzelberatungen für Rehabilitanden mit Übergewicht, Diabetes, Lebensmittelintoleranzen oder stoffwechselrelevanten Fragestellungen angeboten. Die Ernährungsberatung wird von der Ökotrophologin in Kooperation mit der Fachärztin durchgeführt.

4.7.10 Angehörigenarbeit

Die sozialen Netzwerke und die Beziehungsgefüge des Rehabilitanden außerhalb des Kreislaufs von Geldbeschaffung, Drogenerwerb und -konsum sind in der Regel gestört, dies betrifft im extremen Maße die Herkunftsfamilie des Rehabilitanden, seine aktuellen Partnerschaften und - wenn vorhanden - die Beziehungen zu seinen Kindern.

Mit fortschreitendem Therapieprozess wird dem Rehabilitanden ermöglicht, wieder Kontakt zu seiner Herkunftsfamilie, zu Lebenspartnern, zu eigenen Kindern aufzunehmen und therapeutisch begleitete Angehörigengespräche zu führen. Die mit der Kontaktaufnahme verbundenen Konflikte und Erlebnisse stellen in der Folge häufig Ausgangsthemen für die therapeutischen Gruppen- und Einzelsitzungen dar.

Vor allem für die Rehabilitanden, die vor der Aufnahme noch bei ihren Eltern lebten und deren Angehörige an der Therapieentscheidung stark mitgewirkt haben, erscheint das Angebot von Angehörigengesprächen und –seminaren sinnvoll, um nach Beendigung der Therapie auch für die Eltern und Partner einen neuen, beziehungsfähigen Start zu ermöglichen.

Rehabilitanden mit Kindern oder noch stabilen Partnerbeziehungen wird nach Absprache mit dem therapeutischen Team möglichst frühzeitig eine Besuchsregelung und Aufarbeitungshilfe ermöglicht.

Jährlich werden obligatorisch 4 Angehörigenseminare für interessierte Partner und Angehörige von aktuell in unserem Hause in Therapie befindlichen Rehabilitanden durchgeführt.

Zentrales Anliegen des ganztägigen Seminars ist die Informationsvermittlung und der Austausch mit anderen Partnern und Angehörigen.

Themen sind ein Vortrag zum Suchtverständnis unter Einbeziehung der jeweiligen Erfahrungen von Rehabilitanden sowie Gruppengespräche über Rückfallgefahren, Vertrauensverluste, Zukunftsvorstellungen. Besondere Aufmerksamkeit hat ein kreativ gestalteter Beitrag der Rehabilitanden zum Verlauf und Sinn ihrer Therapieerfahrungen.

Neben dem gelungenen Austausch aller ist besonders der Stellenwert von Nachsorge und weiterer Therapie in einer Adaptionseinrichtung von den Rehabilitanden unter Einbezug der Sicht ihrer Angehörigen und Partner realitätsnaher einzuschätzen.

4.7.11. Rückfallmanagement

Rückfälle sind häufig Versuche, eine Selbstwertkrise zu bewältigen, d.h., sich vor weiterer Kränkung, vor Resignation und vor anderen Leiden, die unerträglich sind oder so erscheinen, zumindest zeitweise zu schützen. Aus tiefenpsychologisch-psychodynamischer Sicht ist der Rückfall ein Rückgriff auf das

als stabilisierend erlebte Suchtmittel in einer psychosozialen Belastungssituation. Der Rückfall führt in der Fachklinik Do it! nicht notwendigerweise zur Entlassung, sondern zu verstärkten diagnostischen und therapeutischen Bemühungen. Kann bei Rückfällen die grundlegende Abstinenzmotivation und die Behandlungsbereitschaft nicht in Frage gestellt werden, werden sie im Rahmen der verschiedenen Behandlungsstränge als Lernprozess genutzt.

Der Rückfall wird unter nachfolgenden Bedingungen und Fragestellungen systematisch aufgearbeitet:

- Ist der Konsum außerhalb der Einrichtung erfolgt?
- Gab es eine freiwillige, sofortige Bekanntgabe des Rückfalls bis spätestens 12 Stunden nach Konsum?
- Liegt eine Kooperationsbereitschaft und Behandlungsmotivation vor?
- Gibt es eine Auseinandersetzung mit dem Rückfall? Die Erstellung eines ausführlichen Rückfallberichtes (Schilderung des Vorfalls, der Vorgeschichte, ggfs. der Verhaltensrückfälle) ist obligatorisch.
- Der Patient wird zur Entgiftung vorübergehend in ein Krankenhaus verlegt. Bei Wiederaufnahme erfolgt ein Gespräch mit der Leitung sowie dem Bezugstherapeuten.
- Eine Reflektion des Rückfalls in der Bezugsgruppe wird erwartet.
- Es werden therapeutische Maßnahmen und eine weiterführende Aufarbeitung des Rückfallgeschehens anhand eines individuellen, bereichsübergreifenden Trainingsprogrammes entwickelt.

Ausnahmen der Rückfallbearbeitung in der Fachklinik Do it! sind:

- Konsum innerhalb der Einrichtung,
- oder es wurden Suchtmittel durch den Rehabilitanden mit in die Einrichtung gebracht,
- oder ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit, bzw. Aufarbeitung des Rückfalls mit dem Rehabilitanden nicht möglich,
- vermiedene freiwillige Bekanntgabe des Rückfalles

In diesen Fällen wird eine Entlassung veranlasst.

Zur Unterstützung der Bekanntgabe des Rückfalles oder eines Rückfallverdachtes ist ein „Vertrauensrehabilitandensystem“ eingerichtet worden.

Nicht nur bei eingetretenem Rückfall, sondern auch zur Eindämmung der Rückfallrisiken ist das Thema in unserer Fachklinik auch unter präventiven Gesichtspunkten kein Tabu. In Einzel- und Gruppengesprächen spielt der Rückfall, Suchtdruck eine wesentliche Rolle, werden die Rehabilitanden angeregt, offen über Rückfallgedanken, Rückfallgefahren zu sprechen. Dies ermöglicht die Zuordnung des persönlichen Rückfallgeschehens zu Belastungs- und Krisensituationen, die die intrapsychische Funktion verdeutlicht und damit eine adäquate Entwicklung von Bewältigungsstrategien möglich macht. Ergänzend führen wir nach kognitiv-verhaltenstherapeutischen und integrativen Methoden ein Rückfallprophylaxetraining (siehe indikative Angebote) durch, in dem das individuelle Rückfallgeschehen bearbeitet werden kann.

4.7.12. Gesundheitspflege

Den Nacht- und Wochenenddiensten kommt in der Fachklinik eine besondere Rolle zu. Die Honorarkräfte sind als Krankenpflegepersonal und Suchtkrankenhelfer ausgebildet. Zu ihrer Tätigkeit zählt die Medikamentenausgabe, das Stellen der Medikamente, Versorgung von medizinischen Notfällen in Kooperation mit dem Arzt, Vermittlung krankheitsrelevanter Inhalte und die Durchführung von Atemluft- und Urinkontrollen. So sind sie auch für Kriseninterventionen in Absprache mit dem diensthabenden Therapeuten und dem Arzt zuständig.

Die Hygieneschulung und eine Einführung in das Infektionsschutzgesetz wird entsprechend der Vorgaben des Qualitätsmanagements und der Gesundheitsbehörde mit allen Rehabilitanden durchgeführt, die in der Hauswirtschaft und Küche arbeitstherapeutische tätig sind. Hierfür ist die Hygienebeauftragte / Oecotrophologin der Klinik zuständig.

4.7.13. Weitere Leistungen

Zu den weiteren Leistungen der Fachklinik Do it! zählt insbesondere die Einleitung weiterführender Maßnahmen zur Stabilisierung des Rehabilitationserfolges. Unser therapeutisches Team ist angehalten, diese fristgerecht anzubahnen und den Rehabilitanden entsprechende Empfehlungen und Informationen zu vermitteln. Hierzu zählen Vermittlungen in Nachsorgeeinrichtungen (ambulant/stationär) und in Adaptionseinrichtungen sowie die Antragstellung der jeweiligen Kostenübernahme. Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden, sofern erforderlich, bei der Agentur für Arbeit nahe gelegt.

4.7.14. Beendigung der Leistung zur medizinischen Rehabilitation - Kernphase

Bei Abschluss der Behandlung werden Gespräche zum medizinischen, bezugs-, sozial- und arbeitstherapeutischen Therapieverlauf geführt mit dem Blick auf:

- die aktuelle medizinische, soziale, psychische, berufliche und familiäre Situation
- den weiteren Behandlungsbedarf im psycho-, sucht- und sozialtherapeutischen Bereich, nachfolgende Ziele und konkrete Planung weiterführender Maßnahmen (ambulante Nachsorgeanschlussbehandlung, Teilnahme an Selbsthilfe, Änderung der Wohnsituation und die Notwendigkeit gezielter beruflicher Fördermaßnahmen).

Bei einer Aufenthaltsdauer von 16 bis 26 Wochen wird darüber hinaus eine testdiagnostische Abschlussuntersuchung im psychotherapeutischen und arbeits- und ergotherapeutischen Bereich mit den eingangs verwendeten obligatorischen Instrumenten durchgeführt (FPI-R, GT-S, FAMOS, INK, MELBA), den Werten der Eingangsuntersuchung gegenübergestellt und im Rahmen der Abschlussgespräche mit dem Rehabilitanden evaluiert.

Das abschließende ärztliche Gespräch dient der Vergegenwärtigung des Erreichten vor dem Hintergrund des primären Zieles der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft, der Fokussierung auf Verbesserungen und Fortschritte bei der Teilhabe am Arbeitsleben und gesellschaftlichen Leben, aber auch der Erkenntnisvermittlung persistierender Funktionsstörungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten im somatischen und psychiatrischen Bereich. Eine breite Beurteilung dokumentiert im qualitativen und quantitativen Sinne die Leistungs- und Einsatzfähigkeit sowie Übereinstimmung derselben zwischen Einschätzung des Rehabilitanden und des Arztes.

Sämtliche erhobenen Daten werden im Entlassungsbericht nach Peer Review Standard (Leitlinien DRV Bund 2009) und Richtlinien des Rentenversicherungsträgers (DRV, 2009) dokumentiert.

5. Personelle Ausstattung

Die personelle Ausstattung der Fachklinik zur Rehabilitation entspricht der Vereinbarung Abhängigkeitserkrankung vom 04.05.2001. Der mit dem federführenden Rentenversicherer abgestimmte Personalstandsplan wird regelmäßig überprüft.

An der Diagnostik und Behandlung sind Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten, Psychologen mit VdR anerkannter Ausbildung, Sozialpädagogen mit VdR anerkannter Ausbildung, Arbeits- und Ergo- und Belastungstherapeuten, eine Oecotrophologin und Hauswirtschaftsleitung, Verwaltungsmitarbeiterinnen, Sozialarbeiter, Physiotherapeuten, eine

Deutschlehrer und Nacht- und Wochenenddienste (u. a. Suchtkrankenhelfer, Pflegeassistenten) beteiligt.

Die therapeutischen Ausrichtungen sind schulenübergreifend und umfassen Kognitive Verhaltenstherapie, Neuropsychotherapie, Gesprächspsychotherapie, Motivational Interviewing, Psychodynamisch interaktionelle Therapie, Gestalt- und Integrative Therapie, Psychodrama und Traumatherapie.

6. Räumliche Gegebenheiten

Die Fachklinik Do it! liegt auf der Halbinsel Priwall in Lübeck- Travemünde. In regelmäßigen Abständen ist die Klinik mit der Fähre zu erreichen.

Neben dem sog. „Bettenhaus“ besteht die Klinik aus der „Villa“, dem Gebäude, in dem die Behandlungs- und Gruppenräume sowie die Verwaltungs- und Wirtschaftsräume untergebracht sind und dem „Ergo-Haus“, in dem neben Entspannungsraum und Unterrichtsraum, die Ergotherapie untergebracht ist.

Wir verfügen für die Rehabilitanden über zehn Doppelzimmer und 22 Einzelzimmer jeweils mit Badezimmer. Jeder Flur hat neben dem Wohnzimmer auch eine Teeküche für die Bewohner.

In der Villa sind vier Gruppenräume untergebracht. Jeder Mitarbeiter verfügt über ein eigenes Büro mit Einrichtung zur Einzelgesprächsmöglichkeit.

Darüber hinaus gibt es ein Büro, das als Probearbeitsplatz für Rehabilitanden genutzt werden kann.

Im Keller befinden sich neben zahlreichen Wirtschaftsräumen und Magazinen, die Waschküche, der Sportraum, der Tischtennisraum und die Sauna.

Das Gelände ist großzügig mit einem Garten und einem Sportplatz umgeben. In Kooperation mit einem Bildungsträger können die Rehabilitanden für den Mannschaftssport dessen Sporthalle nutzen.

7. Kooperationen und Vernetzung

Notwendige Behandlungen akuter/ chronischer Erkrankungen der Rehabilitanden erfolgen durch die Einrichtungsärzte. Darüber hinaus besteht eine enge Kooperation mit den Fachärzten in Travemünde und Lübeck, der Sana Praxisklinik Travemünde, der Sana Klinik in Lübeck, der AHG Klinik Holstein Lübeck sowie den Universitätskliniken Lübeck.

Zusätzlich zu erforderlichen ärztlichen Behandlungen der Rehabilitanden besteht Anbindung an den Qualitätszirkel Sucht der Lübecker substituierenden Ärzte, enge Kontakte und Kooperationen mit Suchtberatungsstellen und Einrichtungen für externe Adaptionmaßnahmen.

Zur Gewährleistung der Vernetzung bezüglich der Kombi-Nord-Behandlung ist die Fachklinik und die externe Adaption Mitglied im Qualitätszirkel Kombi-Nord Lübeck und Umgebung.

Aktiv nimmt die Fachklinik am Dokumentationsausschuss des Fachverbandes stationärer Suchtkrankenhilfe (BUSS), dem AK Frauen und Sucht und dem AK Trauma und Sucht der LSSH, dem AKID (Arbeitskreis integrativer Suchthilfe) und dem Fachausschuss Sucht in Lübeck teil.

Trägerintern ist die Fachklinik über Qualitätszirkel und Arbeitskreise vernetzt.

8. Qualitätssicherung

Qualität wird in den Dimensionen Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität erfasst und methodisch abgebildet. Die Ebenen stehen in strukturellem Zusammenhang zueinander und bedingen sich gegenseitig.

Die Fachklinik Do it! orientiert sich an den in der Suchthilfe gängigen Standards zum Qualitätsmanagement und beabsichtigt, Effektivität und Effizienz beständig zu verbessern.

Die Steuerung des QM-Systems ist Aufgabe der Geschäftsführung und des Einrichtungsleiters, der die Mitarbeiter der Fachklinik im Rahmen von Verbesserungsprojekten, Arbeitsgruppen, internen Qualitätszirkeln und Teamtagen in die Erarbeitung und Entwicklung von Qualitätssicherungsstrategien einbezieht. Qualitätsbeauftragter und Sicherheitsbeauftragter der Klinik sind der Leitung und Geschäftsleitung direkt unterstellt. Seit 2010 ist die Fachklinik nach BAR-Richtlinien durch den TÜV Nord zertifiziert. Jährlich werden Kontrollaudits durchgeführt.

Die Qualitätsbeauftragten der Fachklinik und des Trägers sind zur Qualitätsentwicklung nach EFQM-Richtlinien (European Foundation für Quality Management) und durch die Deutsche Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Suchttherapie e.V. (DeQus) nach DIN EN ISO 9001:2008 Normen zum Aufbau und zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagementsystems geschult worden. Der Trägerverein ist Mitglied in beiden Gesellschaften.

Es findet ein regelmäßiger Austausch der Qualitätsbeauftragten im Qualitätsforum von *therapiehilfe e.v.* mit der Geschäftsführung statt. Sämtliche Arbeitsprozesse sind in einem Qualitätshandbuch beschrieben und werden regelmäßig überprüft. Die Prozesse der Hauswirtschaft und Küche werden über ein Hygienehandbuch nach HACCP Richtlinien geregelt.

Gemäß den europaweiten Leitlinien der Arbeitssicherheit wird die Einrichtung durch einen Arbeitsmediziner, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit und einen einrichtungsinternen Sicherheitsbeauftragten betreut. Es findet ein regelmäßiges Notfalltraining mit einem detailliert ausgearbeiteten Notfallplan statt.

Ein Steuerungskreis überprüft die Prozesse und veranlasst notwendige Veränderungen bei Bedarf.

Zur Umsetzung kennzahlengesteuerter Qualitätssicherungsprozesse setzt der Träger die Balance Score Card ein, mit der systematisch operationale und strategische Ziele entwickelt werden.

Zur Erhebung der Qualitäten werden eine Stichtags- und eine Behandlungsabschluss/Zufriedenheitsbefragung mit angepassten Instrumenten der DeQus durchgeführt. Analog hierzu führen wir regelmäßig eine Mitarbeiterbefragung durch, die durch ein externes Institut ausgewertet wird. Dokumentierte Mitarbeitergespräche werden standardisiert 2-jährig durchgeführt.

Die Klinik führt ein systematisches Beschwerdemanagement über die Einrichtungsleitung und die Geschäftsleitung durch. Rehabilitandenbeschwerden werden über die Einrichtungsleitung sofort bearbeitet und Verbesserungsvorschläge aufgegriffen. Darüber hinaus findet einmal monatlich ein Rehabilitandenforum mit der Einrichtungsleitung statt; Ziel des Forums ist eine Erhöhung der Rehabilitandenzufriedenheit.

Die Fachklinik Do it! beteiligt sich am Qualitätssicherungsprogramm der Rentenversicherungsträger (VDR, 2002), die einen Maßnahmenkatalog zur Sicherstellung der Struktur, Prozess- und Ergebnisqualität vorhalten. Die Maßnahmen der Rentenversicherungsträger werden zur Verbesserung der Qualitätsdimensionen genutzt.

Strukturqualität

- Grundlagen für die Strukturqualität der Fachklinik Do it! sind.
- Wissenschaftlich fundiertes Konzept
- Ein differenziertes, an Standards orientiertes Behandlungsangebot
- Den Vorgaben der Leistungsträger entsprechende Räumlichkeiten

- Den Vorgaben der Leistungsträger entsprechender Personalschlüssel

Prozessqualität

- Erstellung von fachlich fundierter Diagnostik, Indikationsstellung, Therapiezielbenennung, Fallkonzeption und fokusgeleiteter Behandlungsplanung, die in Bilanzierungsgesprächen mit dem Rehabilitanden, in regelmäßigen, wöchentlichen Fallbesprechungen und der monatlichen, externen Supervision reflektiert und wenn nötig modifiziert werden.
- Der komplette Behandlungsprozess wird in Akten festgehalten und bei Abschluss der Rehabilitation in Entlassungsberichten nach Peer Review Standards (VDR, 2007) dokumentiert. Die therapeutischen Leistungen werden nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen (DRV, 2007) kodiert.
- Die Gesamtdokumentation erfolgt über den KDS und BADO.
- Befragung der Rehabilitanden mit einem Instrument der DeQus zur Behandlungszufriedenheit
- Regelmäßige monatliche Ermittlung der Auslastung, der Haltequote und der Nicht-Antrittsquote zur Prozesssteuerung.
- Sämtliche Auswertungen werden reflektiert und in einer Management Review Maßnahmen zur Verbesserung und Steuerung entwickelt.

Ergebnisqualität

- Kritische Reflektion der Therapieverläufe und Evaluierung durch externe Überprüfung der Behandlungsergebnisse im Peer Review Verfahren (Entlassungsberichte)
- Abschlussevaluationsgespräche mit der Einrichtungsleitung und Zufriedenheitsbefragungen nach DeQus Standards.
- Jährliche Auswertung der durch den KTL erfassten Leistungen und Überprüfung der Behandlungsstandards
- Auf der Grundlage der Gesamtdatenerhebung durch BADO (KDS) wird jährlich eine Katamnesebefragung nach dem *buss* Katamneseprotokoll durchgeführt.

Die gewonnenen Daten werden auf Leitungsebene regelmäßig ausgewertet und daraus resultierende Veränderungsnotwendigkeiten mit den Berufsgruppen in internen Qualitätszirkeln (Verbesserungsprojekte) entwickelt und umgesetzt. So werden auch die Ergebnisse der externen Qualitätssicherung durch die Rentenversicherungsträger in Verbesserungsprojekten analysiert und Veränderungen eingeleitet.

Ergänzend zu den internen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt sich die Leitungsebene der Fachklinik in verschiedenen regionalen und überregionalen Fachgremien, Arbeitsgruppen, Ausschüssen und Qualitätszirkeln.

9. Kommunikationsstruktur

Im Rahmen der multimodalen, interdisziplinären stationären Angebote werden die Patienten von verschiedenen Personen behandelt. Daher müssen alle wichtigen Informationen regelmäßig und im erforderlichen Umfang ausgetauscht werden. Nur so kann die Qualität der Zusammenarbeit gewahrt werden. Diesem Austausch relevanter Behandlungsinformationen dienen insbesondere

- zur Erhaltung fließender Kommunikation und effektiver Gestaltung der Behandlungsprozesse trifft sich das multiprofessionelle Team der Fachklinik täglich mit der medizinischen Leitung und der Gesamtleitung zu einer Teambesprechung.
- Daneben treffen sich die Teams der Berufsgruppen und die therapeutischen Kleinteams wöchentlich.
- 6 wöchige externe Supervision, wöchentliche Fallbesprechungen
- schriftliche Übergabeformulare (Mailraster Nacht- und Wochenenddienst, Übergaberaster Spätdienst, Mails des Spätdienstes/Hausschluss), Nutzung des PatFak Nachrichtensystems, und mündliche Übergabegespräche,
- eMail Mitteilungen
- Eintrag in die Patientenakte im PatFak über das Nachrichtensystem.

Alle Besprechungen werden protokolliert (Teamprotokolle, Arbeitsgruppenprotokolle, Dokumentation in der Patientendatenbank PatFak) und in den Protokollordnern oder in der EDV hinterlegt. Alle Mitarbeiter/innen sind angehalten die Teambesprechungsprotokolle nach Abwesenheit zu lesen.

10. Notfallmanagement

Es liegt ein schriftlich fixierter Notfallplan und eine Notfallhandbuch gemäß der Normen vor. Die Einrichtung ist entsprechend der Vorgaben der DRV Bund mit einem Notfallsystem (Personalarmanlage in jedem Rehabilitandenzimmer und in allen genutzten Räumen) ausgerüstet. Regelmäßig werden Brandschutz- und Notfallübungen mit dem Personal durchgeführt. Jeder Mitarbeiter verfügt über eine aktuelle Reanimationsfortbildung und wird in den Notfallprozess eingeführt. Defibrillator und Notfallkoffer sind vorhanden.

11. Fortbildung

Die Mitarbeiter werden jährlich in relevanten Schulungen und fachspezifischen Fort- und Weiterbildungen fortgebildet. Interne und externe Fortbildungen dienen dazu, die therapeutische Arbeit gemäß dem wissenschaftlichen Stand innovativ zu gestalten. Der Fortbildungsplan ermöglicht gezielt Trends aufzugreifen und in die Arbeit umzusetzen.

Alle therapeutischen Mitarbeiter verfügen über die Zusatzausbildung gemäß der Anforderungen der Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 4.5.2001.

12. Supervision

Zur Gewährleistung fachlich versierter Arbeit und professionellen Handelns ist interne Fallsupervision und externe Fall- und Teamsupervision unerlässlich. Regelmäßig wöchentlich erfolgt im multiprofessionellen Team eine Fallbesprechung nach festgelegten Kriterien der Falldarstellung. Die Traumatherapie wird von externen, fachlich ausgebildeten Supervisoren 6 wöchig supervidiert.

Qualifizierte Supervisoren führen die, in 6 wöchigem Turnus, externe Fall- und Teamsupervision in regelmäßigen Abständen durch. Interne fachliche Fortbildungen erweitern die therapeutische Arbeit. Darüber hinaus wird das psychotherapeutische Team einmal jährlich vom Grawe-Institut in Bern hinsichtlich der Implementierung der Neuropsychotherapie supervidiert.

Additiv finden regelmäßig Kleinteamtermine und Mitarbeitergespräche zu supervisorischen Zwecken mit der Einrichtungsleitung statt.

Literaturverzeichnis

Antonovsky, Aaron; Alexa Franke: *Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Dgvt-Verlag, Tübingen 1997

Berking, M. (2007). *Training emotionaler Kompetenzen*.

Böning, J. (2002). *Neurobiopsychologische Aspekte des Suchtgedächtnisses und ihre Bedeutung für störungsspezifische Therapiekonzepte*. In: A. Heigl-Evers, I. Helas, H.C. Vollmer und U. Büchner (Hrsg.), *Therapie bei Sucht und Abhängigkeit – Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S. 29-45). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *KTL – Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation*. Ausgabe 2007, 5. Aufl., Berlin.

Deutsche Rentenversicherung (Hrsg.) (2007). *Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung*. 1. Aufl., Berlin.

Festinger, Leon: *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press 1957

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe

Heigl-Evers, A., Schultze-Dierbach, E., Standke, G. (1993). *Grundformen bei Abhängigkeit und Sucht*. In: Warnke, K. Bühringer, G. (Hrsg.): *Grundstörungen der Sucht*. Springer. Berlin, Heidelberg, 1991

Heigl-Evers, A., Ott, J., Rüger, U. (Hrsg.) (2002). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode* (4. Auflage). Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Hoffmann, S.O., Hochapfel, G. (2004). *Neurosenlehre, psychotherapeutische und psychosomatische Medizin* (7. Aufl.). Stuttgart/New York. Schattauer

Hollstein, H. (1998). *Rehabilitation von Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit*. In H. Delbrück, E. Haupt (Hrsg.), *Rehabilitationsmedizin, ambulante, teilstationär*

Hüther, G. (2001). *Internetveröffentlichung eines Vortrages* am 24.04.2001 bei den 51. Lindauer Psychotherapiewochen www.Iptw.de

Küfner, H. Feuerlein, W, Huber, M. (1988). *Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer 4 Jahres Katamnese, mögliche Konsequenzen für Indikationsstellung und Behandlung*. Suchtgefahren, 34, 157 – 272.

Krystal, H., Raskin, H. A. (1983). *Drogensucht. Aspekte der Ich-Funktionen*. Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht.

Mentzos, S. (1984). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. München: Kindler,

Najavits, Lisa (2006). *Seeking Safety: Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch*. München: Hogrefe

Petzold, H. (Hrsg.) (1974). *Drogentherapie – Methoden – Modelle - Erfahrungen*. Paderborn: Jungfermann

Petzold H., Maurer, Y.(1985): *Integrative Gestalttherapie*. In.: Maurer, Y. (Hrsg.): *Bedeutende Psychotherapieformen der Gegenwart*. Stuttgart: Hippokrates.

Petzold, H., Vormann, G. (1980): *Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen – Modelle – Methoden*. München: Pfeiffer.

Petzold, H., (1999). *Psychotherapie der Lebensspanne*. Gestalt (Schweiz) 34, 43-46.

Petzold, H., (2003a). *Integrative Therapie*. 3 Bde. Paderborn. Jungfermann

Petzold, H., Matthias, (1983). *Rollenentwicklung und Identität*. Paderborn. Jungfermann

Petzold, H., (2004). *Drogenabhängigkeit als Krankheit*. In: H. Petzold, P. Schay, W. Ebert. *Integrative Suchttherapie. Theorie – Methoden – Praxis – Forschung*. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften

Pinquart, M. Silbereisen, R.K., Weichold, K. (2005). *Konsum von Alkohol und Drogen über die Lebensspanne*. In: Schwarzer, R.. (Hrsg.) *Enzyklopädie für Psychologie, Serie C, Bd. X: Gesundheitspsychologie*. Göttingen. Hogrefe

Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1997). *The transtheoretical model of health behavior change*. American Journal of Health Promotion, 12; 38-48.

Rahm, D. (1993). *Einführung in die integrative Therapie*, Paderborn. Jungfermann

Reddemann, L., Sachsse, U. (1999). *"Trauma first!" Persönlichkeitsstörungen* 3: 16-20.

Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch imaginative Traumatherapie, PITT, Das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.

Rennert, M. (1990) *Co-Abhängigkeit. – was Sucht für die Familie bedeutet*. Freiburg. Lambertus.

Rogers, C.R. (1973). *Die klientenbezogene Gesprächspsychotherapie*. München. Kindler.

Rost, W.-D. (1992). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart. Klett-Cotta.

Schultz, J.H. (2004). *Das original Übungsheft für das autogene Training. Anleitung vom Begründer der Selbstentspannung*. 24. Auflage. TRIAS, Stuttgart

Schuntermann, M.F. (2003). *Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)*. Deutsche Rentenversicherung, 1-2:52-59

Shapiro, F., Vogelmann-Sine, S., Sine, L.F. (1994). *"Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Treating Trauma and Substance Abuse."* Journal of Psychoactive Drugs 26 (4): 379 - 391.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. New York, Guilford.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2000). *Das Qualitätssicherungsprogramm der gesetzlichen Rentenversicherung in der medizinischen Rehabilitation*. DRV Schriften, Sonderausgabe (Bd. 18). Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2002). *Sucht-Rehabilitation in Deutschland: Bestandsaufnahme und Perspektiven*. DRV Schriften, Sonderausgabe (Bd. 32). Frankfurt/Main: Verband Deutscher Rentenversicherungsträger.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). *Sozialmedizinische Begutachtung für die gesetzliche Rentenversicherung*; 6. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer.

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2003). *Qualitätssicherung in der Praxis der medizinischen Rehabilitation*. Frankfurt: VDR

VDR, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger (2004). *Peer-Review – Checkliste, Manual und Therapiezielkatalog, Indikationsbereich Psychische Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen*, 7. Auflage. Frankfurt: VDR

Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen (2001). *Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung (Entzugsbehandlung) und medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung) Abhängigkeitskranker*. Unveröffentlichtes Arbeitspapier.

Vollmer, H.C. (2000). *Verhaltenstheoretische Aspekte der Suchterkrankungen*. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S.55-70). Stuttgart: Thieme.

Vollmer, H.C., Krauth, J. (2000). *Verhaltenstherapie bei Suchterkrankungen*. In R. Thomasius (Hrsg.), *Psychotherapie der Suchterkrankungen* (S.102-21). Stuttgart: Thieme.

Weidner, J. (1997). *Anti-Aggressivitäts-Training*. Stimmer, F. (Hg.): *Lexikon der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik*. München, Wien. S.31-34

Wegscheider, S. (1988). *Es gibt noch eine Chance. Hoffnung und Heilung für die Alkoholiker-Familie*. Wildberg. Bögner-Kaufmann.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10. 4. Aufl.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (2002). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)*.

Wöhrle, W. (1994). *Gruppenpsychotherapie, Soziometrie und Psychodrama nach J.L. Moreno in der Arbeit mit Suchtkranken*. In: W. Scheiblich (Hrsg.). *Sucht aus Sicht der psychotherapeutischen Schulen*. S. 65-68. Freiburg. Lambertus.

Wurmser, L. (2000). *Psychodynamische Aspekte der Suchterkrankung*. In: R. Thomasius (Hrsg.). *Psychotherapie der Suchterkrankung*. S. 40-54. Stuttgart. Thieme.

A. Klassifikation der therapeutischen Leistungen im Do it!

Angebot	KTL- Kodierung Stand 12/2012
Ärztliche Behandlung	
Ärztliche Sprechstunde	C010 Ärztliche Beratung
Ärztliche Visite	C010 Ärztliche Beratung
Krisenintervention	C010 Ärztliche Beratung
Rehabilitandenschulung bei Abhängigkeitserkrankungen	C060 Indikationsspezifische Krankheitsinformation C050 Gesundheitsinformation
Raucherentwöhnung	G093 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Tabakentwöhnung
Entspannung (Autog. Training / PMR)	F081 Autogenes Training in der Gruppe
Akupunktur / Qi Gong/ Thai Chi	F099 Sonstige Entspannungsverfahren
Rückenschule	C149 nicht standardisierte Rückenschule
Ernährungsberatung	C090 Ernährungsberatung einzeln C100 Ernährungsberatung Gruppe C231 nicht standardisierte Schulung bei Stoffwechselstörungen C429 nicht standardisierte Schulung bei Lebererkrankungen C430 nicht standardisierte Schulung bei chronischer Pankreatitis C241, C251 Schulung bei Diabetes mellitus Typ I und II G084 Psychotherapie Gruppe Adipositas, Binge Eating, Anorexie, Bulimie
Psycho- und sozialtherapeutische Angebote	
Einzelgespräche (Kodierung nach Ausbildung des Therapeuten) und Traumatherapie	G033 und G034 G051, G052 und G069
Gruppengespräche (Kodierung nach Ausbildung des Therapeuten)	G111 – G113 und G121 - G123
Einführung in die Rehabilitation und Motivationstraining	G103 Einführung in die Rehabilitation G102 Motivationstraining bei Abhängigkeitserkrankungen
Frauengruppe/Männergruppe	G047 Psychotherapie Gruppe, psychodynamisch, geschlechtsspezifische Gruppe
Rückfallprophylaxe	G094 Störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitsproblematik: Rückfallprophylaxe
Training emotionaler und sozialer Kompetenzen	D052 Psychoedukative Gruppe: Training emotionaler Kompetenzen
Traumatherapie	G020 Psychotherapeutische Krisenintervention G032 Psychotherapie einzeln, Kurzzeittherapie
Anti-Gewalt-Training	G099 Sonstige störungsspezifische Gruppe bei Abhängigkeitserkrankung
Arbeit mit Paaren	C030 Gespräch mit Angehörigen/Partnern G130 Paar-, Familien-, Angehörigengespräch

	G140 Paar-, Familie-, Angehörigentherapie G172 Angehörigenseminar
Angehörigenarbeit	C030 Gespräch mit Angehörigen/Partnern G130 Paar-, Familien-, Angehörigengespräch G140 Paar-, Familie-, Angehörigentherapie G172 Angehörigenseminar
Realitätserprobung (Begleitung)	G161 Organisation und Monitoring externer Belastungserprobung
Arbeitstherapie	E020 Arbeitstherapie einzeln E031 Arbeitstherapie Gruppe Hauwirtschaft, Küche E032 EDV, Büro E033 Handwerk, Garten E039 indikationsgeleitete Arbeitstherapie E050 Arbeitsplatztraining innerhalb der Einrichtung
Ergotherapie	E110 Einzeln E120 Kleingruppe E130 Gruppe E220 Produktorientiertes Arbeiten E230 Freies Werken E240 Bezugsgruppe
Klinische Sozialarbeit	D010, D021 – D029 Sozialrechtliche Beratung: Beruf, Wohnungsfragen, wirtschaftliche Sicherung, rechtl. Rentenfragen, rechtl. Fragen, Justiz, Teilhabe behinderter Menschen, sonstige Beratung D031, D032, D033, D035, D039, D043, D044, D042, D047, D048, D049
Sozialtherapie	D090 Sozialtherapeutische Aktivgruppe D080 Sozialtherapeutische Einzelbetreuung D100 Sozialtherapie als Großgruppe D110 Vollversammlung D053 Bewerbungstraining
Berufliche Rehabilitation	G046 Psychotherapie Gruppe, psychodynamisch, arbeitsweltbezogene Probleme D031 Beratung zur Teilhabe am Arbeitsleben
Deutschkurse	E210 Projektgruppe
PC-Kurse	
Milieutheraeutische Kleingruppenarbeit	E191 Selbsthilfetraining Gruppe: Aufbau sozialer Kompetenz
Sport / Entspannung	
<ul style="list-style-type: none"> - Laufen - Schwimmen - Mannschaftssport - Fitness, Kraftsport - Tischtennis 	L011 Bewegung und Sport in der Freizeit, ausdauerorientiert L012 Bewegung und Sport zum Muskelaufbau L019 Sonstiger Freizeitsport L022 Großes Spiel L023 Rückschlagspiel L029 sonstiges geeignetes Bewegungsspiel

Freizeit	
	L031 Kommunikation und Interaktion: Diavorführung L034 Kommunikation und Interaktion: Gruppenausflug mit Therapeut L032 Kommunikation und Interaktion: Musik, Tanz L039 Sonstige Kommunikation und Interaktion

Behandlungsplan

Name: _____

Vorname: _____

Kalenderwoche von _____ bis _____

Behandlungswochenplan											
	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Sa. & So.
6:30-8:30	Küche-Frühd.	6:30-8:30	Küche-Frühd.	6:30-8:30	Küche-Frühd.	6:30-8:30	Küche-Frühd.	6:30-8:30	Küche-Frühd.	6:30-8:30	Küche-Frühd.
				7:00-8:00	Joggen/Anfänger			7:00-8:00	Joggen/Anfänger		
7:15-7:45	Frühstück	7:15-7:45	Frühstück	7:15-7:45	Frühstück	7:15-7:45	Frühstück	7:15-7:45	Frühstück	8:30-9:00/10:00	Frühstück
						7:30-9:00	Anti-Gewalt-Training				
8:00-8:15	Zimmerabnahme	8:00-8:15	Zimmerabnahme	8:00-8:15	Zimmerabnahme	8:00-8:15	Zimmerabnahme	8:00-8:15	Zimmerabnahme	9:00-11:00	Großputz/Flure
		9:00-12:00	Sportgruppen/Fitness	8:00-11:00	Sportgruppen/Fitness	9:00-12:00	Sportgruppen/Fitness				
8:30-12:00	Einzelgespräche/Trauma	8:30-12:00	Einzelgespräche/Trauma	8:30-12:00	Einzelgespräche/Trauma		Einzelgespräche/Trauma		Einzelgespräche/Trauma		Angehörigengespräche
9:00-10:00	Sprechst. Arzt	9:00-10:00	Sprechst. Arzt	9:00-10:00	Sprechst. Arzt	9:00-10:00	Sprechst. Arzt	9:00-10:00	Sprechst. Arzt		Angehörigenseminar
8:30 - 12:00	Arbeitstherapie	10:00-12:30	Bezugsgruppe I	10:30-11:30	Berufsfindungsgruppe	10:00-12:30	Bezugsgruppe II	8:30-12:00	Arbeitstherapie		Paargespräche
				11:00-12:00	Deutschunterricht						
				11:30-12:30	Sprechstunde Beruf						
	HWL/Garten/Reno			11:30-12:30	Ernährungsinfo 3.Mi			12:00-12:30	Akupunktur		Bekleidungseinkauf
12:00-12:30	Vollversammlung	8:15-10:15	Ergotherapie	11:30-12:30	med. Sportinfo 2.Mi	8:15-10:15	Ergotherapie				TG-Einkauf
		10:30-12:30	Ergotherapie	11:30-12:30	Gesundheitsinfo 4. Mi	10:30-12:30	Ergotherapie				Heimfahrten
				11:30-12:30	ABE Einführung 1. Mi						
siehe Aushang	Sprechst. Sozialarbeit	mit Termin	Sprechst. Sozialarbeit	11:30-12:30	Sicherheit finden	siehe Aushang	Sprechst. Sozialarbeit				Ergotherapie freie Arbeiten
9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst	9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst	9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst	9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst	9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst	9:30-15:00	Küche-Mittagsdienst
					TG-Einkauf						
13:00-14:00	Mittag / Pause	13:00-14:00	Mittag / Pause	13:00-13:30	Mittag / Pause	13:00-14:00	Mittag / Pause	13:00-13:45	Mittag / Pause	13:00-14:00	Mittag / Pause
13:15-14:30	Klinikkonferenz	13:15-14:30	Klinikkonferenz	13:15-14:30	Klinikkonferenz	13:15-13:45	Klinikkonferenz			13:00-14:00	Ausdauertraining
		14:30-16:00	Sprechst. Sozialarbeit			14:00-14:30	Entspannung	13:45-14:45	Flurgr.Wochenplanung		
14:30	Akupunktur	14:30	Visite II./III. OG	14:30	Visite Flur I	15:00-18:00	Sportgruppen/Fitness	14:30-15:30	Wochenplanung/Küche		Kleingruppeaktivitäten
15:00-16:30	Bezugsgruppe Küche	15:00	Visite EG			14:00-16:00	TEK	15:00-17:30	Mannschaftssport		Ausgänge HL
		15:00-18:00	Sportgruppen/Fitness	13:30-17:00	Arbeitstherapie	14:00-14:45	O-Phasengruppe	14:00-17:00	Schwimmen/Winter		
	Einzelgespräche/Trauma	15:00-16:30	Bezugsgruppe Küche		Einzelgespräche/Trauma		Einzelgespräche/Trauma		Einzelgespräche/Trauma		
		15:00-16:30	Tabakentwöhnung	17:00	Aufnahmerunde						Fitness
16:00-17:00	Deutschunterricht	15:00-16:30	RfP I	17:00-18:00	Ausdauertraining						Lauftraining/Joggen
		mit Termin	Sprechst. Sozialarbeit								
		16:30-17:30/18:00	Frauen-/Männergruppe	18:15-19:30	RfP II				Gruppenaktivitäten		
	Lauftraining/Joggen		Lauftraining/Joggen		Lauftraining/Joggen		Lauftraining/Joggen		Lauftraining/Joggen		
16:30-19:30	Küche-Abendd.	16:30-19:30	Küche-Abendd.	16:30-19:30	Küche-Abendd.	16:30-19:30	Küche-Abendd.	16:30-19:30	Küche-Abendd.	16:30-19:30	Küche-Abendd.
18:00-19:00	Abendessen	18:00-19:00	Abendessen	18:00-19:00	Abendessen	18:00-19:00	Abendessen	18:00-19:00	Abendessen	18:00-19:00	Abendessen
19:30	Flurgruppe (GOA, Feedback, Aufnahme)	19:30	Flurgruppe (GOA, Feedback, Aufnahme)	19:00-19:45	O-Phasenforum	19:30	Flurgruppe (Wochenplanung, Aufnahme)			19:30	Flurgruppe (Befindlichkeit)
20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)	20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)	20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)	20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)	20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)	20:30-22:30	Sauna/Musik (22:00)
bis 22:45	TV / Fitness Fortgeschrittene	bis 22:45	TV / Fitness	bis 22:45	medienfrei / Fitness	bis 22:45	TV / Fitness	bis 0:45	TV / Fitness	bis 0:45/22:45	TV

